

INHALT

Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Hamburgische Beihilfeverordnung – HmbBeihVO)	23
Regelmäßige Überprüfung von Wandtafelbefestigungen	38
Staatliche Genehmigung zur Einrichtung einer Höheren Handelsschule	38

Die Personalabteilung informiert:

Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Hamburgische Beihilfeverordnung – HmbBeihVO)

Vom 8. Juli 1985 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 161), zuletzt geändert am 24. Februar 2004 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 118)

Auf Grund von § 85 des Hamburgischen Beamtengesetzes in der Fassung vom 29. November 1977 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 367), zuletzt geändert am 27. Mai 2003 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 138, 149), wird, verordnet:

§ 1 Zweckbestimmung, Geltungsbereich und Rechtsnatur

(1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, in Fällen des nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs und der nicht rechtswidrigen Sterilisation, 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 Verordnung gilt für Beamte, Richter, Personen, die in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis stehen, und Versorgungsempfänger.

(3) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Die Gewährung einer Beihilfe kann davon abhängig gemacht werden, dass die Aufwendungen, für die sie bestimmt ist, vollständig bezahlt sind oder dass die Bezahlung dieser Aufwendungen gewährleistet ist.

(4) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist, gepfändet werden; er kann mit dem Anspruch der Freien und Hansestadt Hamburg auf Erstattung überzahlter Beihilfen verrechnet werden.

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer, und Personen, die in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis stehen,

2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen wurden,
3. Witwen, Witwer, schuldlos oder aus überwiegendem Verschulden der Verstorbenen vor dem 1. Juli 1977 verschiedene und ihnen gleichgestellte frühere Ehegatten, deren Ehen vor diesem Zeitpunkt aufgehoben oder für nichtig erklärt waren, sowie leibliche und angenommene Kinder nach dem Tode der in den Nummern 1 und 2 genannten Personen.

(2) Die Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 genannten Personen besteht nicht, wenn und solange sie keine Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Unterhaltsbeihilfe, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten, es sei denn, dass die Bezüge auf Grund von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. in Absatz 1 Nummer 1 genannte Personen, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Absatz 7 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung vom 21. September 1994 – Bundesgesetzblatt I Seiten 2648, 3134) beschäftigt sind,
3. in Absatz 1 genannte Personen, denen Leistungen nach § 27 des Gesetzes zur Neuregelung der Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages vom 18. Februar 1977 (Bundesgesetzblatt I Seite 297), zuletzt geändert am 11. März 1994 (Bundesgesetzblatt I Seite 526), in der jeweils geltenden Fassung, § 11 des Europaabgeordnetengesetzes vom 6. April 1979 (Bundesgesetzblatt I Seite 413), zuletzt geändert am 4. November 1994 (Bundesgesetzblatt I Seiten 3346, 3348), in der jeweils geltenden Fassung oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,

2. die Kinder des Beihilfeberechtigten, die bei ihm im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigt werden

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

- (2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht
 1. Geschwister des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten,
 2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

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

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

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

(3) 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 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 2 Absatz 3 Nummer 3 genannten Vorschriften, nach § 79 des Bundesbeamtengesetzes in der Fassung vom 2. I. Seiten 2325, 2384), in der jeweils geltenden Fassung gegen die Deutsche Bundesbahn oder nach entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Gewährung von Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Regelungen nach den Grundsätzen des Bundes oder eines Landes besteht.

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

§ 5 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen eines Arztes oder Zahnarztes ist ausschließlich nach den Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 10. Juni 1988 mit der Änderung vom 21. Dezember 1992 (Bundesgesetzblatt 1988 I Seite 818, 1992 I Seiten 2266, 2327) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 mit der Änderung vom 21. Dezember 1992 (Bundesgesetzblatt 1987 I Seite 2316, 1992 I Seiten 2266,

2327) in ihrer jeweiligen Fassung zu beurteilen; die Aufwendungen gelten bis zum Schwellenwert der Gebührenrahmen als angemessen. Höhere Aufwendungen können nur berücksichtigt werden, wenn besondere Umstände vorliegen; sie sind vom Arzt oder Zahnarzt zu begründen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, insbesondere Aufwendungen für Nahrung, Kleidung, Wohnung, Körperpflege, Erziehung, Ausbildung, körperliche Ertüchtigung und Erholung. Dies gilt auch dann, wenn insoweit aus gesundheitlichen Gründen höhere Aufwendungen entstehen.

(3) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann insoweit Gutachten eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes oder einer von der obersten Dienstbehörde bestimmten Stelle einholen.

(4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind, in dem

1. keine Beihilfeberechtigung (§ 2) bestanden hat,
2. die betreffende Person nicht berücksichtigungsfähig (§ 3) war.

Die Aufwendungen gelten als zu dem Zeitpunkt entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände (Behandlung durch den Arzt, Einkauf von Arzneien, Lieferung von Hilfsmitteln und dergleichen) eingetreten sind.

(5) Steht einer Person Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeits- oder sonstigen dienstvertraglichen Vereinbarungen zu, sind die gewährten Leistungen vor der Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen; dies gilt nicht für Leistungen aus einem Teilkostentarif der gesetzlichen Krankenversicherung (Artikel 61 des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988 - Bundesgesetzblatt I Seiten 2477, 2592). Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Kronen gilt der nach § 30 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (Bundesgesetzblatt I Seiten 2477, 2482), zuletzt geändert am 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022 3054), in der jeweils geltenden Fassung auf 65 vom Hundert erhöhte Zuschuss als gewährte Leistung. In Fällen, in denen zustehende Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 nicht in Anspruch genommen werden (privatärztliche Behandlung und dergleichen), sind die beihilfefähigen Aufwendungen entsprechend zu kürzen. Bei Anwendung des Satzes 3 gelten

1. Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe,
2. andere Aufwendungen, für die der zustehende Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder nicht ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert

als zustehende Leistung. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht für die in den Sätzen 1 und 2 genannten Leistungen

1. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis,
2. nach dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung vom 22. Januar 1982 (Bundesgesetzblatt I Seite 21), zuletzt geändert am 19. Oktober 1994 (Bundesgesetzblatt I Seiten 2978, 2998), in seiner jeweiligen Fassung oder nach sonstigen Rechtsvorschriften, die insoweit auf dieses Gesetz Bezug nehmen,
3. für Beihilfeberechtigte, die nur auf Grund einer Nebentätigkeit in der gesetzlichen Kranken- oder Ren-

tenversicherung pflichtversichert sind oder von der Pflichtversicherung einer anderen Person erfasst werden,

4. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung einer anderen Person in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung erfasst werden.

(6) Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. Als Sach- und Dienstleistung gilt die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen zum Beitrag zur Krankenversicherung gewährt wird, bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Absatz 3a SGB V) oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
 - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie für die Beförderung nach den §§ 35, 36 und 133 Absatz 2 SGB V,
 - b) Aufwendungen, die darauf beruhen, dass eine mögliche Sach- und Dienstleistung nicht als solche in Anspruch genommen worden ist.

Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz in der Fassung vom 23. März 1994 (Bundesgesetzblatt I Seiten 646, 2975), zuletzt geändert am 29. Juli 1994 (Bundesgesetzblatt I Seiten 1890, 1942), in der jeweils geltenden Fassung, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Kostenanteile und Zuzahlungen,
3. Aufwendungen nach §§ 6 bis 10, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18 000 Euro übersteigt; dies gilt nicht für Aufwendungen, für die dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder die Leistungen insoweit auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung),
4. Aufwendungen für Beamte, soweit ihnen auf Grund des Hamburgischen Beamtengesetzes freie Heilfürsorge zusteht,
5. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme; nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind der Ehegatte, Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwiegereltern, Schwäger und Schwägerinnen der behandelten Person. Wurde die Behandlung im Auftrag eines nahen Angehörigen durch einen Erfüllungsgehilfen erbracht, so gelten auch die vom nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig,
6. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Absatz 4 SGB V verlangt wird,
7. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V; werden diese nicht nach-

gewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

8. Aufwendungen, die auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs nach § 4 Absatz 2 und Absatz 3 Satz 2 beihilfefähig sind; dies gilt in den Fällen des § 4 Absatz 3 Satz 2 für berücksichtigungsfähige Ehegatten jedoch nur, wenn ein gleichwertiger Beihilfeanspruch besteht,
9. 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.

(7) Abweichend von Absatz 6 Nummer 9 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 93 des Hamburgischen Beamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruches auf die Freie und Hansestadt Hamburg führt.

§ 6 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

Aus Anlass eines Krankheitsfalls sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. Leistungen eines Arztes, Zahnarztes, Psychotherapeuten oder Heilpraktikers; dies gilt nicht für Maßnahmen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung vorgenommen werden. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zahnärztliche einschließlich kieferorthopädischer Leistungen bestimmen sich nach Anlage 1. Aufwendungen für eine Psychotherapie und für eine Verhaltenstherapie sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachtens eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes vorher anerkannt hat; Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach den Richtlinien des Bundesauschusses der Ärzte und Krankenkassen (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 3. Juli 1987 (Bundesanzeiger Nummer 156a vom 25. August 1987 Seite 3) in ihrer jeweils geltenden Fassung;
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 Betrags für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel in Höhe von zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels.
Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, sind nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig; Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen. ³Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen
 - a) für berücksichtigungsfähige Kinder,
 - b) für Versorgungsempfänger mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Sätze 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes in der Fassung vom 16. Dezember 1994 (Bundesgesetzblatt I Seite 3859), zuletzt geändert am 6. August 1998 (Bundesgesetzblatt I Seiten 2026, 2028), in der jeweils geltenden Fassung,
 - c) für Personen, für die eine Beihilfe nach § 9 Absatz 7 gewährt wird,

d) im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen.

Nicht beihilfefähig sind:

a) Aufwendungen für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die auf Grund von § 34 Absatz 1 Satz 6 und Absätze 2 und 3 SGB V nicht zulasten einer Krankenkasse verordnet werden dürfen,

b) Präparate, die überwiegend zur Behandlung erektiler Dysfunktionen sowie zur Anreizung oder Steigerung der sexuellen Potenz dienen;

3. eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; Nummer 2 letzter Satz gilt entsprechend. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie und dergleichen; dies gilt nicht für Saunabäder und das Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7) oder einer Heilkur (§ 8). Die Behandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden oder werden mit ihr zugleich in erheblichem Umfang berufsbildende oder allgemein bildende Zwecke verfolgt, sind die Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten für zusätzliche, gesondert durchgeführte und berechnete Heilbehandlungen nicht beihilfefähig;

4. Beschaffung oder Miete, Betrieb, Unterhaltung, Reparatur und Ersatz vom Arzt schriftlich verordneter Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 2;

5. erste Hilfe;

6. vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen bis zur Höhe der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen

– nach §2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert am 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304, 2337), in der jeweils geltenden Fassung oder

– nach §2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert am 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304, 2330), in der jeweils geltenden Fassung

in Form von

a) DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelten und Zuschlägen gemäß dem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert am 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304, 2308), in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten beziehungsweise vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Vergütungssystem,

b) tagesgleichen Pflegesätzen (Abteilungspflegesätze, Basispflegesätze, teilstationäre Pflegesätze nach § 13 BPfIV),

c) Entgelten für Modellvorhaben (§ 24 BPfIV)

sowie vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen (§ 115a SGB V), es sei denn, dass § 7 oder § 9 anzuwenden ist. Ermäßigungen der Vergütungen für allgemeine Krankenhausleistungen wegen Inanspruchnahme von gesondert berechenbaren Wahlleistungen (§§ 16 und 17 KHEntgG) bleiben unberücksichtigt; im Übrigen sind Mehraufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen nicht beihilfefähig. Bei Behandlung in einem Krankenhaus, für das das Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht gilt, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend; die Aufwendungen sind höchstens bis zu dem Betrag beihilfefähig, der bei einer Behandlung in einem Hamburger Krankenhaus, für das das Krankenhausfinanzierungsgesetz gilt, beihilfefähig wäre;

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige, voraussichtlich weniger als sechs Monate dauernde häusliche Krankenpflege. ²Sie umfasst Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; die Grundpflege muss überwiegen. ³Außerdem sind aus Anlass einer Krankenpflege nach Satz 1 die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege beihilfefähig. ⁴Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten für eine Pflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum Bundes-Angestellten-tarifvertrag (BAT) in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig. ⁵Werden mehrere Personen nach § 2 Absatz 1 und § 3 Absatz 1 gleichzeitig im selben Haushalt gepflegt, sind die Aufwendungen bis zum 1,5-fachen der Kosten nach Satz 4 beihilfefähig. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§5 Absätze Nummer 5) sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

a) Fahrkosten (Nummer 9),

b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, höchstens jedoch bis zu den Kosten nach den Sätzen 4 und 5, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine Vergütung, die dem Ehegatten oder einem Elternteil des Pflegebedürftigen gewährt wird, ist nicht beihilfefähig;

8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zum Betrag von 6 Euro stündlich, jedoch nicht mehr als 36 Euro täglich, wenn die Hilfe für die Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten für die Zeit einer stationären Unterbringung (Nummer 6, § 9) des den Haushalt führenden Beihilfeberechtigten oder des den Haushalt führenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen erforderlich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass der Beihilfeberechtigte, sofern er nicht allein erziehend ist, oder der berücksichtigungsfähige Angehörige nicht oder nur geringfügig beschäftigt ist und im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiger sonstiger berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt; dies gilt auch bei Angehörigen, die nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als selbst beihilfeberechtigt gelten (§ 4 Absätze 3 bis 5). Sätze 1 und 2 gelten in besonderen Fällen bis zur Dauer von sieben Tagen im Anschluss an die stationäre Unterbringung; dies gilt insbesondere für alleinstehende Beihilfeberechtigte, wenn eine Hilfe für die Weiterführung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 7 Satz 6 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe in Satz 2 genannte Angehörige

in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen (§ 5 Absatz 6 Nummer 5) sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig;

9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher oder zahnärztlicher Leistungen, Heilbehandlungen oder bei Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen (Nummern 1, 3 und 6) und für eine erforderliche Begleitperson 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, sind die Kosten bis zum in § 6 Absatz 1 des Hamburgischen Reisekostengesetzes in der Fassung vom 21. Mai 1974 (HmbGVBl. S. 159), zuletzt geändert am 31. August 1998 (HmbGVBl. S. 195), in der jeweils geltenden Fassung genannten Höchstbetrag je Kilometer beihilfefähig.³Von den nach den Sätzen 1 und 2 beihilfefähigen Aufwendungen ist vor der Berechnung der Beihilfe jeweils ein Betrag in Höhe von zehn vom Hundert der jeweiligen Beförderungskosten für jede einfache Fahrt, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings nicht mehr als die Beförderungskosten der jeweiligen Fahrt abzuziehen; Nummer 2 Satz 3 gilt entsprechend.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die

- a) Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel am Wohn- oder Aufenthaltsort des Behandelten oder in der nächsten Umgebung,
 - c) Mehrkosten der Beförderung an einen anderen als den nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
 - e) Beförderung im Zusammenhang mit Kuren oder kurähnlichen Maßnahmen; §§ 7 und 8 bleiben unberührt;
10. a) Unterkunft bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich, wenn
- aa) ein anderer Ort für eine ambulante Untersuchung, Behandlung oder dergleichen aufgesucht werden muss,
 - bb) eine Kur oder ein ähnliches Heilverfahren nicht vorliegt und
 - cc) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachtens eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes vorher anerkannt hat.
- Bestätigt der von der obersten Dienstbehörde bestimmte Arzt, dass eine Begleitperson notwendig ist, sind die Kosten für Unterkunft für die Begleitperson ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich beihilfefähig.
- b) Unterkunft und Verpflegung bis zum Höchstbetrag von 9 Euro täglich, wenn bei einer Heilbehandlung (Nummer 3) eine Heimunterbringung erforderlich wird; dies gilt nicht, wenn eine Bei-

hilfe nach § 9 Absatz 2 Satz 4, Absatz 7 oder 10 gewährt wird;

11. einen Organspender in Fällen, in denen der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger der Empfänger ist, für
- a) Aufwendungen nach Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen, und
 - b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.

Die Aufwendungen werden nur berücksichtigt, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind. Sätze 1 und 2 gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, bei denen sich später herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

§ 6a

Abzugsbeträge nach § 6 Nummer 2 Sätze 1 und 2 und Nummer 9 Satz 3 erster Halbsatz sind auf Antrag des Beihilfeberechtigten nicht mehr abzuziehen, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres die Belastungsgrenze übersteigen.²Sie beträgt 2 % des jährlichen Einkommens, höchstens jedoch 312 Euro für jeden Beihilfeberechtigten einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen; dies gilt unabhängig davon, ob Beträge nach § 6 Nummer 2 Sätze 1 und 2 oder Nummer 9 Satz 3 erster Halbsatz abzuziehen sind. Einkommen im Sinne des § 6a Satz 2 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. In Fällen, in denen Personen wegen einer Krankheit in Dauerbehandlung sind und in denen das Überschreiten der Belastungsgrenze antragsgemäß festgestellt wurde, werden auf Antrag Abzugsbeträge nicht mehr abgezogen, solange die Krankheit andauert. § 6 Nummer 2 Satz 3 und Nummer 9 Satz 3 zweiter Halbsatz bleibt unberührt.

§ 7 Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Nummern 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung 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 Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
3. nach § 6 Nummer 8 mit Ausnahme des Satzes 3 und Nummer 9,
4. für die Kurtaxe; dies gilt auch für die Begleitperson (Nummer 2 Satz 2),
5. für den ärztlichen Schlussbericht.

(2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nummern 2 bis 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. die Sanatoriumsbehandlung nach einem Gutachten eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
2. die Feststellungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat und
3. die Behandlung innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheids begonnen wird.

War die sofortige Einlieferung in ein Sanatorium von einem Ort außerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg geboten, kann die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachtens eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes auch nachträglich anerkannt werden; der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung darf nicht anerkannt werden, wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur (§ 8) durchgeführt und beendet worden ist. Von der Anwendung des Satzes 1 kann abgesehen werden, wenn die Sanatoriumsbehandlung nach einer schweren, eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordernden Erkrankung geboten ist; entsprechendes gilt in Fällen des Absatzes 2 Satz 2.

(4) Ein Sanatorium im Sinne dieser Verordnung ist ein Krankenhaus, in dem

1. unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie und dergleichen) durchgeführt werden und
2. die für die Behandlung erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen vorhanden sind.

§ 8 Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

(1) Die Aufwendungen für eine Heilkur sind nur für die in § 2 Absatz 1 Nummer 1 genannten Personen beihilfefähig.

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Nummern 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16 Euro täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13 Euro täglich, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind,
3. nach § 6 Nummer 9,
4. für die Kurtaxe; dies gilt auch für die Begleitperson (Nummer 2),
5. für den ärztlichen Schlussbericht.

(3) Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nummern 2 bis 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. nach einem Gutachten eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit
 - a) nach einer schweren Erkrankung eine Heilkur,

- b) bei Vorliegen eines erheblichen chronischen Leidens eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung

notwendig ist und nicht mit gleicher Erfolgsaussicht durch andere Heilmaßnahmen, insbesondere durch eine andere Behandlung am Wohn- oder Aufenthaltsort oder in der nächsten Umgebung, ersetzt werden kann,

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat und
3. die Heilkur innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheids begonnen wird.

(4) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Heilkur darf nicht anerkannt werden,

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 der Zeit eines Erziehungsurlaubs sowie einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge, wenn anerkannt worden ist, dass die Beurlaubung dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
2. wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren wegen derselben Krankheit bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung (§ 7) oder Heilkur durchgeführt und beendet worden 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 Nummer 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

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

der Zeit der Beschäftigung im öffentlichen Dienst gleich.

(6) Eine Heilkur im Sinne dieser Verordnung ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem inländischen Mineral-, Moor- oder Seeheilbad oder für Klimaheilkuren oder Kneippheilkuren als geeignet anerkannten Ort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort oder in der nächsten Umgebung befinden und ortsgelunden sein.

§ 9 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Aus Anlass einer dauernden Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig. § 6 bleibt unberührt.

(2) Dauernde Pflegebedürftigkeit ist nur bei Personen anzunehmen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrich-

tungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die nach Satz 1 pflegebedürftigen Personen müssen mindestens der Pflegestufe I nach § 15 Absatz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994 (Bundesgesetzblatt I Seiten 1014, 1015, 2797), zuletzt geändert am 5. Juni 1998 (Bundesgesetzblatt I Seite 1229), in der jeweils geltenden Fassung zuzuordnen sein. §§ 14 und 15 Absätze 1 und 2 SGB XI gelten entsprechend. Bei einer stationären Pflege gelten § 43 Absatz 1 und § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI entsprechend; der Umfang der pflegebedingten beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich nach § 84 Absatz 2 Sätze 2 und 3 SGB XI.

(3) Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind die Aufwendungen monatlich in der Pflegestufe

1. I bis zur Höhe von 20 vom Hundert,
2. II bis zur Höhe von 40 vom Hundert,
3. III bis zur Höhe von 60 vom Hundert

der durchschnittlichen Kosten für eine Berufspflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum BAT (§ 6 Nummer 7 Satz 4) beihilfefähig; bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand können in der Pflegestufe III Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 100 vom Hundert der in Halbsatz 1 genannten Kosten als beihilfefähig anerkannt werden. § 6 Nummer 7 Sätze 5 und 6 gilt entsprechend; Fahrkosten (§ 6 Nummer 9) sind nicht beihilfefähig. Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. Sie bestimmt sich nach den Pflegestufen des § 15 Absatz 1 SGB XI und wird monatlich in Höhe der in § 37 Absatz 1 Satz 3 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung für Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegestufe genannten Beträge gewährt.

Ein aus demselben Anlass zustehendes Pflegegeld aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung sowie aus demselben Anlass auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften zustehende Leistungen sind auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 4 zur Hälfte gewährt; Satz 5 bleibt unberührt. § 37 Absatz 2 SGB XI gilt sinngemäß. Beihilfen werden auch zu den Aufwendungen für Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI (Pflege-Pflichteinsätze) gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt.⁹ Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Absatz 8 entsprechend.

(4) Wird die häusliche Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Absatz 3 Sätze 1 und 2) und teilweise durch sonstige Personen (Absatz 3 Satz 3) erbracht, wird die Beihilfe nach Absatz 3 Sätze 1 und 2 sowie 4 bis 6 anteilig gewährt.

(5) Bei einer häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege nur beihilfefähig, soweit die private oder die soziale Pflegeversicherung hierfür Leistungen erbringt. Beihilfefähig ist der Betrag, aus dem sich die jeweilige Leistung der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung errechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten bei Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und für Maßnahmen zur Verbesserung des häuslichen Umfeldes der pflegebedürftigen Person (§ 40 Absätze 1 bis 4 SGB XI) entsprechend.

(6) Bei einer teilstationären Pflege in einer geeigneten Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (§ 41 Absatz 1 SGB XI) gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend.² Bei einer vorübergehenden Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung (§ 42 Absatz 1 SGB XI) sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, soweit die private oder die soziale Pflegeversicherung hierfür Leistungen erbringt. Beihilfefähig ist der Betrag, aus dem sich die jeweilige Leistung der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung errechnet.

(7) Bei einer stationären Pflege in Krankenhäusern, Heil- oder Pflegeanstalten oder Pflegeheimen mit regelmäßiger ärztlicher Krankenbetreuung sind abweichend von § 6 Nummer 6 die Kosten für Unterbringung und Verpflegung bis zum niedrigsten Satz in den für eine Unterbringung in Betracht kommenden öffentlichen oder freien gemeinnützigen Anstalten oder Pflegeheimen am Ort der Unterkunft oder in der nächsten Umgebung, höchstens jedoch bis zu 80 vom Hundert des Pflegesatzes für die staatlichen Pflegeheime der Freien und Hansestadt Hamburg, insoweit beihilfefähig, als sie monatlich folgende Beträge übersteigen:

1. für Beihilfeberechtigte mit

- | | |
|-------------------------------|-----------|
| a) einem Angehörigen | 102 Euro, |
| b) zwei oder drei Angehörigen | 89 Euro, |
| c) mehr als drei Angehörigen | 76 Euro; |

diese Beträge gelten in Fällen, in denen mehr als eine Person dauernd untergebracht ist, für jede untergebrachte Person,

2. bei gleichzeitiger Unterbringung des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 60 vom Hundert der Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie der Renten aus einer gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Altersversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes,

3. für Beihilfeberechtigte ohne Angehörige bei

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| a) körperlicher Erkrankung | 60 vom Hundert, |
| b) geistiger Erkrankung | 80 vom Hundert |

der Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie der Renten aus einer gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Altersversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes.

Ist die Unterbringung in einem Krankenhaus notwendig, gilt im Übrigen bei einer Unterbringung in einem

1. öffentlichen oder gemeinnützigen Krankenhaus § 6 Nummer 6 Satz 1,
2. privaten Krankenhaus § 6 Nummer 6 Satz 3 zweiter Halbsatz entsprechend.

Sind Angaben über den Anteil der Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Pflegesatz nicht zu erlangen, gelten 80 vom Hundert als Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind Personen, die nach § 3 Absatz 1 Satz 1 berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als selbst beihilfeberechtigt gelten (§ 4 Absätze 3 bis 5).

(8) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, wird in den Fällen des Absatzes 2 Satz 4 und der Absätze 3 und 5 bis 7 eine Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt. § 5 Absatz 5 und § 14 finden keine Anwendung.³ Über den Gesamtwert nach Satz 1 hinausgehende Aufwendungen sind nach Maßgabe des Absatzes 2 Satz 4 und der Absätze 3 und 5 bis 7 beihilfefähig.

(9) Das Vorliegen einer dauernden Pflegebedürftigkeit nach Absatz 2 ist durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen, das Angaben über die Art der Behinderung und die Verrichtungen, für die die pflegebedürftige Person der Hilfe bedarf, enthalten muss. Bei Personen, die in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert sind, entscheidet die Festsetzungsstelle auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 4 und den Absätzen 3 und 5 bis 8; § 5 Absatz 3 Satz 2 bleibt unberührt. Im Übrigen entscheidet die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes. ⁴Die Beihilfe wird vom Beginn des Monats an gewährt, in dem erstmalig ein Antrag bei der Festsetzungsstelle gestellt worden ist, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

(10) Bei einer Unterbringung 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 Absatz 4 SGB XI), bestimmen sich Art und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen nach § 43a SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 8 entsprechend.

§ 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind beihilfefähig die Aufwendungen bei

1. Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres und bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an einmal jährlich für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
2. Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,
3. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
4. Personen vom Beginn des 36. Lebensjahres an jedes zweite Jahr für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit

nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und Kinder-Richtlinien in der Fassung vom 26. April 1976 – Beilage Nummer 28/76 zum Bundesanzeiger Nummer 214 vom 11. November 1976 – sowie Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien vom 24. August 1989 - Bundesarbeitsblatt 1989 Nummer 10 Seite 44 –) in ihrer jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig; dies gilt nicht für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt.

§ 11 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburten, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbrüchen und nicht rechtswidrigen Sterilisationen

(1) Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung und ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik,
2. in entsprechender Anwendung des § 6 Nummern
 - a) 1 und 2, soweit es sich um Leistungen und Verordnungen eines Arztes handelt,
 - b) 3, 5, 6, 8 und 9 für die dort genannten Leistungen,
3. für die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder sonstiger ambulanter Entbindung bis zur Dauer von zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 6 Nummer 7 gepflegt wird; § 6 Nummer 7 Satz 5 gilt entsprechend,
5. in entsprechender Anwendung des § 6 Nummer 6 für das gesunde neugeborene Kind.

(2) Zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung eines lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 128 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind annimmt oder rechtmäßig in seinen Haushalt aufnimmt und das Kind am Tag der Annahme oder der Aufnahme das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

(3) Aus Anlass eines nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich Untersuchung und Verordnung empfängnisregelnder Mittel,
2. für ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft,
3. für ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch und eine nicht rechtswidrige Sterilisation,
4. in entsprechender Anwendung des § 6 Nummern
 - a) 1 und 2, soweit es sich um Leistungen und Verordnungen eines Arztes handelt,
 - b) 6, 8 und 9 für die dort genannten Leistungen.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für empfängnisverhütende Mittel bestimmt sich nach § 24a Absatz 2 SGB V.

§ 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 Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zum Betrag von 665 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zum Betrag von 435 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeits- oder sonstigen dienstvertraglichen Vereinbarungen oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Schadenersatzansprüche von insgesamt mindestens 1000 Euro zu, beträgt die Beihilfe 333 Euro, beim Tod eines Kindes 218 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2000 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt. Soweit wegen der Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Scha-

densersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden die Schadensersatzansprüche 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) Beihilfefähig sind außerdem die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes.

(3) Kann der Haushalt beim Tod des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe bis zur Dauer von sechs Monaten beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiger sonstiger berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt; dies gilt auch bei Angehörigen, die nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als selbst beihilfeberechtigt gelten (§ 4 Absätze 3 bis 5). Im Übrigen gilt § 6 Nummer 8 entsprechend.

§ 13 Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig,

1. wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und den §§ 9 bis 12 handelt und
2. soweit sie auch bei einer Behandlung und dergleichen in Hamburg entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

(2) Die Einschränkung des Absatzes 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn

1. ein im Inland wohnender Beihilfeberechtigter auf einer Dienstreise erkrankt und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland aufgeschoben werden kann oder
2. a) ein Gutachten eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes darüber vorgelegt wird, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht dringend geboten ist und
b) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Die Beihilfefähigkeit darf für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, nicht anerkannt werden.

(3) Aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 8 Absatz 2 Nummern 2 bis 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. ein Gutachten eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Arztes darüber vorgelegt wird, dass die Heilkur wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland dringend notwendig ist,
2. der Kurort im Heilbäderverzeichnis (Anlage 3) aufgeführt ist und
3. die sonstigen Voraussetzungen des § 8 vorliegen.

Notwendige Aufwendungen nach § 8 Absatz 2 Nummern 1 und 3 bis 5 sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(4) In Fällen der Überführung einer Leiche oder Urne gilt § 12 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen höchstens für eine Entfernung von insgesamt 700 Kilometern beihilfefähig sind.

§ 14 Bemessung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz); maßgebend sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

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

Ist mehr als ein Kind berücksichtigungsfähig, erhöht sich der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Nummer 1 auf 70 vom Hundert.

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

1. nach § 6 Nummer 8 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 11 Absatz 1 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 12 Absatz 3 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angebotener 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. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen, bei dem die Versicherung besteht, die Voraussetzungen des § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummern 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(4) Bei freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der Versicherungsleistungen (§ 5 Absatz 5 Sätze 1 und 2) ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn

1. die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen nicht gewährt oder die Leistungen nicht in Anspruch genommen werden,
2. ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil! oder dergleichen von mindestens 21 Euro monatlich zum Beitrag zur Krankenversicherung gewährt wird oder der Beitrag sich nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Absatz 3a SGB V) bemisst.

(5) Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Absatz 1 und § 3 Absatz 1 genannten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41 Euro 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 in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung strenger Maßstäbe anzunehmen sind, die Bemessungssätze erhöhen und Beihilfen unter anderen als den in dieser Verordnung genannten Voraussetzungen gewähren.

§ 15 Begrenzung der Beihilfen

- (1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die
1. von der gesetzlichen Krankenversicherung,
 2. von der sozialen Pflegeversicherung,
 3. auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeits- oder sonstigen dienstvertraglichen Vereinbarungen,
 4. aus einer privaten Schadenversicherung einschließlich einer privaten Krankenversicherung, soweit diese nicht eine Summenversicherung darstellt,
 5. von einer privaten Pflegeversicherung nach Maßgabe des § 23 SGB XI oder zur Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI

zu den geltend gemachten Aufwendungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreiten. ²Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird, in ihrer tatsächlichen Höhe. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 11 Absatz 2 und § 12 Absatz 1 unberücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. In Fällen, in denen Leistungen einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten oder der sozialen Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich; die Leistungen werden nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt.

§ 16 Gewährung von Beihilfen beim Tod des Beihilfeberechtigten

(1) Der Anspruch auf Beihilfe geht auf den Erben über. Die Beihilfe kann mit befreiender Wirkung an einen von mehreren Erben, an den hinterbliebenen Ehegatten oder an ein Kind des verstorbenen Beihilfeberechtigten gezahlt werden. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod des Beihilfeberechtigten. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend für Aufwendungen aus Anlass des Todes (§ 12) des Beihilfeberechtigten.

(2) Wird ein Beihilfeantrag von den in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod des Beihilfeberechtigten nicht gestellt, kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auch an andere natürliche oder juristische Personen gezahlt werden, soweit sie durch die Aufwendungen belastet sind und die Festsetzungsstelle die erforderlichen Feststellungen treffen kann.

§ 17 Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt; Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des beihilfeberechtigten Elternteils geltend gemacht werden. Es sind die von der obersten Dienstbehörde bestimmten Formblätter zu verwenden. Über den Antrag entscheidet die Festsetzungsstelle.

(2) Eine Beihilfe wird nur zu Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Steht zu denselben Aufwendungen

mehreren Beihilfeberechtigten eine Beihilfe zu, wird die Beihilfe dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt. Die Belege müssen deutlich lesbar sein. ⁴Belegen in ausländischer Sprache ist eine beglaubigte deutsche Übersetzung beizufügen.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen (§ 5 Absatz 4 Satz 2) oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat.

Eine Beihilfe

1. aus Anlass einer Pflege einer dauernd pflegebedürftigen Person (§ 9 Absatz 3 Sätze 4 und 6) ist spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,
2. zu den Aufwendungen
 - a) für Unterkunft und Verpflegung aus Anlass einer Heilkur (§ 8 Absatz 2 Nummer 2) ist spätestens zwei Jahre nach Beendigung der Heilkur,
 - b) für eine Säuglings- und Kleinkinderausstattung (§ 11 Absatz 2) ist spätestens zwei Jahre nach der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt,
 - c) aus Anlass eines Todesfalles (§ 12 Absatz 1) ist spätestens zwei Jahre nach diesem Todesfall

zu beantragen.

Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt hat.

(4) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt 200 Euro überschreiten. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diesen Betrag nicht, überschreiten sie aber insgesamt 15 Euro, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden.

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

(6) Beträgt die Beihilfe mehr als 500 Euro, im Falle einer stationären Unterbringung oder einer Heilkur mehr als 1 000 Euro, hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben. Die Festsetzungsstelle hat den Beihilfeberechtigten bei der Rückgabe der Belege hierauf hinzuweisen.

§ 18 Bemessung der Beihilfen in besonderen Fällen

(1) Auf die im Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Verordnung vorhandenen Ruhestandsbeamten, Richter im Ruhestand und entpflichteten Hochschullehrer sowie früheren Beamten und Richter (§ 2 Absatz 1 Nummer 2) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sowie auf sonstige Empfänger von Versorgungsbezügen (§ 2 Absatz 1 Nummer 3) findet § 15 keine Anwendung, wenn diese Personen zu dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind; dies gilt nur, 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 nach § 12 Absatz 3 der

Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen vom 16. Juni 1959 (Sammlung des bereinigten hamburgischen Landesrechts I 2032-C-6) erhöhten Bemessungssätze weiterhin angewendet werden.

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

§ 19 Übergangs- und Schlussvorschriften

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 1985 in Kraft.

(2) Zum gleichen Zeitpunkt tritt die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen vom 26. Juni 1973 mit den Änderungen vom 4. Mai 1976 und 3. Juli 1979 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1973 Seiten 234 und 464, 1976 Seite 127 und 1979 Seite 193) außer Kraft.

(3) Mehraufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen aus Anlass einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus und für entsprechende Leistungen werden in den Fällen, in denen Personen vor Inkraft-Treten dieser Verordnung

1. wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesondert berechenbare ärztliche Leistungen eines bestimmten Arztes in Anspruch ge-

nommen haben und in denen es sich als notwendig erweist, dass derselbe Arzt die Behandlung fortsetzt,

2. wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesondert berechenbare Leistungen in Anspruch genommen haben und in denen die Behandlung auf Grund eines bei Beendigung des früheren Behandlungsabschnitts bestehenden Behandlungsplans fortgesetzt wird,

3. trotz ausreichender Versicherung wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten von den Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder in denen diese Leistungen eingestellt worden sind und in denen die Mehraufwendungen auf Grund dieser Leiden oder Krankheiten entstanden sind,

4. das 70. Lebensjahr vollendet haben,

nach den bisherigen Vorschriften abgewickelt; dies gilt in den Fällen der Nummern 1 und 2 nur, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige stationäre Behandlung geboten war. § 15 gilt mit der Maßgabe, dass auch Leistungen aus einer Versicherung für gesondert berechenbare Wahlleistungen berücksichtigt werden. Absatz 4 bleibt unberührt.

(4) Aufwendungen für eine vor Inkraft-Treten dieser Verordnung begonnene stationäre Behandlung in einem Krankenhaus werden insoweit nach den bisherigen Vorschriften abgewickelt, als dies für den Beihilfeberechtigten günstiger ist.

(5) Beihilfefähige Aufwendungen, die bis zum Inkraft-Treten dieser Verordnung entstanden sind, werden im Übrigen nach den bisherigen Vorschriften abgewickelt.

(zu § 6 Nummer 1 Satz 2 HmbBeihVO)

Beihilfefähige Aufwendungen für zahnärztliche einschließlich kieferorthopädischer Leistungen

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für zahnärztliche einschließlich kieferorthopädischer Leistungen sind beihilfefähig, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist.
2. **Zahntechnische Leistungen**
Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, die bei einer zahnärztlichen Behandlung für konservierende Leistungen nach Abschnitt Nummern 213 bis 232, prothetische Leistungen nach Abschnitt F und implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstehen, sowie Aufwendungen für Edelmetalle, Edelmetalllegierungen und Keramik sind einschließlich der Handwerksleistungen (zum Beispiel Verblendungen) in Höhe von 60 vom Hundert beihilfefähig. ²Nummer 8 Buchstabe b bleibt unberührt.
3. **Kieferorthopädische Leistungen**
Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen (Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn
 - a) die behandelte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; dies gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
 - b) vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und
 - c) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
4. **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**
 - a) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:
 - b) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen im Kieferbereich (Myoarthropathien) größeren Umfangs,
 - c) Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),
 - d) umfangreiche Gebissanierung; sie ist nur anzunehmen, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung auf andere Weise nicht mehr feststellbar ist,
 - e) umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.
Dies gilt nur, wenn der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt belegt wird.
5. **Implantologische Leistungen**
Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit zusammenhängenden sonstigen zahnärztlichen Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:
 - a) Einzelzahnücke, wenn die für eine alternative Brückenversorgung in Betracht kommenden Pfeilerzähne nicht überkronungsbedürftig sind,
 - b) Freundsattelimplantat,
 - c) Fixierung von Totalprothesen im Unterkiefer bei stark abgebautem Unterkieferkamm sowie im Oberkiefer, wenn eine konventionelle Versorgung mit Zahnersatz nicht möglich ist,
 - d) Defektprothetik (zum Beispiel prothetische Versorgung nach schweren kieferchirurgischen Eingriffen, die eine konventionelle Versorgung mit Zahnersatz nicht zulassen).
Aufwendungen für mehr als zwei Implantate je Kiefer sind nur bei Einzelzahnücken oder beim Vorliegen besonderer Umstände, die vom Zahnarzt zu begründen sind, zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig. Aufwendungen für mehr als vier Implantate je Kiefer sind nicht beihilfefähig. Bei Anwendung der Sätze 2 und 3 zählen bereits vorhandene Implantate mit.
6. **Große Brücken und Verbindungselemente**
Aufwendungen für große Brücken sind nur beihilfefähig, wenn durch
 - a) sie bis zu vier fehlende Zähne je Kiefer oder bis zu drei fehlende Zähne je Seitenzahnggebiet,
 - b) mehrere Einzelbrücken je Kiefer von bis zu vier fehlenden Zähnen, im Seitenzahnggebiet von bis zu drei fehlenden Zähnen, insgesamt mehr als vier fehlende Zähne
ersetzt werden. Bei Kombinationsversorgungen sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer für bis zu drei Verbindungselemente je Kiefer, beihilfefähig.
7. **Wartezeit für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst**
Aufwendungen für Inlays und Kronen (Abschnitte Nummern 214 bis 217 und 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), prothetische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen sind einschließlich der damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. ²Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist, oder wenn der Beihilfeberechtigte bei Beginn der Behandlung mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.
8. **Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für**
 - a) Leistungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte,
 - b) Glaskeramik einschließlich anfallender Nebenkosten (zum Beispiel Charakterisierung).

(zu § 6 Nummer 4 HmbBeihVO)

Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

- | | |
|---|--|
| <p>1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Beschaffung vom Arzt schriftlich verordneter und nachstehend aufgeführter Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist: Absauggeräte (bei Kehlkopferkrankungen und dergleichen),
 Beatmungsgeräte,
 Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,
 Blindenschriftmaschine,
 Blindenstöcke,
 Blutdruckmessgeräte,
 Bruchbänder,
 Ergometer (nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle),
 Fußeinlagen,
 Gehhilfen (Armstützen, Gehwagen),
 Gipsbetten,
 Gummistrümpfe, Kompressionsstrumpfhosen,
 Heimdialysegeräte,
 Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgeräte und sonstigem Zubehör,
 Hilfsgeräte für Ohnhänder und andere Schwerstbehinderte,
 Hörhilfen (auch Hörbrillen),
 Impulsvibratoren (bei Mucoviscidose, Pankreasfibrose und dergleichen),
 Inhalationsapparate,
 Injektionsspritzen und -nadeln,
 Jobst-Wechsel-Druckgeräte,
 Katheter,
 Kniekappen,
 Knöchel- und Gelenkstützen,
 Kopfschützer,
 Korrekturschienen und dergleichen,
 Krankenfahrstühle,
 Krankenheber,
 Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),
 Leibbinden, Krampfadernbinden und dergleichen,
 Liegeschalen (Extensionsliegeschalen und dergleichen),
 orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, nach Abzug von 40 Euro,
 Pflegebetten,
 Polarimeter,
 Reflektometer,
 Sehhilfen, wenn sie von einem Augenarzt schriftlich verordnet sind,
 Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),
 Sprechhilfen (auch elektronische),
 Sprechkanülen,
 Stützapparate,
 Stumpf Strümpfe und Narbenschützer,
 Suspensorien,
 Toilettenstühle,
 Ultraschallvernebler,
 Urinale,
 Vibrationstrainer bei Taubheit,
 Wasser- und Luftkissen,
 Weckgeräte für Bettnässer.</p> <p>Die Aufwendungen für Gegenstände, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, sind nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig, soweit nicht etwas ande-</p> | <p>res bestimmt ist; vertraglich vereinbarte Preise nach § 33 Absatz 2 Satz 2 SGB V gelten als Festbeträge. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur in Höhe von 80 vom Hundert beihilfefähig.</p> <p>2. Aufwendungen für Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Kosten für Beschaffung, Betrieb, Unterhaltung und Reparatur sind oder die Beschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.</p> <p>3. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn sie nicht höher als die entsprechenden Kosten für Beschaffung, Betrieb, Unterhaltung und Reparatur sind und durch die Anmietung eine Beschaffung entbehrlich ist.</p> <p>4. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie 100 Euro im Kalenderjahr überschreiten. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie für Pflege- und Reinigungsmittel von Kontaktlinsen.</p> <p>5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind auch ohne Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung beihilfefähig.</p> <p>6. Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung unbrauchbar gewordener Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle in der bisherigen Ausführung sind ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels oder Geräts nicht mehr als sechs Monate vergangen sind; Nummer 9 Buchstabe d und Nummer 10 Buchstabe b bleiben unberührt.</p> <p>7. Zu den Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle gehören nicht Gegenstände, deren Beschaffungskosten zugleich Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung (§ 5 Absatz 2) sind; dies gilt insbesondere für
 Bandscheibenmatratzen,
 Bestrahlungslampen (Solarien, Helarien, Sonnenbänke, Rotlicht, Höhensonnen und dergleichen),
 Fieberthermometer,
 Fitnessgeräte (Heimtrainer, Expander und dergleichen),
 Gesundheitsschuhe,
 Heizkissen, Heizdecken,
 Liegestühle,
 Mundduschen (Water-Pic, Aqua-Pic und dergleichen),
 Rheumawäsche,
 Wärmedecken, Wärmflaschen,
 Zahnbürsten, auch elektrische.</p> |
|---|--|

Satz 1 gilt entsprechend für

- a) Gegenstände, die fest mit einem Gebäude verbunden sind,
- b) die behindertengerechte Ausstattung von Gebäuden und Gebäudeteilen (z. B. Wohnraum),
- c) die behindertengerechte Ausstattung von Kraftfahrzeugen.

8. Die notwendigen angemessenen Aufwendungen für andere als in Nummer 1 genannte Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, wenn die Beschaffungskosten nicht zugleich Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung (§ 5 Absatz 2) sind; bei Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro entscheidet die oberste Dienstbehörde über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit. Nummer 1 Satz 2 gilt entsprechend.

8a. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die auf Grund von § 34 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nicht von einer Krankenkasse übernommen werden dürfen.

9. Aufwendungen für Brillen sind einschließlich der Handwerksleistungen in folgendem Umfang beihilfefähig:

a) Als angemessen gelten Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist: für ein

aa) vergütetes Einstärkenglas
bis +/- 6 Dioptrien,
sphärisch 31,-- Euro,
cylindrisch 41,-- Euro,

bb) vergütetes Einstärkenglas
über +/- 6 Dioptrien,
sphärisch 52,-- Euro,
cylindrisch 62,-- Euro,

cc) vergütetes Mehrstärkenglas
bis +/- 6 Dioptrien,
sphärisch 72,-- Euro,
cylindrisch 92,50 Euro,

dd) vergütetes Mehrstärkenglas
über +/- 6 Dioptrien,
sphärisch 92,50 Euro,
cylindrisch 113,-- Euro,

ee) vergütetes Dreistufen- oder Multifokalglas
bis +/- 6 Dioptrien,
sphärisch 92,50 Euro,
cylindrisch 113,-- Euro,

ff) vergütetes Dreistufen- oder Multifokalglas
über +/- 6 Dioptrien,
sphärisch 113,-- Euro,
cylindrisch 133,-- Euro,

Mehraufwendungen für Gläser mit prismatischer Wirkung sind bis zu einem Betrag von 21 Euro je Glas beihilfefähig. Im Übrigen können höhere Aufwendungen nur berücksichtigt werden, wenn nachgewiesen wird, dass für sie ein zwingender medizinischer Grund vorliegt. Aufwendungen für ein Brillengestell sind nicht beihilfefähig.

b) Mehraufwendungen für Kunststoff- und Leichtgläser sind bis zu einem Betrag von 21 Euro je Glas nur bei

- aa) Glasstärken ab +/- 6 Dioptrien,
- bb) Anisometropie ab 2 Dioptrien,
- cc) Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr,

dd) Personen mit chronischem Druckekzem der Nase oder Fehl- oder Missbildungen des Gesichts, wenn mit Silikatgläsern ein ausreichender Sitz der Brille nicht erreicht werden kann,

ee) Spastikern, Epileptikern und Einäugigen beihilfefähig.

c) Mehraufwendungen für getönte Gläser (Lichtschutzgläser) und für phototrope Gläser sind bis zu einem Betrag von 11 Euro je Glas nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:

umschriebene Transparenzverluste (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen), krankhafte, andauernde Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzende Substanzverluste der Iris (zum Beispiel iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

chronisch rezidivierende Reizzustände der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),

entstellende Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,

Ziliar neuralgie,
blendungsbedingende entzündliche oder degenerative Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder

der Sehnerven,
totale Farbenblindheit,
Albinismus,

unerträgliche Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
intrakranielle Erkrankungen mit pathologischer Blendungsempfindlichkeit (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren),

Glasstärken ab + 10 Dioptrien,
Durchführung einer Fotochemotherapie,
Aphakie, als UV-Schutz der Netzhaut.

d) Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Brillen sind nur beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Brille mindestens drei Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn

aa) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,

bb) die bisherige Brille verloren gegangen oder durch Beschädigung vollständig unbrauchbar geworden ist,

cc) sich bei Kindern die Kopfform geändert hat.

Eine erneute schriftliche augenärztliche Verordnung ist nur erforderlich, wenn sich die für die Anwendung des Buchstaben a Satz 3 und der Buchstaben b und c erheblichen Umstände geändert haben. Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker sind bis zu einem Höchstbetrag von 13 Euro beihilfefähig.

e) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Brillenversicherungen sowie für Etais und dergleichen.

10. a) Aufwendungen für Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:
Aniseikonie,
Anisometropie ab 2 Dioptrien,
Aphakie,
Astigmatismus obliquus ab 2 Dioptrien,
regulärer Astigmatismus rectus und inversus ab 3 Dioptrien,
irregulärer Astigmatismus, Hyperopie ab 8 Dioptrien,
Keratokonus,
Myopie ab 8 Dioptrien,
progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nachweisbar ist, regulärer Astigmatismus ab 3 Dioptrien,
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 Irislinsen bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
druckempfindliche Narben am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.
Dies gilt bei Astigmatismus nur, wenn mindestens eine um 20 vom Hundert verbesserte Sehschärfe gegenüber einer Brille erzielt wird.
In den Fällen der Sätze 1 und 2 sind außerdem die Aufwendungen für eine zusätzliche Brille beihilfefähig. Bei Vorliegen einer Aphakie und bei Personen, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, sind darüber hinaus auch die Aufwendungen für eine Nahbrille beihilfefähig.
- b) Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Kontaktlinsen mindestens drei Jahre, bei weichen Kontaktlinsen mindestens zwei Jahre, vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn
- aa) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
- bb) die bisherigen Kontaktlinsen verloren gegangen oder durch Beschädigung vollständig unbrauchbar geworden sind.
- Eine erneute schriftliche augenärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Nummer 9 Buchstabe d Satz 4 gilt entsprechend.

- c) Bei Vorliegen der Voraussetzungen des Buchstaben a sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z. B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig: Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 Dioptrien jährlich) nachweisbar ist, Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme, Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger, Ektropium, Entropium, Symblepharon, Lidschlussinsuffizienz.
Nummer 9 Buchstabe e gilt entsprechend.
11. Aufwendungen für andere als in den Nummern 9 und 10 genannte Sehhilfen (Leselupen, Fernrohrbrille und dergleichen) sind nur beihilfefähig, wenn durch das Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen eine ausreichende Sehkorrektur nicht erzielt wird.
12. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Beschaffung vom Arzt schriftlich verordneter Körperersatzstücke sind beihilfefähig, soweit nachstehend nicht etwas anderes bestimmt ist. Die Nummern 4 bis 7 gelten entsprechend.
Aufwendungen für Perücken gelten bis zum Höchstbetrag von 700 Euro als angemessen; eine Beihilfe darf nur gewährt werden bei
- a) krankhaftem, entstellendem Haarausfall (bei Alopecia areata und dergleichen),
- b) erheblicher Verunstaltung (durch Schädelverletzung und dergleichen) oder
- c) Haarausfall als Behandlungsfolge.
- Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich für einen längeren Zeitraum als ein Jahr getragen werden muss. Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Perücken sind nur beihilfefähig, wenn seit dem vorangegangenen Kauf einer Perücke mindestens vier Jahre vergangen sind; dies gilt nicht, wenn sich bei Kindern die Kopfform verändert hat.

Anlage 3

(zu § 13 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 HmbBeihVO) Heilbäderverzeichnis (Ausland)

Ortsnamen:

AbanoTerme
Badgastein
Bad Dorfgastein
Bad Hofgastein
Galzignano

Ischia
Montegrotto
Ein Boqueq
Sdom amToten Meer
Salt Land Village

Das Amt für Verwaltung gibt bekannt:

Regelmäßige Überprüfung von Wandtafelbefestigungen

Nicht ausreichend befestigte Wandtafeln stellen eine erhebliche Gefahrenquelle dar. In der Vergangenheit ist es bereits durch umstürzende Wandklappschiebetafeln und herabfallende Projektionsflächen, die sich aus der Verankerung gelöst hatten, zu schweren Unfällen gekommen.

Es ist deshalb unverzichtbar, dass mindestens einmal jährlich durch die Schule eine Sicherheitsüberprüfung der Wandtafelbefestigungen einschl. der Projektionsflächen vorgenommen wird!

Bei der Sicherheitsüberprüfung ist wie folgt zu verfahren:

1. Wandtafel
 - 1.1 Die Tafel ist bis zum Anschlag herunterzuziehen.
 - 1.2 Die Tafelflügel sind in einem Winkel von 90° zu öffnen.
 - 1.3 Nun kann durch kräftiges, ruckartiges Ziehen des Tafelflügels nach unten am besten festgestellt werden, ob der Schiebegestellkasten bzw. bei Pylonenklappschiebetafeln die Pylonen noch fest mit der Wand verbunden sind.
2. Die Befestigungen von Projektionsflächen werden überprüft, indem sie in geneigtem Zustand ruckartig nach unten gezogen werden.

Ergeben sich bei der Sicherheitskontrolle Beanstandungen bzw. Zweifel an einer noch sicheren Befestigung, so beauftragen Sie bitte *unverzüglich* den Tafellieferanten (vgl. Anhang I, Seite 4 des blauen Rundschreibens über die „Bewirtschaftung von Schulmobiliar vom 05.04.2004“), um diese Tafeln durch Monteure der Herstellerfirma überprüfen und den unfallsicheren Zustand erforderlichenfalls wieder herstellen zu lassen.

Bei weiteren Fragen rufen Sie bitte das Beschaffungssachgebiet an:
Frau Lackmann Tel.: 428 63-3586

15.05.2004
MBISchul 2004 Seite 38

V 242-14 / 152-06

Die Rechtsabteilung weist hin auf die

Staatliche Genehmigung zur Einrichtung einer Höheren Handelsschule

Auf Grund des § 6 des Hamburgischen Gesetzes über Schulen in freier Trägerschaft vom 12. September 2001 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 386, zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Dezember 2003, HmbGVBl. S. 549 – HmbSFTG) wird der Privatschulpädagogischen Gesellschaft mbH die Genehmigung zur Einrichtung einer Höheren Handelsschule mit Wirkung zum 01.08.2004 erteilt. Mit der Genehmigung ist unter Verzicht auf die dreijährige Wartezeit ein Anspruch auf staatliche Finanzhilfe verbunden (§ 14 Absätze 1 und 2 HmbSFTG).

Die Genehmigung der Höheren Handelsschule erfolgt mit der Auflage, dass für den Unterricht der Fächer des Lernbereiches I bis zur Aufnahme des Schulbetriebes ein Lernbüro einzurichten ist.

27.05.2004
MBISchul 2004 Seite 38

V 34/185-11.08/03