



Amtsblatt für Brandenburg

Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg

8. Jahrgang

Potsdam, den 16. Oktober 1997

Nummer 41

Inhalt	Seite
Ministerium der Finanzen	
Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach den Beihilfavorschriften (BhV) - Neufassung der Beihilfavorschriften des Bundesministeriums des Innern -	850

Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie

2. Auslobung für Weltweite Projekte EXPO 2000 des Landes Brandenburg (1997)	873
---	-----

Beilage: Amtlicher Anzeiger Nr. 41/1997

**Beihilfen in Krankheits-, Pflege-,
Geburts- und Todesfällen
nach den Beihilfevorschriften (BhV)
- Neufassung der Beihilfevorschriften
des Bundesministeriums des Innern -**

Bekanntmachung des Ministeriums der Finanzen
- 15.5-3190-36 -
Vom 22. September 1997

- A. Gemäß § 45 Abs. 3 Landesbeamten-gesetz erhalten Beamte und Versorgungsempfänger Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils geltenden Vorschriften. Nachstehend gebe ich den Wortlaut der vom Bundesministerium des Innern am 20.08.1997 herausgegebenen Neufassung der von ihm erlassenen Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen in der seit dem 01.07.1997 geltenden Fassung bekannt. Die Neufassung berücksichtigt
1. die Fassung vom 10. Juli 1995 (ABl. S. 1162),
 2. die Änderungsvorschrift vom 4. Juli 1996 (ABl. S. 944),
 3. die Änderungsvorschrift vom 17. Dezember 1996 (nicht veröffentlicht),
 4. die Änderungsvorschrift vom 27. Juni 1997 (nicht veröffentlicht).
- B. Die ebenfalls vom Bundesministerium des Innern erlassene Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen an Bundesbedienstete im Ausland in der ab 10. Juli 1995 geltenden Fassung (ABl. S. 1252) ist nicht geändert worden.

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift
für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-,
Geburts- und Todesfällen
(Beihilfevorschriften - BhV)
in der Fassung vom 1. Juli 1997**

Artikel 1

§ 1

**Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und
Rechtsnatur**

- (1) Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.
- (2) Diese Vorschrift gilt für Bundesbeamte und Richter im Bundesdienst sowie Versorgungsempfänger des Bundes.
- (3) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich; 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) Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebührrnisse auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.
- (3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Beamte und Richter,
 - a) wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, daß sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 7 Bundesbesoldungsgesetz) beschäftigt sind,
 - b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt; dies gilt nicht in den Fällen des § 72 a Abs. 5 Bundesbeamtenengesetz,
3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

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

Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

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

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen 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 aufgrund früherer Versorgungsbezüge

aus.

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

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

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 Bundesbeamtenengesetz gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

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

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

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

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

(3) 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. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind 60 vom Hundert als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuß der Krankenkasse errechnet. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. 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.

Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

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

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) Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. Bei Personen, denen ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Abs. 3 a 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 Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
 - b) Aufwendungen - mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus -, die darauf beruhen, daß der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

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

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
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 Beihilfeantrages 35.000 DM übersteigt, es sei denn, daß dem Ehegatten trotz ausreichender und zeitweiliger 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). Die Festsetzungsstelle 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. 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. Selbstbehalte bei Kostenerstattung nach den §§ 13 und 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

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

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

(1) Aus Anlaß einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers. 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. 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 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel von
 - a) 9 DM bei einem Apothekenabgabepreis bis 30 DM, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
 - b) 11 DM bei einem Apothekenabgabepreis von 30,01 DM bis 50 DM,
 - c) 13 DM bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 50 DM.

Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen. Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder, solange sie berücksichtigungsfähig im Sinne des § 3 sind,
- b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen DM-Betrag abgerundeten 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz),
- c) Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Satz 3 erhalten,
- d) Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
 - b) Mund- und Rachentherapeutika,
 - c) Abführmittel,
 - d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung

gehören auch ärztlich verordnete Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalt in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur -, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muß von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Diplom-Psychologen (ausschließlich im Rahmen der Anlage 1 zu Absatz 1 Nr. 1), Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden,

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. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;

die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), und zwar

- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV)
 - aa) Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPfIV),
 - bb) tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesatz, Basispflegesatz, teilstationärer Pflegesatz - § 13 BPfIV -, Pflegesatz nach § 14 Abs. 5 Satz 5 BPfIV),
 - cc) Entgelte für Sondervereinbarungen - Modellvorhaben - (§ 26 BPfIV),
- b) Wahlleistungen
 - aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV),
 - bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 29 DM täglich

sowie andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2.

Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muß über-

wiegen. Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. 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) Fahrkosten,
- 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.

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 zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 11 DM stündlich, höchstens 66 DM täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 6, § 9 Abs. 7) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, daß diese Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig,
9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (Nummer 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. Von den nach Satz 1 und 2 beihilfefähigen

Aufwendungen ist ein Betrag von 25 DM je einfache Fahrt abzuziehen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes,
 - c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
 10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 50 DM täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 50 DM täglich beihilfefähig. 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 10 DM 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. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, daß sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
 12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
- (2) 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 und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.
 - (4) 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.

Es kann ferner die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die in Absatz 1 Nr. 3 Satz 2 bezeichneten Heilbehandlungen begrenzen.

(5) Beträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Diese beträgt zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4; sofern Personen wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang insgesamt Beträge nach Satz 1 bis zur Belastungsgrenze abgezogen wurden, beträgt sie ab dem nächsten Kalenderjahr solange ein vom Hundert, wie die Dauerbehandlung anhält. Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des Kalenderjahres vor Stellung des Antrages nach Satz 1.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) Aus Anlaß einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 3 Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, daß für eine erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
5. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
6. für den ärztlichen Schlußbericht.

(2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(3) 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. 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) Aus Anlaß einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 30 DM täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 25 DM täglich, soweit die Aufwendungen über 25 DM täglich beziehungsweise 20 DM täglich für die Begleitperson hinausgehen,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,

4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlußbericht.

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

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder 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. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

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

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während eines Erziehungsurlaubs und der Beurlaubung nach § 79 a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Bundesbeamten-gesetz^{*)} oder § 48 a 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. 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.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuß berechnet wurde.

Bei Personen nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(2) 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 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. 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) 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.

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).

^{*)}jetzt: § 72 a Abs. 4 Nr. 2 Bundesbeamten-gesetz

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

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1. in Stufe I | 400 DM, |
| 2. in Stufe II | 800 DM, |
| 3. in Stufe III | 1.300 DM. |

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. 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) 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 eine Beihilfe gewährt; § 5 Abs. 3 und § 14 sind hierbei nicht anzuwenden. Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7) 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. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.¹

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, daß sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen. Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. 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 alleinstehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(8) 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. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) 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 § 43 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) 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 Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
3. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersu-

¹ Übergangsregelung für Fälle, in denen Beihilfen bereits nach den bis zum 30. Juni 1996 geltenden Beihilfevorschriften zustanden, siehe Artikel 2 der Änderungsvorschrift vom 4. Juli 1996 (ABl. S. 945)

chung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. 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 Schutzimpfungen, ausgenommen jedoch solche aus Anlaß privater Reisen in Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

(1) Aus Anlaß einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9,
3. für die Hebamme 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,
5. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.

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

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsortes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundfläche für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 1.300 DM, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 850 DM gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Krankenversicherung oder Schadenersatzansprüche von insgesamt mindestens 2.000 DM

zu, so beträgt die Beihilfe 650 DM, beim Tod eines Kindes 425 DM; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 4.000 DM zu, wird keine Beihilfe gewährt. Soweit wegen Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden diese Schadenersatzansprüche nicht neben den Sterbe- oder Bestattungsgeldern im Sinne des Satzes 2 bei der Bemessung der Pauschalbeihilfe berücksichtigt. Bestattungsgeld nach §§ 36 oder 53 Bundesversorgungsgesetz bleibt unberücksichtigt.

(2) Ferner sind beihilfefähig die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes.

(3) Verbleibt mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter fünfzehn Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tod des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 6 Abs. 1 Nr. 8 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr beihilfefähig.

§ 13

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

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

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, 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. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, daß die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, ist ausgeschlossen,
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 500 DM je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlaß das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muß.

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

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

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

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

§ 14

Bemessung der Beihilfen

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

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

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

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

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson 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,
5. nach § 12 Abs. 3 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

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

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemißt (§ 240 Abs. 3 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), oder wenn ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 40 DM monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

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

(6) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

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

Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach Satz 1 Nummer 3 scheidet in Fällen des § 9 aus.

§ 15

Begrenzung der Beihilfen

(1) 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. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen - unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 11 Abs. 2 sowie § 12 Abs. 1 unberücksichtigt.

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

§ 16

Beihilfen beim Tod des Beihilfeberechtigten

(1) Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlaß des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemißt sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod; für die Aufwendungen aus Anlaß des Todes gilt § 12. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für Aufwendungen aus Anlaß des Todes, für die abweichend von § 12 Abs. 1 ebenfalls Ausgabebelege vorzulegen sind.

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

§ 17

Verfahren

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

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

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

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

(5) Als Festsetzungsstellen entscheiden

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

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

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

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) 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) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. 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, nach § 11 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 12 Abs. 1 der Tag des Ablebens und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. 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) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift vorhandenen Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie Witwen und Witwer (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und die in § 61 Abs. 2 Satz 2, 3 Beamtenversorgungsgesetz bezeichneten Waisen findet § 15 keine Anwendung, wenn diese Personen in dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind und solange dieser Tarif beibehalten wird.

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

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

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

(5) 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 Bundesmini-

sterium für Post und Telekommunikation und dem Bundesministerium des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

Artikel 2

Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

(1) Beihilfefähig nach Artikel 1 sind auch die Aufwendungen

1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln,
2. aus Anlaß eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.

(2) Aus Anlaß eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind nach Maßgabe des Artikels 1 beihilfefähig die in Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2, 6, 8 bis 10 Buchstabe a bezeichneten Aufwendungen.

(3) Artikel 1 §§ 14, 15 und 17 findet Anwendung.

Anlage 1
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

**Psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen
der psychosomatischen Grundversorgung**

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

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

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

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

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

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

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

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,

- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung,
- seelische Behinderung auf Grund 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 auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

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

- bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. 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. 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. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. 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.

den. 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. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 90 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden;
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 120 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden;
- bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Psychotherapie ihrer Bezugspersonen im erforderlichen Umfang.

2.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt werden. Der Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Der Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" kann zusätzlich analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen mit abgeschlossener Zusatzausbildung in tiefenpsychologisch-fundierter und analytischer Psychotherapie an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut oder bei Kindern und Jugendlichen anstelle eines Diplompsychologen einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Zusatzausbildung in psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren an einem anerkannten Ausbildungsinstitut zur Behandlung hinzuziehen. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut eigenverantwortlich und selbständig tätig. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nummern 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durchführen lassen.

2.5 Wird die Behandlung durch einen in Nummer 2.4 bezeichneten Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichen-

Psychotherapeuten durchgeführt, der die Leistungen unmittelbar gegenüber dem Patienten berechnet, können die Aufwendungen bis zu den nachstehenden Sätzen als beihilfefähig anerkannt werden:

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

3. Verhaltenstherapie

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

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

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, daß bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als 10 Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muß in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu un-

terrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

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

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

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

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

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

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

nicht überschreiten.

Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. 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. 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. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

3.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt werden, wenn dieser den Nachweis erbringt, daß er während seiner Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen zur Behandlung hinzuziehen, der eine mindestens dreijährige abgeschlossene Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie an einem anerkannten Ausbildungsinstitut hat oder nach den Psychotherapie-Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen für Verhaltenstherapie zur Delegation zugelassen ist. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe eigenverantwortlich und selbständig tätig. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nummern 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen durchführen lassen.

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

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

4. Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

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

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

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

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt durchgeführt wird. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen, der über die in Nummer 2.4 Satz 4 oder Nummer 3.4 Satz 2 festgestellte Qualifikation und über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt, zur Behandlung hinzuziehen.

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

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

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

5. Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

Katathymes Bilderleben kann nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts Anwendung finden.

Rational Emotive Therapie kann nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts Anwendung finden.

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

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 sind zu zwei Drittel, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramik - außer Glaskeramik, vergleiche Nummer 8 - zur Hälfte 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

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnbetterkrankungen - Parodontopathien -,
- umfangreiche Gebißsanierung, 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.

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

4. Implantologische Leistungen

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) Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

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

Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet beihilfefähig. Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgung, beihilfefähig.

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

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. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

7. Einschränkungen für Personen, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind

Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F 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) einschließlich zahn-technischer Leistungen sind für Beihilfeberechtigte und

berücksichtigungsfähige Angehörige, die jeweils nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, nicht beihilfefähig.

Dies gilt nicht für Aufwendungen für prothetische Leistungen, wenn diese Leistungen

- auf Grund eines Unfalls erforderlich sind,
- durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt sind,
- durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sind
oder
- zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind.

8. 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 Körperersatzstücke**

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

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z. B. bei Kehlkopfkrankung)

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-Aufsprühung)

Aufrichteschlaufe

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/

-pipette/-stäbchen

Augenschielklappe, auch als Folie

Badestrumpf

Badewannensitz

(nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Behinderten-Dreirad

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

Bettnässer-Weckgerät

Beugebandage

Billroth-Batist-Lätzchen

Blasenfistelbandage

Blindenführhund

(einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenschriftmaschine

Blindenlangstock/-stock/-taststock

Blutlanzette

Blutzuckermeßgerät

Bracelet

Bruchband

- Closett-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 Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
- Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
- Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung
der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
- Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
- Gesichtsteilersatzstücke
(Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
- Gipsbett, Liegeschale
- Glasstäbchen
- Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
- Gummistrümpfe
- Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- Handgelenkriemen
- Hebekissen
- Heimdialysegerät
- Helfende Hand, Scherenzange
- Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
- Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör Hörgeräte
(HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik, IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)
- Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)
- Impulsvibrator
- Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
- Inhalationsgerät
(auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
- Innenschuh, orthopädischer
- Insulinapplikationshilfen und Zubehör
(Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
- Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
- 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/-strumpfhose
- Koordinator nach Schielbehandlung
- Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- Kopfschützer
- Krabbler für Spastiker
- Krampfaderbinde
- Krankenfahrstuhl mit Zubehör
- Krankenstock
- Kreuzstützbandage
- Krücke
- Latextrichter bei Querschnittlähmung
- Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- Lesegeräte
für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen
- Lesehilfen
(Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- Lifter
(Krankelifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
- Lispelsonde
- Mangoldsche Schnürbandage
- Maßschuhe,
orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 100 DM übersteigen
- Milchpumpe, in Einzelfällen auch elektrisch betrieben
- Mundsperrer
- Mundstab/-greifstab
- Narbenschützer
- Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschetten usw.
- Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
- Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

- Pavlikbandage
 Penisklemme
 Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
 Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
 Polarimeter
 Quengelschiene
 Reflektometer
 Rektophor
 Rollbrett
 Rutschbrett
 Schaumstoff-Therapie-Schuh,
 soweit die Aufwendungen 100 DM übersteigen
 Schede-Rad
 Schrägliegebrett
 Schutzbrille für Blinde
 Schutzhelm für Behinderte
 Schwellstromapparat
 Segofix-Bandagensystem
 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
 Skoliosemkrümmungsbandage
 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. Griesar
 Teleskoprampe
 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. Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.
3. 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.
4. 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.
5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
6. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 200 DM hinausgehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
7. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, in Höhe von 80 vom Hundert beihilfefähig.
8. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 1.000 DM beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muß. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, 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
 Eß- und Trinkhilfen
 Expander
 Farberkennungsgerät
 Fieberthermometer
 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)
 Ganter-Aktiv-Schuhe
 (Mini)Garage für Krankenfahrzeuge
 Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
 Handtrainer
 Hängeliege
 Hantel (Federhantel)
 Hausnotrufsystem
 Hautschutzmittel
 Heimtrainer
 Heizdecke/-kissen
 Hilfsgeräte für die Hausarbeit
 Holzsandalen
 Höhensonne
 Hörkissen
 Hörkragen Akusta-Coletta
 Intraschallgerät „NOVAFON“
 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
 Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)
 Ionopront, PermoX-Sauerstoffzeuger
 Katapultsitz
 Katzenfell
 Klingelleuchte
 Knickfußstrumpf
 Knoche Natur-Bruch-Slip
 Kolorimeter
 Kommunikationssystem
 Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
 Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)
 Krankenunterlagen
 Kreislaufgerät „Schiele“
 Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
 Language-Master
 Linguaduc-Schreibmaschine
 Luftpolsterschuhe
 Luftreinigungsgeräte
 Magnetfolie
 Monophonator
 Munddusche
 Nackenheizkissen
 Nagelspange Link
 Öldispersionsapparat
 Orthopädische Bade- und Turnschuhe
 Prothesenschuh
 Pulsfrequenzmesser
 Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
 Rotlichtlampe
 Rückentrainer
 Salbenpinsel
 Sauerstoffgerät
 Schlaftherapiegerät
 Sicherheitsschuh, orthopädisch
 Spezialsitze
 Spirometer
 Spranzbruchband
 Sprossenwand
 Sterilisator
 Stimmübungssystem für Kehlkopflose
 Stockroller
 Stockständer
 Stützstrümpfe
 Stufenbett
 SUNTRONIC-System (AS 43)
 Taktellgerät
 Tamponapplikator
 Tandem für Behinderte
 Telefonverstärker
 Telefonhalter
 Therapeutische Wärmesegmente
 Therapeutisches Bewegungsgerät
 Tinnitus-Masker
 Transit-Rollstuhl
 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
 Tüncers-Butler
 Übungsmatte
 Umweltkontrollgerät
 Urin-Prüfgerät Uromat
 Venenkissen
 Waage
 Wandstandgerät
 WC-Sitz
 Zahnpflegemittel
 Zehenkorrektursandale
 Zweirad für Behinderte.
10. 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 Einver-

nehmen mit dem Bundesministerium des Innern. Das Bundesministerium des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.

11. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes.

Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 25 DM je Sehhilfe beihilfefähig.

11.2 Brillen

Aufwendungen für Brillen sind - einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung - bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

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

Einstärkengläser: für das sph. Glas = 60 DM
für das cyl. Glas = 80 DM

Mehrstärkengläser: für das sph. Glas = 140 DM
für das cyl. Glas = 180 DM

- bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt) zuzüglich je Glas = 40 DM

- Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas = 40 DM

- Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas = 40 DM

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 (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 40 DM

- bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- bei Anisometropien ab 2 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke

- a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
- b) 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,
- c) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 20 DM

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),

- bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

- bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),

- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,

- bei Ziliarneurlogie,

- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,

- bei totaler Farbenblindheit,

- bei Albinismus,

- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),

- bei Gläsern ab + 10 dpt,

- im Rahmen einer Fotochemotherapie,

- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

11.4 Kontaktlinsen

11.4.1 Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- Myopie ab 8 dpt,
- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von 3 Jahren nachweisbar ist,
- Hyperopie ab 8 dpt,
- irregulärer Astigmatismus,
- regulärer Astigmatismus ab 3 dpt,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab 2 dpt,
- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

11.4.2 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die folgenden Aufwendungen - im Rahmen der Nr. 11.2 und 11.3 - beihilfefähig für

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

11.5 Andere Sehhilfen

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, werden die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt.

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

11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

Im übrigen sind die 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 - ggf. nur der Gläser - notwendig ist, weil

- sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- bei Kindern sich die Koptform geändert hat.

11.7 Die Aufwendungen für

- Bildschirmbrillen
- Brillenversicherungen
- Einmalkontaktlinsen
- Etui

sind nicht beihilfefähig.

12. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

a) Anschaffungskosten für zwei Langstöcke sowie ggf. für elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.

b) Aufwendungen für ein ambulant durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:

- Stundensatz von höchstens 50 DM für die Unterweisung bis zu 60 Stunden einschl. des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hinaus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 20 Stunden,

- Ersatz der notwendigen Fahrkosten für Fahrten des Trainers in Höhe von 0,52 DM je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,

- Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 50 DM täglich.

Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

c) Aufwendungen für ein stationär durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:

- Fahrkosten für die An- und Abreise nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- Kursgebühr entsprechend Buchstabe b,
- Kosten der Unterkunft nach § 6 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe a.

Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, können die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung des Buchstaben b anerkannt werden.

- d) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstaben b und c.
- e) Die Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.
- f) Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

2. Auslobung für Weltweite Projekte EXPO 2000 des Landes Brandenburg (1997)

Bekanntmachung des Ministeriums für Wirtschaft,
Mittelstand und Technologie des Landes Brandenburg
Vom 26. September 1997

Am 1. Juni 2000 wird die EXPO 2000 in Hannover eröffnet. Zum ersten Mal in der 150jährigen Geschichte der Weltausstellungen erhält Deutschland die Chance, für einen Zeitraum von 5 Monaten Gastgeber der Welt zu sein. Zehn Jahre nach der Wiedervereinigung wird die Welt darauf schauen, wie sich Deutschland als größtes Land inmitten Europas präsentiert. Zur EXPO 2000 werden mehr als 40 Millionen Besucher aus aller Welt erwartet.

1. Thematische Ausrichtung der EXPO 2000

Das Motto der EXPO 2000 lautet "Mensch - Natur - Technik". Damit werden an der Schwelle zum dritten Jahrtausend alle teilnehmenden Nationen, Internationale Organisationen, Unternehmen, Verbände, Vereinigungen und Initiativen aufgefordert, zu zeigen, wie sie den demographischen, ökonomischen, ökologischen und technischen Herausforderungen der Zeit gerecht werden wollen.

Die EXPO 2000 soll ein Signal für Menschen, Unternehmen, Organisationen und Nationen sein, gemeinsam über staatliche Grenzen hinweg an den globalen Herausforderungen der Zukunft zu arbeiten, um insbesondere

- eine ausreichende und gesunde Ernährung für alle zu erreichen,
- weltweit angemessene Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen herzustellen,
- eine ausreichende und umweltverträgliche Energieversorgung zu sichern,
- die natürlichen Lebensgrundlagen unserer Erde wirksam zu schützen,
- die Mobilität und Kommunikation der Menschen untereinander zu bewahren und zu fördern,
- das Wachstum der Weltbevölkerung in Einklang zu bringen mit den natürlichen Lebensgrundlagen.

Die Weltausstellung EXPO 2000 soll zeigen, wie die Menschen an der Schwelle zum dritten Jahrtausend ihr Verhältnis zu Natur und Technik im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung neu definieren. Sie will globales Forum sein für innovative Lösungsansätze und Zukunftsstrategien, die Ökonomie und Ökologie in Einklang bringen.

Die EXPO 2000 wird im Vergleich zu vorangegangenen Weltausstellungen deutlich stärker themenorientiert sein. Sie soll damit dem Gedanken der Weltausstellung eine neue Qualität und Dimension verleihen.

Das Motto "Mensch - Natur - Technik" gliedert sich deshalb in sechs Leitthemen:

- Gesundheit und Ernährung
- Wohnen und Arbeiten
- Umwelt und Entwicklung
- Kommunikation und Information
- Freizeit und Mobilität
- Bildung und Kultur.

Alle Exponate in Hannover selbst, aber auch die Weltweiten Projekte EXPO 2000 sollen inhaltlich mit diesen Themen verbunden sein.

2. Die Ausstellungsschwerpunkte der EXPO 2000

Die Weltausstellung im Jahr 2000 hat fünf Schwerpunkte:

- a) die Präsentation der Nationen und Internationalen Organisationen auf dem EXPO-Gelände in Hannover
- b) den Themenpark auf dem EXPO-Gelände in Hannover
- c) die "Weltweiten Projekte EXPO 2000" in Deutschland und aller Welt
- d) das Ereignisprogramm Kunst, Kultur, Entertainment und Sport
- e) die EXPO-Siedlung in Hannover.

3. Die deutsche Beteiligung an der EXPO 2000

Deutschland wird sich in einem Deutschen Pavillon und im Themenpark auf der EXPO in Hannover sowie durch Weltweite Projekte in den Bundesländern präsentieren. Der Deutsche Pavillon wird von Bund, Ländern und der Beteiligungsgesellschaft EXPO 2000 der Deutschen Wirtschaft (die dafür gemeinsam die Träger Deutscher Pavillon GmbH gegründet haben) mit Unterstützung des Generalkommissariats organisiert. Für den Themenpark ist die EXPO 2000 Hannover GmbH zuständig. Die Weltweiten Projekte liegen in der Verantwortung der Bundesländer.

Dabei brauchen die Bundesländer nicht in jedem Fall eigene Ausstellungsteile zu realisieren, sondern können auch über Projekte und thematisch passende Exponate und Veranstaltungen vertreten sein. Die Projekte und Exponate können auch länderübergreifenden Charakter haben.

Deutschland wird sich als ein föderales Bundesland präsentieren, das den Herausforderungen dieser Zeit in grenzüberschreitender Perspektive zusammen mit seinen Nachbarn und mit Partnern in aller Welt mit innovativen Lösungen begegnet.

4. Auslobung von Weltweiten Projekten EXPO 2000

Die Findung von brandenburgischen Weltweiten Projekten ist mit einer ersten Auslobungsrunde im Jahr 1996 und einer Empfehlung durch eine Bundesjury im April 1997 begonnen worden. Die 15 empfohlenen Projekte der 1. Runde arbeiten zur Zeit am Registrierungsvertrag mit der EXPO 2000 Hannover GmbH.

Da das Verfahren zur Findung von Weltweiten Projekten bis

1999 für neue, besonders innovative Vorhaben grundsätzlich offen ist, lobt das Land Brandenburg - vertreten durch den Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie - hiermit einen 2. Auswahlwettbewerb aus.

Interessierte Einzelpersonen, Unternehmen, Wissenschaftsinstitutionen, Vereine und Verbände, Kammern, Kirchen, Gebietskörperschaften und Initiativen sind aufgerufen, Vorschläge aus dem Land Brandenburg einzureichen.

Für die Projekte ergibt sich daraus die einmalige Möglichkeit, sich gemeinsam mit vielen anderen Vorhaben als vorbildliche Lösungsansätze zur Sicherung eines menschenwürdigen Lebens im 21. Jahrhundert einem sehr großen internationalen Publikum zu zeigen.

Die konkrete Verknüpfung mit dem zentralen Ereignis in Hannover, die Art der Präsentation, die Nutzung des Logos der Weltausstellung usw. werden im Rahmen eines Registrierungsvertrags zwischen Projektträgern und der EXPO 2000 Hannover GmbH verabredet.

5. Auswahlkriterien

Ein Projekt EXPO 2000 soll folgende Merkmale aufweisen:

- Das Projekt greift eines oder mehrere der Leitthemen der EXPO 2000 auf und setzt es (oder sie) exemplarisch und zukunftsorientiert um;
- das Projekt ist qualitativ hochwertig, innovativ mit Blick auf neuartige und bislang noch nicht implementierte Lösungsansätze;
- das Projekt orientiert sich an den Kriterien für nachhaltige Entwicklung ("sustainable development"), d. h. es muß eine über die Zeit der Weltausstellung hinausgehende nachhaltige Perspektive aufweisen und auch später noch sinnvoll nachgenutzt werden;
- das Projekt muß für ein internationales (Fach-)Publikum von Interesse sein (touristische, kulturelle, museal und sportlich geprägte Projekte scheiden aus);
- das Projekt wird vor Ort eigenständig vom Projektträger organisiert und in seinen Zielen definiert;
- das Projekt wird primär vor Ort präsentiert, ist gut darstellbar, anschaulich und sinnlich wahrnehmbar sowie für Besucher gut erreichbar;
- das Projekt umfaßt keine ganzen Regionen, Landschaften oder Städtepartnerschaften;
- das Projekt muß klar lokalisierbar und an einer zentralen Stelle verortet sein;
- die Finanzierung des Projektes ist mindestens bis zum Jahre 2000 gesichert

Außerdem ist zu beachten, daß "thematische Doubletten" innerhalb eines Bundeslandes, d. h. Projektvorschläge, die durch bereits vorausgewählte Projekte der 1. Auslobungsrunde inhaltlich abgedeckt sind, seitens der EXPO 2000 Hannover GmbH automatisch eine Absage nach sich ziehen.

Unter den brandenburgischen Projekten der 1. Runde befinden sich Vorhaben aus den folgenden Themenbereichen:

- *Energiewirtschaft (Braunkohle, regenerative Energien)*
- *Revitalisierung von Städten*
- *Transportlogistik*
- *Konversion*
- *Telekommunikation*
- *Baustoff Zement*
- *Glas als Zukunftswerkstoff für Bau und Technologie*
- *Umstrukturierung von Industriegebieten*

Besondere Chancen werden in der 2. Runde Projekten gegeben, die etwas mit den Themen

- *Wissenschaft und technische Innovationen*
- *Wirtschaft und*
- *Zukunft der Arbeit*

zu tun haben.

Um zu vermeiden, daß die Zahl der Weltweiten Projekte in Deutschland (bisher 178) unübersehbar wird und um zu gewährleisten, daß die Registrierung noch eine echte Auszeichnung bleibt, hat die EXPO 2000 Hannover GmbH darüber hinaus angekündigt, nicht mehr als fünf weitere Projekte aus jedem Bundesland registrieren zu wollen.

6. Finanzierung

Die Projekte müssen durch ihre Träger finanziell eigenständig gesichert werden. Weder die EXPO 2000 Hannover GmbH noch das Generalkommissariat, der Bund oder das Land können finanzielle Unterstützung leisten.

Mit Vorauswahl und Weiterreichung der Projekte durch das Land an die EXPO 2000 Hannover GmbH sind keinerlei finanzielle Zusagen verbunden, und es besteht kein Anspruch auf Förderung. *Das schließt eine Beantragung und Verwendung von Mitteln aus den geltenden Förderprogrammen des Landes, des Bundes oder der EU nicht aus.*

Die Deutsche Bundesstiftung Umwelt (Osnabrück) hat angeboten, die Finanzierung geeigneter Projekte zu fördern.

7. Bewerbungsunterlagen (Bewerbungsbogen)

Die Bewerbung ist an das Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie zu richten (Adresse siehe unter Ziffer 12). *Die Bewerbung ist nach einer standardisierten Gliederung einschließlich eines Bewerbungsbogens schriftlich abzufassen (siehe Anlage).* Anlagen können beigelegt werden. Um unproblematische Rücksendemöglichkeit wird gebeten (keine sperrigen oder übergewichtigen Gegenstände wie z. B. Modelle).

8. Einsendeschluß

Einsendeschluß beim Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand und Technologie ist **Freitag, der 31. Oktober 1997.**

In Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit, daß sich besonders innovative Vorhaben auch noch zu einem späteren Zeitpunkt um die Anerkennung als Projekt EXPO 2000 bewerben können. Die Realisierung des Vorhabens bis zum 1. Juni 2000 muß in jedem Fall gewährleistet sein.

9. Weiteres Verfahren

Landesauswahl

Der EXPO 2000-Beauftragte des Landes wird die abgelieferten Bewerbungen den zuständigen Ressorts zu einer Vorbewertung zuleiten. Ein Auswahlgremium der Ressorts wird danach eine Vorauswahl treffen, die bis spätestens 15. Dezember 1997 an die EXPO 2000 GmbH weitergeleitet wird.

Bundesjury

Das Generalkommissariat der EXPO 2000 beruft Anfang 1998 die Bundesjury, die bereits die erste Auswahlrunde bestritten hat, erneut ein. Diese Jury aus hochrangigen Vertretern der Bundesländer und anerkannten, unabhängigen Persönlichkeiten des gesellschaftlichen Lebens wird ihre Empfehlungen Ende März 1998 aussprechen. Die EXPO 2000 Hannover GmbH wird die Jury bei der Entscheidungsfindung unterstützen.

Registrierung

Nach der Empfehlung durch die Bundesjury wird die EXPO 2000 Hannover GmbH die für die Registrierung erforderlichen Vereinbarungen mit dem Projektträger vertraglich regeln und die Registrierung vornehmen.

Dokumentation

Die Projekt-Dokumentation vom Zeitpunkt der Registrierung bis 2000 wird vor Ort von den Projektträgern erstellt. Außerdem berichtet jeder Projektträger alle 6 Monate über den Projektfortschritt an die betreffende Landesregierung und die EXPO 2000 Hannover GmbH.

Offizielle Anerkennung

Im Jahr 1999 werden die Projekte durch das jeweilige Bundesland im Einvernehmen mit der EXPO 2000 Hannover GmbH daraufhin überprüft, ob sie im Verlauf ihrer Entwicklung die vertraglich im Rahmen der Registrierung festgesetzten Ziele erreicht haben. Erst dann wird die EXPO 2000 Hannover GmbH die einzelnen Projekte als "Weltweite Projekte EXPO 2000" offiziell anerkennen.

Preise

Jenseits der Auswahlprozesse für "Weltweite Projekte EXPO 2000" werden im Jahr 2000 während der Weltausstellung besondere Verfahren zur Erlangung von Gold-, Silber- und Bronzemedailles stattfinden, mit deren Hilfe die bestgeeigneten Projekte im unmittelbaren internationalen Vergleich noch weiter aufgewertet und herausgestellt werden sollen.

10. Rechtslage

Der Projektträger unterwirft sich mit der Einreichung seines Projektvorschlags dem Auswahlverfahren. Dies bedeutet insbesondere:

- Anerkennung der ausgewählten Jurys
- Anerkennung des vorgegebenen Zeitplans
- Anerkennung der Dokumentations- und Berichtspflichten
- Anerkennung einer Begleitung durch die EXPO 2000 Hannover GmbH.

Es handelt sich um ein offenes Verfahren, für das über die in dieser Verfahrensbeschreibung enthaltenen Vorgaben hinaus weder ein besonderes Antragsverfahren noch besondere Formalitäten vorgesehen sind. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

11. Dauer der EXPO 2000

1. Juni - 31. Oktober 2000

12. Ihre Ansprechpartner

Beauftragter des Bundeslandes Brandenburg für die EXPO 2000

Dr. Stefan von Senger und Etterlin
Ministerium für Wirtschaft, Mittelstand
und Technologie des Landes Brandenburg
Heinrich-Mann-Allee 107
14473 Potsdam
Tel.: 0331-866-1506, Fax: 0331-866-1724
e-mail: stefan.senger@mwmt.brandenburg.de

Weitere Ansprechpartner:

EXPO 2000 Hannover GmbH
Thurnitistraße 2
30519 Hannover
Tel.: 0511-8404-0, Fax: 0511-8404-100

Generalkommissariat EXPO 2000
Wallstraße 15/15a
10179 Berlin
Tel.: 030-24750-0, Fax: 030-24750-225

Auslobung Dezentrale Projekte EXPO 2000 Land Brandenburg Gliederungsvorschlag für die Bewerbung

1. **Projekthalt**
(Was umfaßt das Projekt? Was ist der spezielle Reiz dieses Projektes?)
2. **Projektziele**
(Was soll damit erreicht werden?)
3. **Thematischer Bezug zur EXPO 2000**
(Inwiefern steht das Projekt mit dem Motto "Mensch-Natur-Technik" und den Leitthemen in Zusammenhang?)
4. **Innovative Bestandteile des Projekts**
(Was ist technisch/technologisch oder in der Anwendung neu an dem Projekt?)
5. **Nachhaltigkeit des Projekts**
(Inwiefern ist das Projekt nachhaltig - nachhaltig verstanden als schonender Umgang mit Ressourcen sowohl bei der Erstellung als auch beim "Betrieb" und der Nachnutzung des Projekts, nachhaltig auch verstanden als wirtschaftlich auf absehbare Zeit tragbar und sozial unschädlich, d. h. von den Menschen vor Ort akzeptiert und evtl. von Vorteil für sie)
6. **Modellcharakter/Verallgemeinerbarkeit des Projekts**
(Ist dies die regionale Lösung eines globalen Problems? Läßt sich die regionale Lösung auf andere Weltgegenden in angepaßter Form übertragen?)
7. **Realisierbarkeit des Projekts bis zum Jahr 2000**
(Wie plausibel ist es, daß im Jahr 2000 wirklich etwas zu sehen ist?)
8. **Nutzung über das Jahr 2000 hinaus**
(Welcher Nutzen ist für das Projekt auch nach dem Jahr 2000 vorgesehen?)
9. **Finanzierung des Projekts**
(Wie wird das Vorhaben finanziert? Wer finanziert es? Eintrittskosten? Gibt es Risiken?)
10. **Trägerschaft des Projekts**
(Wer trägt das Projekt? Wer ist verantwortlich?)
11. **Besucherkonzept**
(Wie sollen Besucher der EXPO 2000 bei Ihnen vor Ort betreut werden? Wie ist das Projekt verkehrstechnisch erreichbar? Gibt es Führungen? Gibt es Beherbergungsmöglichkeiten und Versorgung? usw.)
12. weiteres...

Weltweite Projekte EXPO 2000 - Land Brandenburg
Datenblatt zum Projektantrag

1. Antragsteller

Einreichender bzw. federführender Projektträger:	
Name der Institution:	
Anschrift:	
PLZ, Ort:	
Postadresse: (PF, PLZ):	
Federführender Ansprechpartner:	
Name, Vorname, Titel, Funktion/Position:	
Abteilung:	
Telefon:	Telefax:

2. Projekt

Vollständige Bezeichnung des Projekts:
Kurzbezeichnung:

Kurzbeschreibung der Projektidee:

Projektbeschreibung:

Amtsblatt für Brandenburg

Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg

880

Amtsblatt für Brandenburg – Nr. 41 vom 16. Oktober 1997

Herausgeber: Minister des Innern des Landes Brandenburg.

Der Bezugspreis beträgt jährlich 110,- DM (zzgl. Versandkosten + Portokosten). Die Preise enthalten keine Mehrwertsteuer, da die Herausgabe Amtsblattes hoheitliche Tätigkeit ist. Die Einweisung kann jederzeit erfolgen.

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 56 89 - 0