

INHALT

Verordnung zur Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Klassen 1 bis 10 der allgemeinbildenden Schulen, der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die integrierte Gesamtschule – Jahrgangsstufen 5 bis 10, der Ausbildungs- und Prüfungsordnung zum Erwerb der Allgemeinen Hochschulreife, der Verordnung über die Stundentafeln für die Sekundarstufe I und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Studienkollegs Hamburg vom 13.7.2007	60
Ausführungsvorschrift zu § 43 Absatz 7 Satz 4 APO-AH	62
Richtlinie zur Erfüllung der sportlichen Eignung für die Aufnahme in sportbetonte Klassen an Partner- und Eliteschulen des Leistungssports	63
Regelmäßige Überprüfung von Wandtafelbefestigungen	63
Erweiterung der Genehmigung für die integrierte Gesamtschule mit dem Namen "Bugenhagenschule – Gesamtschule" um die Sekundarstufen	63
Künstlersozialversicherungsgesetz	64
Änderungen der Hamburgischen Beihilfeverordnung	74

Hinweis der Rechtsabteilung:

- **Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Klassen 1 bis 10 der allgemeinbildenden Schulen (APO-AS),**
- **die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die integrierte Gesamtschule – Jahrgangsstufen 5 bis 10 (APO-iGS),**
- **die Ausbildungs- und Prüfungsordnung zum Erwerb der Allgemeinen Hochschule (AOP-AH)**

werden gesondert in einer Broschüre abgedruckt.

Eine Lesefassung der Verordnung über die Stundentafeln für die Sekundarstufe I wird in der nächsten Ausgabe abgedruckt.

31.07.2007

MBISchul 2007 Seite 60

V 36

Nachdruck aus dem Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 27 vom 24.07.2007 (204, 207):

Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Studienkollegs Hamburg

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Studienkollegs Hamburg vom 20. Juli 2005 (HmbGVBl. S. 319) wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - 1.1 Der Eintrag zu § 22 erhält folgende Fassung:
„§ 22 Festsetzung der Prüfungsnoten in den Prüfungs- und Pflichtfächern“.
 - 1.2 Hinter dem Eintrag zu §22 wird folgender Eintrag eingefügt:
„§ 22 a Ergebnis der abschließenden Prüfung“.
 - 1.3 Hinter dem Eintrag zu § 36 wird folgender Eintrag eingefügt:
„§ 36 a Fachunterricht Englisch“.

2. § 13 wird wie folgt geändert:
 - 2.1 Absatz 2 wird aufgehoben.
 - 2.2 Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.
3. § 20 Absatz 8 erhält folgende Fassung:
„(8) Hat ein Prüfling in allen schriftlichen Prüfungen mangelhafte Leistungen oder in einer schriftlichen Prüfung ungenügende und in einer weiteren schriftlichen Prüfung mangelhafte oder ungenügende Leistungen erbracht, gilt die abschließende Prüfung eines Kurses insgesamt als nicht bestanden.“
4. In § 21 Absatz 5 Satz 2 wird die Zahl „15“ durch die Zahl „20“ ersetzt.

5. § 22 wird wie folgt geändert:
- 5.1 Die Überschrift erhält folgende Fassung:
„§ 22 Festsetzung der Prüfungsnoten in den Prüfungs- und Pflichtfächern“.
- 5.2 In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „in der Regel“ gestrichen.
- 5.3 Absatz 2 Satz 4 erhält folgende Fassung:
„In Prüfungsfächern, in denen keine Vornote festgesetzt worden ist, ist die Prüfungsnote die Endnote.“
- 5.4 Absatz 3 erhält folgende Fassung:
„(3) In Pflichtfächern, in denen keine Prüfung stattgefunden hat, ist die Vornote die Endnote. Dies gilt auch für Pflichtfächer, die nur in einem Ausbildungsabschnitt unterrichtet wurden.“
6. Hinter § 22 wird folgender § 22 a eingefügt:
„§ 22 a
Ergebnis der abschließenden Prüfung
Die abschließende Prüfung eines Kurses ist bestanden, wenn die Endnote in allen Pflichtfächern mindestens „ausreichend“ lautet oder mangelhafte Leistungen in einem Pflichtfach durch mindestens gute Leistungen in einem anderen Pflichtfach oder befriedigende Leistungen in zwei anderen Pflichtfächern ausgeglichen werden. Mangelhafte Leistungen in zwei Pflichtfächern oder ungenügende Leistungen können nicht ausgeglichen werden.“
7. In § 28 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Prüfungsfächer“ durch das Wort „Pflichtfächer“ ersetzt.
8. In § 36 Absatz 2 wird die Textstelle „Kurs S/G: Vorbereitung auf sprachliche, geisteswissenschaftliche und künstlerische Studiengänge“ durch die Textstelle „Kurs G: Vorbereitung auf sprachliche, geisteswissenschaftliche und künstlerische Studiengänge, Kurs S: Vorbereitung auf sprachliche Studiengänge“ ersetzt.
9. Hinter § 36 wird folgender § 36 a eingefügt:
„§ 36 a
Fachunterricht Englisch
(1) Der Unterricht im Fach Englisch findet leistungsdifferenziert auf bis zu vier verschiedenen Niveaustufen statt, soweit es das Angebot des Studienkollegs zulässt.
Die Niveaustufen ergeben sich aus der Anlage 2.
(2) Spätestens sechs Wochen nach Unterrichtsbeginn legen die im Kurs Englisch unterrichtenden Lehrkräfte gemeinsam die Zuweisung der Kollegiatinnen und Kollegiaten zu einer Niveaustufe fest, auf der der Fachunterricht erteilt und die Prüfung abgelegt wird.
(3) Eine Änderung der Zuweisung zu einer Niveaustufe ist in der Regel nicht möglich.
(4) Die Niveaustufe wird im Zeugnis vermerkt.
(5) Für Versetzungs- und Prüfungsentscheidungen werden die Noten der unterschiedlichen Niveaustufen auf das Niveau A 2 umgerechnet. Dabei entspricht
die Note 2 des Niveaus A 2
der Note 1 des Niveaus A 1,
der Note 3 des Niveaus B 1 und
der Note 4 des Niveaus B 2.
Die Noten 1 und 2 des Niveaus B 1 sowie die Noten 1, 2 und 3 des Niveaus B 2 werden bei Ver-

setzungs- und Prüfungsentscheidungen durch die Note 1 des Niveaus A 2, die Note 6 des Niveaus A 1 durch die Note 6 des Niveaus A 2 ersetzt. Ansonsten gelten folgende Entsprechungen:

Niveau A 2 Note	Niveau A 1 Note	Niveau B 1 Note	Niveau B 2 Note
2	1	3	4
3	2	4	5
4	3	5	6
5	4	6	–
6	5	–	–

10. § 37 wird wie folgt geändert:
- 10.1 In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Fächern“ durch das Wort „Pflichtfächern“ ersetzt.
- 10.2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- 10.2.1 In Satz 1 wird das Wort „Fach“ jeweils durch das Wort „Pflichtfach“ und das Wort „Fächern“ durch das Wort „Pflichtfächern“ ersetzt.
- 10.2.2 In Satz 2 wird das Wort „Fächern“ durch das Wort „Pflichtfächern“ ersetzt.
11. § 39 wird wie folgt geändert:
- 11.1 Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:
„Dies ist in der Regel der Fall, wenn die Leistungen in dem jeweiligen Fach zum Zeitpunkt des Konferenzbeschlusses mindestens „gut“ sind. Die Kurskonferenz tagt mindestens sechs Wochen vor dem Prüfungstermin.“
- 11.2 Es wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) Kollegiatinnen und Kollegiaten, die die vorgesehene Prüfung bestanden haben, können nach Teilnahme am Unterricht des zweiten Semesters zur Notenverbesserung erneut in einzelnen oder allen Prüfungsfächern an der Prüfung teilnehmen.“
12. § 40 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- 12.1 In Satz 1 wird das Wort „Absatz“ durch die Textstelle „Absätze 1 und“ ersetzt.
- 12.2 In Satz 3 wird hinter dem Wort „geprüft“ die Textstelle „ , das nicht schriftliches Prüfungsfach ist“ eingefügt.
- 12.3 Satz 6 erhält folgende Fassung:
„In einem Fach der schriftlichen Prüfung wird eine mündliche Prüfung angesetzt, wenn in der schriftlichen Prüfung keine mindestens ausreichende Leistung erbracht wurde.“
13. § 41 wird folgender Absatz 5 angefügt:
„(5) Die Abschlussprüfung im Fachkurs G und die Ergänzungsprüfung im Fachkurs S können gleichzeitig abgelegt werden. Ein eigenständiger Abschluss des Fachkurses S durch die Ergänzungsprüfung ohne Bestehen der Abschlussprüfung des Fachkurses G ist nicht möglich.“
14. § 45 wird wie folgt geändert:
- 14.1 In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Fächern“ durch das Wort „Pflichtfächern“ ersetzt.
- 14.1 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- 14.2.1 In Satz 1 wird das Wort „Fach“ jeweils durch das Wort „Pflichtfach“ und das Wort „Fächern“ durch das Wort „Pflichtfächern“ ersetzt.

14.2.2 In Satz 2 wird das Wort „Fächern“ durch das Wort „Pflichtfächern“ ersetzt.

15. § 46 Absatz 1 Satz 3 erhält folgende Fassung:
„Prüfungsfach kann jedes im zweiten Ausbildungsjahr unterrichtete Pflichtfach sein.“

16. Die Anlage wird wie folgt geändert:

16.1 Nummer 1.4 erhält folgende Fassung:

„1.4 Fachkurs G

(Vorbereitung auf geisteswissenschaftliche und künstlerische Studiengänge)

Pflichtfächer für geisteswissenschaftliche und künstlerische Studiengänge sowie Germanistik:

- Deutsch
- Geschichte
- Deutsche Literatur
- Englisch
- Sozialkunde

Fächer der schriftlichen Prüfung für geisteswissenschaftliche und künstlerische Studiengänge sowie Germanistik:

- Deutsch

- Geschichte
- Deutsche Literatur“.

16.2 Hinter Nummer 1.4 wird folgende Nummer 1.5. eingefügt:

„1.5 Fachkurs S

(Vorbereitung auf sprachliche Studiengänge)

Pflichtfächer:

- Deutsch
- Geschichte
- Deutsche Literatur
- Englisch
- Zweite Fremdsprache für Fortgeschrittene nach Wahl der Kollegiatinnen und Kollegiaten im Rahmen des Angebots des Studienkollegs (in der Regel: Französisch, Spanisch oder Russisch)

Fächer der schriftlichen Prüfung:

- Deutsch
- Geschichte
- die zweite Fremdsprache für Fortgeschrittene“.

Hamburg, den 13. Juli 2007

Die Behörde für Bildung und Sport

31.07.2007
MBISchul 2007 Seite 60

V 36

* * *

Die Rechtsabteilung gibt bekannt:

Ausführungsvorschrift zu § 43 Absatz 7 Satz 4 APO-AH

Schülerinnen und Schüler, die die Studienstufe einer Partner- oder Eliteschule des Leistungssports besuchen, können Training im Sportunterricht in jedem Halbjahr als Grundkurs im Fach Sport anrechnen lassen. Sie erfüllen damit die Belegauflage für das Fach Sport gemäß § 43 Absatz 7 Satz 1 APO-AH. Die Sätze 2 und 3 dieses Absatzes gelten in diesen Fällen nicht. Das gilt nicht für Schülerinnen und Schüler, die Sport als Prüfungsfach gewählt haben (vgl. § 46 Absatz 2 Satz 6, 2. Halbsatz APO-AH).

31.07.2007
MBISchul 2007 Seite 62

V 36

Die Rechtsabteilung gibt bekannt.

Richtlinie zur Erfüllung der sportlichen Eignung für die Aufnahme in sportbetonte Klassen an Partner- und Eliteschulen des Leistungssports

1. Als sportlich geeignet wird eine Person bezeichnet, die unter Berücksichtigung des bereits realisierten Trainings im Vergleich zu anderen Personen mit ähnlichem biologischen Entwicklungsstand und Lebensgewohnheiten überdurchschnittlich sportlich leistungsfähig ist und bei der unter Berücksichtigung der gegebenen individuellen und externen Faktoren begründbar angenommen wird, dass sie in nachfolgenden Entwicklungsprozessen sportliche Spitzenleistungen erbringen kann.
2. Die Überprüfung der sportlichen Eignung erfolgt durch den Fachverband mittels geeigneter Auswahlkriterien. Dabei kann das Feststellen der Eignung über Sichtungsmassnahmen oder geeignete andere/weitere Verfahren erfolgen (z. B. sportmotorische Tests, das Heranziehen von Rang- bzw. Bestenlisten).

Die Feststellung der sportlichen Eignung mündet in eine Empfehlung an die Schule, die über die Aufnahme oder die Umsetzung in eine Parallelklasse entscheidet. Grundsätzlich gilt dabei, dass die Sportart an der Schule im Rahmen des Verbundsystems angeboten und von der aufzunehmenden Person betrieben wird.

Fällt die zunächst attestierte sportliche Eignung später weg, informiert der Fachverband unverzüglich die Schule. Die Zeugniskonferenz entscheidet dann nach Anhörung der Steuerungsgruppe (Partnerschulen) bzw. des Regionalteams (Eliteschulen) über die Umsetzung in eine nichtsportbetonte Parallelklasse oder eine Überweisung in eine andere Schule der gleichen Schulform.

3. Diese Richtlinie tritt zum 1. August 2007 in Kraft.

31.07.2007
MBISchul 2007 Seite 63

V 36

* * *

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 Schiebegerüstkasten bzw. bei Pylonen-

klappschiebetafeln 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.

Die Überprüfung der Befestigungen ist vom Schulhausmeister in einem Prüfungsbuch (dies ist selbst anzulegen) zu dokumentieren.

Ergeben sich bei der Sicherheitskontrolle Beanstandungen bzw. Zweifel an einer noch sicheren Befestigung, so beauftragen Sie bitte unverzüglich den Tafellieferanten, um diese Tafeln durch Monteure der Herstellerfirma überprüfen und den unfallsicheren Zustand erforderlichenfalls wieder herstellen zu lassen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Fachkräfte für Arbeitssicherheit:

Carsten Hays	V 236-1	Telefon 4 28 63-2599
Bela Miklos	V 236-2	Telefon 4 28 63-2709

06.07.2007
MBISchul 2007 Seite 63

V 242-14

* * *

Die Rechtsabteilung weist hin auf die

Genehmigung für die integrierte Gesamtschule mit dem Namen „Bugenhagenschule – Gesamtschule“ für die Sekundarstufen I und II; die Genehmigung der Sekundarstufe I umfasst die Einrichtung von Integrationsklassen, Träger: Ev. Stiftung Alsterdorf

Künstlersozialversicherungsgesetz

Das am 01.01.1983 in Kraft getretene Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) bietet **selbständigen** Künstlern und Publizisten sozialen Schutz in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Wie Arbeitnehmer zahlen sie nur die Hälfte der Versicherungsbeiträge; die andere Beitragshälfte trägt die Künstlersozialkasse (KSK). Die für die Finanzierung erforderlichen Mittel werden aus einem Zuschuss des Bundes und aus einer Künstlersozialabgabe der Unternehmen finanziert, die künstlerische und publizistische Leistungen in Anspruch nehmen und verwerten (Verwerter).

Seit dem In-Kraft-Treten des KSVG ist praktisch für jede Inanspruchnahme künstlerischer oder publizistischer Leistungen durch einen Verwerter eine Sozialabgabe zu zahlen und zwar

- für **angestellte** (mit einem Arbeitsvertrag beschäftigte) Künstler/Publizisten der Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die zuständige Krankenkasse und
- für **selbständige** (mit freiberuflichen Dienst- oder Werkverträgen beschäftigte) Künstler/Publizisten die Künstlersozialabgabe an die Künstlersozialkasse.

Unternehmen, die Leistungen selbständiger Künstler/Publizisten in Anspruch nehmen, müssen an dem gesetzlich geregelten Meldeverfahren teilnehmen. Zu dem Kreis dieser Unternehmen gehören auch staatliche oder öffentlich-rechtliche Stellen und Einrichtungen wie Behörden und Dienststellen, die nicht nur gelegentlich künstlerische oder publizistische Leistungen in Anspruch nehmen. So beispielsweise die Landeszentrale für politische Bildung, wenn sie zur Gestaltung und Herausgabe von Publikationen regelmäßig und in erheblichem Umfang selbständige Künstler und Publizisten verpflichtet oder die Staatliche Jugendmusikschule, soweit sie nicht nur gelegentlich selbständige Musiklehrkräfte per Honorarvertrag einsetzt oder allgemeinbildende Schulen, die z. B. im Rahmen von „Kompetenz-Plus“ oder von „ergänzenden Unterrichtsangeboten“ selbständige Musik-, Gesangs- oder Kunstlehrer für die Vermittlung von Musik, bildende oder darstellende Kunst auf Honorarbasis beschäftigen.

Abgabepflichtige Unternehmen müssen einmal im Jahr jeweils bis zum 31. März sämtliche an selbständige Künstler/Publizisten geleisteten Entgelte des Vorjahres melden. Dies geschieht mit Hilfe der von der KSK zur Verfügung gestellten Meldebögen. In der Behörde für Bildung und Sport können alle Dienststellen und Fachabteilungen, die nicht nur gelegentlich Leistungen selbständiger Künstler oder Publizisten im Wege von Honorarverträgen bzw. freiberuflichen Dienstverträgen oder Werkverträgen in Anspruch nehmen, abgabepflichtiges Unternehmen im Sinne des KSVG sein.

Hiervon abweichend werden für die allgemeinbildenden Schulen bis auf weiteres die Meldepflichten im Amt für Bildung bei B-S **zentral** wahrgenommen. Dazu liefern die Schulen die nach § 28 KSVG vorgeschriebenen Aufzeichnungen und Unterlagen für die Zeit ab 2007 an – B-S –. Die Behörde wird auf der Basis der von den Schulen gemeldeten Beträge die Kosten für die Beiträge an die KSK zentral begleichen und hierfür eine entsprechende Mittelstornierung bei der jeweiligen Schule im Selbstbewirtschaftungsfonds Schulen veranlassen. Das heißt, dass die Schulen, die selbständige künstlerische oder publizistische Leistungen in Anspruch nehmen wollen, neben den Honorarkosten zusätzlich die Kosten für die Beiträge an die KSK bei der Mittelfestlegung berücksichtigen müssen (die Beiträge dürfen nicht dem Künstler/Publizisten in Rechnung gestellt werden oder vom Honorar abgezogen werden).

Das Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) in der z.z. geltenden Fassung ist als Anhang abgedruckt. Außerdem können das Gesetz, die Beitragsüberwachungsverordnung sowie Informationsschriften und Meldevordrucke der Künstlersozialkasse über das Internet www.kuenstlersozialkasse.de eingesehen und bezogen werden. Darüber hinaus wird demnächst ein Rundschreiben zum Verfahren an den Schulen verteilt und eine Handreichung mit Verfahrensregelungen für den Bereich der BBS im Intranet der BBS veröffentlicht.

Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten (Künstlersozialversicherungsgesetz – KSVG)

Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Juni 2007 (BGBl. I S. 1034)

Erster Teil

Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten

Erstes Kapitel

Kreis der versicherten Personen

Erster Abschnitt

Umfang der Versicherungspflicht

§ 1

Selbständige Künstler und Publizisten werden in der allgemeinen Rentenversicherung, in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versichert, wenn sie

1. die künstlerische oder publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausüben und
2. im Zusammenhang mit der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit nicht mehr als einen Arbeitnehmer beschäftigt, es sei denn, die Beschäftigung erfolgt zur Berufsausbildung oder ist geringfügig im Sinne des § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.

§ 2

Künstler im Sinne dieses Gesetzes ist, wer Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt. Publizist im Sinne dieses Gesetzes ist, wer als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig ist oder Publizistik lehrt.

Zweiter Abschnitt

Ausnahmen von der Versicherungspflicht

Erster Unterabschnitt

Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes

§ 3

(1) Versicherungsfrei nach diesem Gesetz ist, wer in dem Kalenderjahr aus selbständiger künstlerischer und publizistischer Tätigkeit voraussichtlich ein Arbeitseinkommen erzielt, das 3.900 Euro nicht übersteigt. Wird die selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit nur während eines Teils des Kalenderjahres ausgeübt, ist die in Satz 1 genannte Grenze entsprechend herabzusetzen. Satz 2 gilt entsprechend für Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld.

(2) Absatz 1 gilt nicht bis zum Ablauf von drei Jahren nach erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit. Die Frist nach Satz 1 verlängert sich um die Zeiten, in denen keine Versicherungspflicht nach diesem Gesetz oder Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 besteht.

(3) Abweichend von Absatz 1 bleibt die Versicherungspflicht bestehen, solange das Arbeitseinkommen nicht mehr als zweimal innerhalb von sechs Kalenderjahren die dort genannte Grenze nicht übersteigt.

(4) (weggefallen)

§ 4

In der gesetzlichen Rentenversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

1. auf Grund einer Beschäftigung oder einer nicht unter § 2 fallenden selbständigen Tätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit ist, es sei denn, die Versicherungsfreiheit beruht auf einer geringfügigen Beschäftigung oder einer geringfügigen selbständigen Tätigkeit (§ 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),
2. aus einer Beschäftigung ein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder aus einer nicht unter § 2 fallenden selbständigen Tätigkeit ein Arbeitseinkommen bezieht, wenn das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen während des Kalenderjahres voraussichtlich mindestens die Hälfte der für dieses Jahr geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung beträgt; wird die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nur während eines Teils des Kalenderjahres ausgeübt, ist diese Grenze entsprechend herabzusetzen.
3. als Gewerbetreibender in Handwerksbetrieben nach § 2 Satz 1 Nr. 8 oder § 229 Abs. 2a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig ist,
4. Landwirt im Sinne des § 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte ist,
5. eine Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht,
6. als ehemaliger Landwirt eine Altersrente oder nach Vollendung des 60. Lebensjahres eine Landabgaberente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte bezieht oder
7. als Wehr- oder Zivildienstleistender in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist.

§ 5

(1) In der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

1. nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist,
2. nach Vollendung des 65. Lebensjahres eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit aufnimmt,
3. nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert ist,
4. nach anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von § 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit ist,
5. eine nicht unter § 2 fallende selbständige Tätigkeit erwerbsmäßig ausübt, es sei denn, diese ist geringfügig im Sinne des § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch,

6. Wehr- oder Zivildienstleistender ist; § 193 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt,
7. im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen oder freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht ist und unmittelbar vor der Unterbringung nicht nach diesem Gesetz versichert war oder
8. während der Dauer seines Studiums als ordentlicher Studierender einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit ausübt.

(2) In der sozialen Pflegeversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

1. nach Absatz 1 versicherungsfrei oder
2. nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden ist.

Zweiter Unterabschnitt Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag

§ 6

(1) Wer erstmals eine Tätigkeit als selbständiger Künstler oder Publizist aufnimmt und nicht zu dem in § 5 Abs. 1 genannten Personenkreis gehört, wird auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht nach diesem Gesetz befreit, wenn er der Künstlersozialkasse eine Versicherung für den Krankheitsfall bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen nachweist. Voraussetzung ist, dass er für sich und seine Familienangehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankheit entsprechen. Der Antrag ist spätestens drei Monate nach Feststellung der Versicherungspflicht bei der Künstlersozialkasse zu stellen.

(2) Wer nach Absatz 1 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden ist, kann gegenüber der Künstlersozialkasse bis zum Ablauf der in § 3 Abs. 2 genannten Frist schriftlich erklären, dass seine Befreiung von der Versicherungspflicht enden soll. Die Versicherungspflicht beginnt nach Ablauf der in § 3 Abs. 2 genannten Frist.

§ 7

(1) Wer als selbständiger Künstler oder Publizist in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren insgesamt ein Arbeitseinkommen erzielt hat, das über der Summe der Beträge liegt, die für diese Jahre nach § 6 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Jahresarbeitsentgeltgrenze festgelegt waren, wird auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht nach diesem Gesetz befreit. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

(2) Der Antrag ist bis zum 31. März des auf den Dreijahreszeitraum folgenden Kalenderjahres bei der Künstlersozialkasse zu stellen.

§ 7a

(1) Die Künstlersozialkasse entscheidet über den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht.

(2) Die Befreiung nach § 6 Abs. 1 wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an; sind bereits Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen worden, wirkt die Befreiung vom Beginn des Monats

an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung nach § 7 wirkt vom Beginn des Monats an, der auf die Antragstellung folgt.

(3) Der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung endet mit der Mitgliedschaft.

Dritter Abschnitt Beginn und Dauer der Versicherungspflicht, Verlegung des Tätigkeitsortes

§ 8

(1) Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung beginnt mit dem Tage, an dem die Meldung des Versicherten nach § 11 Abs. 1 eingeht, beim Fehlen einer Meldung mit dem Tage des Bescheides, durch den die Künstlersozialkasse die Versicherungspflicht feststellt. Sie beginnt frühestens mit dem Tage, an dem die Voraussetzungen für die Versicherung erfüllt sind. Ist der selbständige Künstler oder Publizist in dem Zeitpunkt, in dem nach Satz 1 die Versicherungspflicht beginnen würde, arbeitsunfähig, beginnt die Versicherungspflicht an dem auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Tage.

(2) Tritt nach § 4 Nr. 1 oder 3 bis 7 oder nach § 5 Versicherungsfreiheit ein, ist § 48 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe anzuwenden, dass der Bescheid über die Versicherungspflicht vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an aufzuheben ist. Im übrigen ist der Bescheid über die Versicherungspflicht bei Änderung der Verhältnisse nur mit Wirkung vom Ersten des Monats an aufzuheben, der auf den Monat folgt, in dem die Künstlersozialkasse von der Änderung Kenntnis erhält; § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

§ 8a

(1) Verlegt ein Versicherter oder Zuschußberechtigter während des Kalenderjahres seinen Tätigkeitsort aus dem Beitrittsgebiet in das übrige Bundesgebiet oder umgekehrt, ist diese Änderung vom Ersten des Monats an zu berücksichtigen, der auf den Monat folgt, in dem die Künstlersozialkasse von der Änderung Kenntnis erhält.

(2) § 309 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Vierter Abschnitt Kündigungsrecht

§ 9

(1) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und nach diesem Gesetz krankenversicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Satz 1 gilt entsprechend für den Versicherungsvertrag eines Familienangehörigen, wenn ein Künstler oder Publizist nach diesem Gesetz versicherungspflichtig wird und der Angehörige dadurch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wird.

(2) Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert ist und nach diesem Gesetz pflegeversicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Zweites Kapitel Beitragszuschuss der Künstlersozialkasse

§ 10

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Versicherungspflicht befreit und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse als vorläufigen Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, der im Falle der Versicherungspflicht für einen Künstler oder Publizisten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Der Anspruch beginnt mit dem auf den Antrag folgenden Kalendermonat. Bei Zuschussberechtigten, die nach diesem Gesetz in der allgemeinen Rentenversicherung nicht versichert sind, ist für die Berechnung des endgültigen Zuschusses das erzielte Jahreseinkommen maßgebend; es ist der Künstlersozialkasse bis zu der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 31. Mai des folgenden Jahres zu melden. Die Höhe der Aufwendungen für die freiwillige Krankenversicherung sind der Künstlersozialkasse für jedes Kalenderjahr bis zum 31. Mai des folgenden Jahres nachzuweisen.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach den §§ 6 oder 7 von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse einen vorläufigen Beitragszuschuß, wenn sie für sich und ihre Familienangehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankheit entsprechen. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht unter Zugrundelegung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Künstler oder Publizist für seine private Krankenversicherung zu zahlen hat; für Zeiten, für die bei Versicherungspflicht Arbeitseinkommen nicht zugrunde gelegt wird (§ 234 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), wird ein Beitragszuschuss nicht gezahlt. Für Künstler und Publizisten, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes zugrunde zu legen. Bei einer Befreiung nach § 6 beginnt der Anspruch mit dem Kalendermonat, in dem die Meldung nach § 11 Abs. 1 eingeht. Bei einer Befreiung nach § 7 gilt Absatz 1 Satz 2. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt. § 257 Abs. 2a bis 2c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 10a

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse als vorläufigen Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz an die Pflegekasse zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse einen vorläufigen Beitragszuschuß, wenn sie für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der sozialen Pflegeversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch gleichwertig sind. § 61 Abs. 6 und 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht an die Pflegekasse zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Künstler oder Publizist für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. § 10 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

§ 10b

Der Bescheid über die Festsetzung des endgültigen Beitragszuschusses soll mit Wirkung für die Vergangenheit zu Ungunsten des Zuschussberechtigten zurückgenommen werden, wenn die Meldung nach § 10 Abs. 1 Satz 3 in wesentlicher Beziehung unrichtige Angaben enthält.

Drittes Kapitel Auskunfts- und Meldepflichten

§ 11

(1) Wer nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung versichert wird, hat sich bei der Künstlersozialkasse zu melden. § 16 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Wer nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung versichert wird oder nach §§ 10 und 10a Anspruch auf einen Beitragszuschuß hat, hat der Künstlersozialkasse auf Verlangen die Angaben, die zur Feststellung der Versicherungspflicht, der Höhe der Beiträge und der Beitragszuschüsse erforderlich sind, sowie die in § 13 genannten Angaben zu machen. Er hat die dafür notwendigen Auskünfte zu geben und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Angaben, die zur Erfüllung sonstiger Aufgaben der Künstlersozialkasse nach diesem Gesetz erforderlich sind.

(3) Die Vordrucke der Künstlersozialkasse sind zu verwenden.

(4) Der nach Absatz 1 Meldepflichtige hat in dem Anmeldevordruck der Künstlersozialkasse die ihm von einem Träger der Rentenversicherung oder der Datenstelle der Träger der Rentenversicherung zugeteilte Versicherungsnummer einzutragen. Ist eine Versicherungsnummer nicht zugeteilt worden, ist sie von der Datenstelle der Träger der Rentenversicherung über die Künstlersozialkasse zu vergeben.

§ 12

(1) Versicherte und Zuschußberechtigte haben der Künstlersozialkasse bis zum 1. Dezember eines Jahres das voraussichtliche Arbeitseinkommen, das sie aus der Tätigkeit als selbständige Künstler und Publizisten

erzielen, bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung für das folgende Kalenderjahr zu melden. Die Künstlersozialkasse schätzt die Höhe des Arbeitseinkommens, wenn der Versicherte trotz Aufforderung die Meldung nach Satz 1 nicht erstattet oder die Meldung mit den Verhältnissen unvereinbar ist, die dem Versicherten als Grundlage für seine Meldung bekannt waren. Versicherte, deren voraussichtliches Arbeitseinkommen in dem in § 3 Abs. 2 genannten Zeitraum mindestens einmal die in § 3 Abs. 1 genannte Grenze nicht überschritten hat, haben der ersten Meldung nach Ablauf dieses Zeitraums vorhandene Unterlagen über ihr voraussichtliches Arbeitseinkommen beizufügen.

(2) Erstattet der Zuschußberechtigte trotz Aufforderung die Meldung nach Absatz 1 Satz 1 nicht, entfällt der Anspruch auf den Beitragszuschuß bis zum Ablauf des auf die Meldung folgenden Monats. Satz 1 gilt entsprechend, wenn er den Melde- und Nachweispflichten nach §§ 10 und 10a trotz Aufforderung nicht nachkommt. Die Rückforderung vorläufig gezahlter Beitragszuschüsse bleibt unberührt.

(3) Ändern sich die Verhältnisse, die für die Ermittlung des voraussichtlichen Jahresarbeitseinkommens maßgebend waren, ist auf Antrag die Änderung mit Wirkung vom Ersten des Monats an zu berücksichtigen, der auf den Monat folgt, in dem der Antrag bei der Künstlersozialkasse eingeht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das Jahresarbeitseinkommen geschätzt worden ist.

§ 13

Die Künstlersozialkasse kann von den Versicherten und den Zuschußberechtigten Angaben darüber verlangen, in welchem der Bereiche selbständiger künstlerischer und publizistischer Tätigkeiten das Arbeitseinkommen jeweils erzielt wurde, in welchem Umfang das Arbeitseinkommen auf Geschäften mit zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten beruhte und von welchen zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten Arbeitseinkommen bezogen wurde. Außerdem kann die Künstlersozialkasse von den Versicherten und den Zuschußberechtigten Angaben darüber verlangen, in welcher Höhe Arbeitseinkommen aus künstlerischen, publizistischen und sonstigen selbständigen Tätigkeiten in den vergangenen vier Kalenderjahren erzielt wurde. Für den Nachweis der Angaben zur Höhe des Arbeitseinkommens kann sie die Vorlage der erforderlichen Unterlagen, insbesondere von Einkommenssteuerbescheiden oder Gewinn- und Verlustrechnungen, verlangen. Die Erhebung dieser Angaben erfolgt durch eine wechselnde jährliche Stichprobe.

Erster Abschnitt Grundsatz

§ 14

Die Mittel für die Versicherung nach diesem Gesetz werden durch Beitragsanteile der Versicherten (§§ 15 bis 16a) zur einen Hälfte, durch die Künstlersozialabgabe (§§ 23 bis 26) und, durch einen Zuschuss des Bundes (§ 34) zur anderen Hälfte aufgebracht.

Zweiter Abschnitt Beitragsanteile des Versicherten

Erster Unterabschnitt Höhe der Beitragsanteile

§ 15

Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus den §§ 157 bis 161, 165 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und § 175 Abs. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Fünften des folgenden Monats fällig.

§ 16

(1) Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus den §§ 223, 234 Abs. 1 und § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages sowie den sich nach § 241a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrag zu zahlen. Hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld von einem Zeitpunkt an, der vor Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit liegt, hat er an die Künstlersozialkasse zusätzlich den sich auf Grund des § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Erhöhungsbetrag zu zahlen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Fünften des folgenden Monats fällig. Hat der Versicherte einen Tarif nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt, so hat er daraus resultierende Prämienzahlungen an die Krankenkasse zu leisten.

(2) Ist der Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn die Künstlersozialkasse zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt die Künstlersozialkasse das Ruhen der Leistungen fest; das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang des Bescheides beim Versicherten ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherte in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Ruhensbescheid haben keine aufschiebende Wirkung. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile nach Absatz 1 sowie nach § 16a Abs. 1 gezahlt sind. Die Künstlersozialkasse kann bei Vereinbarung von Ratenzahlungen das Ruhen vorzeitig für beendet erklären. Die zuständige Krankenkasse ist von der Mahnung sowie dem Eintritt und dem Ende des Ruhens zu unterrichten.

§ 16a

(1) Versicherte haben an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur sozialen Pflegeversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus § 55 Abs. 1 und 2 und § 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil erhöht sich um den Beitragszuschlag, der sich aus § 57 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergibt. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Fünften des Folgemonats fällig.

(2) § 16 Abs. 2 gilt entsprechend.

Zweiter Unterabschnitt Beitragsverfahren

§ 17

Entrichtet ein Versicherter, der nach diesem Gesetz sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung als auch in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist, seine Beitrags-

anteile nur zum Teil, werden die Zahlungen vorrangig zur Erfüllung der Verpflichtung gegenüber der Krankenkasse und der Pflegekasse verwandt.

§ 17a

Als Tag der Zahlung der Beitragsanteile gilt.

1. bei Abbuchung der Tag der Fälligkeit, es sei denn, der Abbuchungsauftrag wird nicht ausgeführt oder abgebuchte Beitragsanteile werden zurückgerufen,
2. bei Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der Künstlersozialkasse der achte Tag vor dem Tag der Wertstellung zugunsten der Künstlersozialkasse oder, falls es für den Versicherten günstiger ist, der Tag der Belastung oder Einzahlung,
3. bei Zahlung durch Scheck der Tag der Absendung, es sei denn, der Scheck wird von dem Kreditinstitut, das das zu belastende Konto führt, nicht eingelöst,
4. bei Barzahlung der Tag der Einzahlung.

§ 18

Für die Erhebung eines Säumniszuschlags auf rückständige Beitragsanteile des Versicherten gilt § 24 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Säumniszuschläge gehören zum Vermögen der Künstlersozialkasse.

§ 19

Für die Verjährung der Ansprüche auf Beitragsanteile gilt § 25 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 20

Die Künstlersozialkasse hat dem Versicherten und dem Zuschußberechtigten jährlich eine Abrechnung zu erteilen, aus der die Berechnung der von ihm und für ihn erbrachten Beitragsleistungen ersichtlich ist. Die Jahresabrechnung gilt als Bescheinigung im Sinne des § 25 der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung.

Dritter Unterabschnitt Erstattungen

§ 21

(1) Die Künstlersozialkasse hat zu Unrecht entrichtete Beitragsanteile zu erstatten. § 26 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Die Künstlersozialkasse kann mit Zustimmung des Berechtigten zu Unrecht entrichtete Beitragsanteile mit künftigen Ansprüchen auf Beitragsanteile verrechnen.

(3) Für die Verzinsung und Verjährung des Anspruchs auf Erstattung gilt § 27 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 22

(weggefallen)

Dritter Abschnitt Künstlersozialabgabe

§ 23

Die Künstlersozialkasse erhebt von den zur Abgabe Verpflichteten (§ 24) eine Umlage (Künstlersozialabgabe) nach einem Vomhundertsatz (§ 26) der Bemessungsgrundlage (§ 25).

Erster Unterabschnitt Personenkreis

§ 24

(1) Zur Künstlersozialabgabe ist ein Unternehmer verpflichtet, der eines der folgenden Unternehmen betreibt:

1. Buch-, Presse- und sonstige Verlage, Presseagenturen (einschließlich Bilderdienste),
2. Theater (ausgenommen Filmtheater), Orchester, Chöre und vergleichbare Unternehmen; Voraussetzung ist, daß ihr Zweck überwiegend darauf gerichtet ist, künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen öffentlich aufzuführen oder darzubieten; Absatz 2 bleibt unberührt,
3. Theater-, Konzert- und Gastspieldirektionen sowie sonstige Unternehmen, deren wesentlicher Zweck darauf gerichtet ist, für die Aufführung oder Darbietung künstlerischer oder publizistischer Werke oder Leistungen zu sorgen; Absatz 2 bleibt unberührt,
4. Rundfunk, Fernsehen,
5. Herstellung von bespielten Bild- und Tonträgern (ausschließlich alleiniger Vervielfältigung),
6. Galerien, Kunsthandel,
7. Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit für Dritte,
8. Variete- und Zirkusunternehmen, Museen,
9. Aus- und Fortbildungseinrichtungen für künstlerische oder publizistische Tätigkeiten.

Zur Künstlersozialabgabe sind auch Unternehmer verpflichtet, die für Zwecke ihres eigenen Unternehmens Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit betreiben und dabei nicht nur gelegentlich Aufträge an selbständige Künstler oder Publizisten erteilen.

(2) Zur Künstlersozialabgabe sind ferner Unternehmer verpflichtet, die nicht nur gelegentlich Aufträge an selbständige Künstler oder Publizisten erteilen, um deren Werke oder Leistungen für Zwecke ihres Unternehmens zu nutzen, wenn im Zusammenhang mit dieser Nutzung Einnahmen erzielt werden sollen. Werden in einem Kalenderjahr nicht mehr als drei Veranstaltungen durchgeführt, in denen künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen aufgeführt oder dargeboten werden, liegt eine nur gelegentliche Erteilung von Aufträgen im Sinne des Satzes 1 vor. Satz 1 gilt nicht für Musikvereine, soweit für sie Chorleiter oder Dirigenten regelmäßig tätig sind.

Zweiter Unterabschnitt Bestimmungsgrößen

§ 25

(1) Bemessungsgrundlage der Künstlersozialabgabe sind die Entgelte für künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen, die ein nach § 24 Abs. 1 oder 2 zur Abgabe Verpflichteter im Rahmen der dort aufgeführten Tätigkeiten im Laufe eines Kalenderjahres an selbständige Künstler oder Publizisten zahlt, auch wenn diese selbst nach diesem Gesetz nicht versicherungspflichtig sind. Bemessungsgrundlage sind auch die Entgelte, die ein nicht abgabepflichtiger Dritter für künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen zahlt, die für einen zur Abgabe Verpflichteten erbracht werden.

(2) Entgelt im Sinne des Absatzes 1 ist alles, was der zur Abgabe Verpflichtete aufwendet, um das Werk oder die Leistung zu erhalten oder zu nutzen, abzüglich der in einer Rechnung oder Gutschrift gesondert ausgewiesenen Umsatzsteuer. Ausgenommen hiervon sind

1. die Entgelte, die für urheberrechtliche Nutzungsrechte, sonstige Rechte des Urhebers oder Leistungsschutzrechte an Verwertungsgesellschaften gezahlt werden,
2. steuerfreie Aufwandsentschädigungen und die in § 3 Nr. 26 des Einkommensteuergesetzes genannten steuerfreien Einnahmen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, zur Vereinfachung des Abgabeverfahrens durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß Nebenleistungen, die der zur Abgabe Verpflichtete im Zusammenhang mit dem Erwerb oder der Nutzung des Werkes oder der Leistung erbringt, ganz oder teilweise nicht dem Entgelt im Sinne des Satzes 1 zuzurechnen sind.

(3) Entgelt im Sinne des Absatzes 1 ist auch der Preis, der dem Künstler oder Publizisten aus der Veräußerung seines Werkes im Wege eines Kommissionsgeschäfts für seine eigene Leistung zusteht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ein nach § 24 Abs. 1 zur Abgabe Verpflichteter

1. den Vertrag im Namen des Künstlers oder Publizisten mit einem Dritten oder im Namen eines Dritten mit dem Künstler oder Publizisten abgeschlossen hat oder
2. den Künstler oder Publizisten an einen Dritten vermittelt und für diesen dabei Leistungen erbringt, die über einen Gelegenheitsnachweis hinausgehen,

es sei denn, der Dritte ist selbst zur Abgabe verpflichtet.

(4) Erwirbt ein nach § 24 Abs. 1 oder 2 zur Abgabe Verpflichteter von einer Person, die ihren Wohnsitz oder Sitz nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat, ein künstlerisches oder publizistisches Werk eines selbständigen Künstlers oder Publizisten, der zur Zeit der Herstellung des Werkes seinen Wohnsitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hatte, gilt als Entgelt im Sinne des Absatzes 1 auch das Entgelt, das der Künstler oder Publizist aus der Veräußerung seines Werkes von dieser Person erhalten hat. Satz 1 gilt nicht, wenn der zur Abgabe Verpflichtete nachweist, dass von dem Entgelt Künstlersozialabgabe gezahlt worden ist oder die Veräußerung des Werkes mehr als zwei Jahre zurückliegt. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn eine künstlerische oder publizistische Leistung erbracht wird.

§ 26

(1) Der Vomhundertsatz der Künstlersozialabgabe ist unter Berücksichtigung des Grundsatzes des § 14 so festzusetzen, dass das Aufkommen (Umlagesoll) zusammen mit den Beitragsanteilen der Versicherten und dem Bundeszuschuss ausreicht, um den Bedarf der Künstlersozialkasse für ein Kalenderjahr zu decken.

(2) Der Bedarf der Künstlersozialkasse berechnet sich aus:

1. in dem Kalenderjahr zu erfüllenden Verpflichtungen, die ihr gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Bund, den Kranken- und Pflegekassen und den Zuschußberechtigten obliegen,
2. dem Soll zur Auffüllung der Betriebsmittel nach § 44 Abs. 2 und

3. den Fehlbeträgen oder Überschüssen des vorvergangenen Kalenderjahres.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung den Vomhundertsatz für das folgende Kalenderjahr aufgrund von Schätzungen des Bedarfs nach Absatz 2. Die Bestimmung soll bis zum 30. September erfolgen.

Dritter Unterabschnitt Melde- und Abgabeverfahren

§ 27

(1) Der zur Abgabe Verpflichtete hat nach Ablauf eines Kalenderjahres, spätestens bis zum 31. März des Folgejahres, der Künstlersozialkasse die Summe der sich nach § 25 ergebenden Beträge zu melden. Für die Meldung ist ein Vordruck der Künstlersozialkasse zu verwenden. Soweit der zur Abgabe Verpflichtete trotz Aufforderung die Meldung nicht, nicht rechtzeitig, falsch oder unvollständig erstattet, nehmen die Künstlersozialkasse oder, sofern die Aufforderung durch die Träger der Rentenversicherung erfolgte, diese eine Schätzung vor. Satz 3 gilt entsprechend, soweit die Künstlersozialkasse bei einer Prüfung auf Grund des § 35 oder die Träger der Rentenversicherung bei einer Prüfung auf Grund des § 28p des Vierten Buches Sozialgesetzbuch die Höhe der sich nach § 25 ergebenden Beträge nicht oder nicht in angemessener Zeit ermitteln können, insbesondere weil die Aufzeichnungspflichten nach § 28 nicht ordnungsgemäß erfüllt worden sind.

(1a) Die Künstlersozialkasse teilt dem zur Abgabe Verpflichteten den von ihm zu zahlenden Betrag schriftlich mit. Der Abgabebescheid wird mit Wirkung für die Vergangenheit zu Ungunsten des zur Abgabe Verpflichteten zurückgenommen, wenn die Meldung nach Absatz 1 unrichtige Angaben enthält oder sich die Schätzung nach Absatz 1 Satz 3 als unrichtig erweist.

(2) Der zur Abgabe Verpflichtete hat innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf jeden Kalendermonats eine Vorauszahlung auf die Abgabe an die Künstlersozialkasse zu leisten.

(3) Die monatliche Vorauszahlung bemisst sich nach dem für das laufende Kalenderjahr geltenden Vomhundertsatz (§ 26) und einem Zwölftel der Bemessungsgrundlage für das vorausgegangene Kalenderjahr. Für die Zeit zwischen dem Ablauf eines Kalenderjahres und dem folgenden 1. März ist die Vorauszahlung in Höhe des Betrages zu leisten, der für den Dezember des vorausgegangenen Kalenderjahres zu entrichten war. Die Vorauszahlungspflicht entfällt, wenn der vorauszahlende Betrag 40 Euro nicht übersteigt.

(4) Die Vorauszahlungspflicht beginnt zehn Tage nach Ablauf des Monats, bis zu welchem die Künstlersozialabgabe zuerst vom Verpflichteten abzurechnen war. Hat die Abgabepflicht nur während eines Teils des vorausgegangenen Kalenderjahres bestanden, ist die Bemessungsgrundlage für das vorausgegangene Kalenderjahr durch die Zahl der begonnenen Kalendermonate zu teilen, in denen die Abgabepflicht bestand.

(5) Die Künstlersozialkasse kann auf Antrag die Höhe der Vorauszahlung herabsetzen, wenn glaubhaft gemacht wird, daß voraussichtlich die Bemessungsgrundlage die für das vorausgegangene Kalenderjahr maßgebende Bemessungsgrundlage erheblich unterschreiten wird.

(6) Für die Zahlung der Künstlersozialabgabe und die Vorauszahlung gilt § 17a entsprechend.

§ 28

Die zur Abgabe Verpflichteten haben fortlaufende Aufzeichnungen über die Entgelte im Sinne des § 25 zu führen. Dabei müssen das Zustandekommen der daraus abgeleiteten Meldungen nach § 27 und der Zusammenhang mit den zugrunde liegenden Unterlagen nachprüfbar sein; auf Anforderung der Künstlersozialkasse oder der Träger der Rentenversicherung müssen die abgabepflichtigen Entgelte listenmäßig zusammengeführt werden können. Die Aufzeichnungen sind mindestens fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Entgelte fällig geworden sind, aufzubewahren. Soweit Aufzeichnungen, Unterlagen, Meldungen, Berechnungen und Zahlungen mit Hilfe technischer Einrichtungen erstellt oder verwaltet werden, muss sichergestellt sein, dass die Anforderungen des Satzes 2 erfüllt werden können; insbesondere müssen Datenverarbeitungsprogramme, die zur Erstellung oder Verwaltung benutzt werden, ordnungsgemäß dokumentiert sein.

§ 29

Die zur Abgabe Verpflichteten haben der Künstlersozialkasse oder den Trägern der Rentenversicherung auf Verlangen über alle für die Feststellung der Abgabepflicht, der Höhe der Künstlersozialabgabe sowie der Versicherungspflicht und der Höhe der Beiträge und Beitragszuschüsse erforderlichen Tatsachen Auskunft zu geben und die Unterlagen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, insbesondere die in § 28 genannten Aufzeichnungen, während der Arbeitszeit nach Wahl der Künstlersozialkasse oder der Träger der Rentenversicherung entweder in deren oder in ihren eigenen Geschäftsräumen vorzulegen. Sind ihre Geschäftsräume gleichzeitig ihre privaten Wohnungen, so sind sie nur verpflichtet, die Unterlagen in den Geschäftsräumen der Künstlersozialkasse oder der Träger der Rentenversicherung vorzulegen.

§ 30

Für die Erhebung eines Säumniszuschlags auf rückständige Künstlersozialabgabe und Abgabevorauszahlungen gilt § 24 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Säumniszuschläge gehören zum Vermögen der Künstlersozialkasse.

§ 31

Für die Verjährung der Ansprüche auf Künstlersozialabgabe gilt § 25 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 32

(1) Mit Zustimmung der Künstlersozialkasse können nach § 24 zur Abgabe Verpflichtete eine Ausgleichsvereinigung bilden, die ihre der Künstlersozialkasse gegenüber obliegenden Pflichten erfüllt, insbesondere mit befreiender Wirkung die Künstlersozialabgabe und die Vorauszahlungen entrichten kann. Die Künstlersozialkasse kann vertraglich mit einer Ausgleichsvereinigung abweichend von diesem Gesetz die Ermittlung der Entgelte im Sinne des § 25 unter Zugrundelegung von anderen für ihre Höhe maßgebenden Berechnungsgrößen und die Berücksichtigung von Verwaltungskosten der Ausgleichsvereinigung regeln. Der Vertrag bedarf der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes.

(2) Die Aufzeichnungspflicht nach § 28 und Prüfungen aufgrund des § 35 entfallen für die Jahre, für die Pflichten des zur Abgabe Verpflichteten durch die Ausgleichsvereinigung erfüllt werden. Im Übrigen bleiben die Rechte und Pflichten des zur Abgabe Verpflichteten gegenüber der Künstlersozialkasse unberührt.

(3) Die Künstlersozialkasse hat einer Ausgleichsvereinigung mit Einwilligung des zur Abgabe Verpflichteten die Angaben zu machen, die die Ausgleichsvereinigung zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt.

Vierter Unterabschnitt Erstattungen

§ 33

(1) Die Künstlersozialkasse hat zu Unrecht entrichtete Künstlersozialabgabe zu erstatten.

(2) Die Künstlersozialkasse kann mit Zustimmung des Berechtigten die zu Unrecht entrichtete Künstlersozialabgabe mit künftigen Ansprüchen auf Künstlersozialabgabe oder Vorauszahlungen verrechnen.

(3) Für die Verzinsung und Verjährung des Anspruchs auf Erstattung gilt § 27 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

Vierter Abschnitt Zuschuss des Bundes

§ 34

(1) Der Zuschuss des Bundes beträgt für das Kalenderjahr 20 vom Hundert der Ausgaben der Künstlersozialkasse. Überzahlungen sind mit dem Bundeszuschuss des übernächsten Jahres zu verrechnen.

(2) Der Bund trägt die Verwaltungskosten der Künstlersozialkasse.

(3) Die Leistungen des Bundes nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur entsprechend dem jeweiligen Ausgabebedarf in Anspruch genommen werden.

§ 34a

(weggefallen)

Fünftes Kapitel Überwachung

§ 35

(1) Die Künstlersozialkasse überwacht die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beitragsanteile der Versicherten und der Künstlersozialabgabe bei den Unternehmern ohne Beschäftigte und den Ausgleichsvereinigungen. Die Träger der Rentenversicherung überwachen im Rahmen ihrer Prüfung bei den Arbeitgebern nach § 28p des Vierten Buches Sozialgesetzbuch die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Künstlersozialabgabe durch diese Unternehmer. Entstehen durch die Überwachung der Künstlersozialabgabe Barauslagen, so können sie dem zur Abgabe Verpflichteten auferlegt werden, wenn er sie durch Pflichtversäumnis verursacht hat.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlässt durch Rechtsverordnung Überwachungsvorschriften.

Sechstes Kapitel Bußgeldvorschriften

§ 36

(1) Ordnungswidrig handelt der Versicherte, der vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 11 Abs. 2 auf Verlangen Angaben nicht, nicht richtig oder nicht vollständig macht,
2. der Auskunfts- oder Vorlagepflicht nach § 11 Abs. 2 auf Verlangen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig nachkommt oder
3. der Meldepflicht nach § 12 Abs. 1 Satz 1 nicht rechtzeitig, nicht richtig oder nicht vollständig nachkommt.

(2) Ordnungswidrig handelt der zur Abgabe Verpflichtete, der vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 27 Abs. 1 Satz 1 die Summe der sich nach § 25 ergebenden Beträge nicht rechtzeitig oder nicht richtig meldet,
2. entgegen § 28 Satz 1 Aufzeichnungen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig führt oder
3. der Auskunfts- oder Vorlagepflicht nach § 29 auf Verlangen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig nachkommt.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro und in den übrigen Fällen mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.

(4) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist

1. der Träger der Rentenversicherung, wenn Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 von ihm bei einer Prüfung nach § 28p Abs. 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch festgestellt werden,
2. im Übrigen die Künstlersozialkasse.

Siebttes Kapitel Anwendung des Sozialgesetzbuches

§ 36a

Auf die Rechtsbeziehungen zwischen der Künstlersozialkasse und den Versicherten, Zuschußberechtigten und zur Abgabe Verpflichteten finden die Vorschriften des Sozialgesetzbuches Anwendung. Auf die Rechtsbeziehungen zwischen den zur Abgabe Verpflichteten und den Versicherten und Zuschußberechtigten findet § 32 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechende Anwendung.

Zweiter Teil Durchführung der Künstlersozialversicherung

§ 37

(1) Die Unfallkasse des Bundes führt dieses Gesetz im Auftrag des Bundes als Künstlersozialkasse durch.

(2) In Angelegenheiten der Künstlersozialversicherung führt der Geschäftsführer der Unfallkasse des Bundes die Verwaltungsgeschäfte und vertritt die Künstlersozialkasse gerichtlich und außergerichtlich. Stellvertreter des Geschäftsführers in Angelegenheiten der Künstlersozial-

versicherung ist der für die Künstlersozialkasse zuständige Abteilungsleiter; dieser wird auf Vorschlag des Geschäftsführers nach Anhörung des Beirats bei der Künstlersozialkasse vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestellt.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ernannt und entlässt die Beamtinnen und Beamten der Künstlersozialkasse. Es kann seine Befugnisse auf die Geschäftsführerin oder den Geschäftsführer der Unfallkasse des Bundes übertragen.

(4) Oberste Dienstbehörde für den in Absatz 2 Satz 2 genannten Stellvertreter ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, für die übrigen Beamten der Künstlersozialkasse der Geschäftsführer der Unfallkasse des Bundes.

§ 38

(1) Bei der Künstlersozialkasse wird ein Beirat aus Persönlichkeiten aus den Kreisen der Versicherten und der zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten gebildet. Dabei sollen die Bereiche Wort, Musik, darstellende und bildende Kunst möglichst angemessen vertreten sein.

(2) Aufgabe des Beirats ist es, die Künstlersozialkasse bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu beraten.

(3) Die Mitglieder des Beirats sowie ihre Stellvertreter werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales berufen. Dabei sollen Vorschläge von Verbänden, die die Interessen der Versicherten oder der zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten vertreten, nach Möglichkeit berücksichtigt werden. Ein Mitglied des Beirats kann aus wichtigem Grund vor Ablauf der Amtsdauer abberufen werden.

(4) Die §§ 40 bis 42 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch über Ehrenämter, Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen und Haftung gelten sinngemäß.

§ 39

(1) Den Widerspruchsbescheid im Vorverfahren nach § 85 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes erlässt einer der bei der Künstlersozialkasse zu bildenden Ausschüsse. Es wird jeweils ein Ausschuss für die Bereiche Wort, Musik, darstellende Kunst und bildende Kunst errichtet.

(2) Jeder Ausschuss setzt sich aus zwei Mitgliedern des Beirats, und zwar je einem Vertreter der Versicherten und der nach § 24 Abs. 1 oder 2 zur Abgabe Verpflichteten, und einem Vertreter der Künstlersozialkasse zusammen. Die Mitglieder der Ausschüsse werden auf Vorschlag des Beirats durch die Künstlersozialkasse berufen.

(3) Die Mitglieder der Ausschüsse sind unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen.

(4) Für die Mitglieder des Beirats in den Ausschüssen gilt § 38 Abs. 4.

§ 40

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestimmt durch Rechtsverordnung das Nähere über die Aufgaben, die Zusammensetzung, die Rechte und Pflichten der Mitglieder, die Amtsdauer und das Verfahren des Beirats (§ 38) und der Ausschüsse (§ 39).

§ 41
(weggefallen)

§ 42

Die Einnahmen aus Beitragsanteilen, der Künstlersozialabgabe und dem Bundeszuschuss sind als abgesonder-tes Vermögen zu verwalten. Dieses haftet nicht für Ver-bindlichkeiten der Unfallkasse des Bundes als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Haftung der Unfall-kasse des Bundes für Verbindlichkeiten der Künstlerso-zialkasse nach dem Ersten und Vierten Teil ist auf das abgesonderte Vermögen der Künstlersozialkasse be-schränkt.

§ 43

(1) Die Unfallkasse des Bundes weist alle zu erwarten-den Einnahmen, voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtig-ungen der Künstlersozialkasse in einem gesonderten Haushaltsplan aus. Auf die Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplans, die Zahlungen, die Buchführung und die Rechnungslegung sind die für die Träger der Renten-versicherung jeweils geltenden Bestimmungen, mit Aus-nahme des Kontenrahmens, entsprechend anzuwenden.

(2) Die Künstlersozialkasse erstellt einen eigenen Kon-tenrahmen. Er bedarf der Genehmigung des Bundesver-sicherungsamts. Die Veranschlagung und Buchung der Verwaltungseinnahmen und -ausgaben sowie der Investitionseinnahmen und -ausgaben richtet sich nach dem Kontenrahmen für die Träger der allgemeinen Renten-versicherung.

(3) Die Künstlersozialkasse stellt unter Mitwirkung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales den Haus-haltsplan auf und stellt ihn nach Anhörung des Beirats fest.

(4) Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes, die mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums der Finanzen erteilt wird. Die Ge-nehmigung erstreckt sich auch auf die Zweckmäßigkeit der Ansätze. Der Haushaltsplan ist dem Bundesversiche-rungsamt spätestens am 1. September vor Beginn des Haushaltsjahres, für das er gelten soll, vorzulegen.

(5) Soweit der Haushaltsplan zu Beginn des Haushalts-jahres noch nicht genehmigt ist, kann das Bundesversi-cherungsamt zulassen, daß die Künstlersozialkasse die Ausgaben leistet, die unvermeidbar sind, um ihre rech-tlich begründeten Verpflichtungen und Aufgaben zu erfül-len.

(6) Im Falle eines unvorhergesehenen und unabweisba-ren Bedürfnisses, für das Ausgaben im Haushaltsplan nicht oder nicht in ausreichender Höhe veranschlagt sind, kann die Künstlersozialkasse mit Einwilligung des Bun-desversicherungsamtes, die mit Zustimmung des Bun-desministeriums für Arbeit und Soziales und des Bun-desministeriums der Finanzen erteilt wird, überplanmäßi-ge und außerplanmäßige Ausgaben leisten.

(7) Nach Ende des Haushaltsjahres hat die Künstlerso-zialkasse eine Rechnung aufzustellen. Die Rechnung umfasst auch den Bestand, die Einnahmen und Ausga-ben der Liquiditätsreserve und des sonstigen Vermö-gens. Sie ist vom Bundesversicherungsamt zu prüfen. Das Bundesversicherungsamt erteilt die Entlastung.

§ 44

(1) Die Künstlersozialkasse hat kurzfristig verfügbare Mittel zur Bestreitung ihrer laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankun-gen (Betriebsmittel) bereitzuhalten. Die Betriebsmittel sollen im Betrag mindestens einer Monatsausgabe nach dem Durchschnitt des vorausgegangenen Kalenderjahres entsprechen (Liquiditätssoll).

(2) Solange das Liquiditätssoll nicht vorhanden ist, hat die Künstlersozialkasse zur Auffüllung der Betriebsmittel jährlich mindestens 1 vom Hundert des im Haushaltsplan vorgesehenen Einnahmesolls (Auffüllungssoll) den Be-triebsmitteln zuzuführen.

§ 45

§ 80 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entspre-chend.

§ 46

Die Aufsicht über die Künstlersozialkasse führt das Bun-desversicherungsamt, soweit dieses Gesetz nichts Ab-weichendes bestimmt.

§ 47

Die Künstlersozialkasse hat die Versicherten und die zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und zu beraten.

§ 48

(weggefallen)

Dritter Teil

(weggefallen)

Vierter Teil

Übergangs- und Schlußvorschriften

(weggefallen)

§ 55

(weggefallen)

§ 56

(1) (weggefallen)

(2) § 5 Abs. 1 Nr. 8 ist nicht auf Personen anzuwenden, die ihr Studium vor dem 1. Juli 2001 aufgenommen ha-ben.

§ 56a

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die am 31. Dezember 1988 auf Grund des § 5 Nr. 6 in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung in der gesetzli-chen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, bleiben versicherungsfrei.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, deren Tätig-keitsort am 31. Dezember 1991 im Beitrittsgebiet liegt und die von der Krankenversicherungspflicht befreit sind, bleiben versicherungsfrei, wenn sie ihren Wohnsitz vor dem 3. Oktober 1990 in diesem Gebiet hatten. Sie kön-nen gegenüber der Künstlersozialkasse schriftlich bis zum 30. Juni 1992 erklären, daß sie versicherungspflich-tig werden wollen. Die Versicherung beginnt mit dem Ersten des Kalendermonats, der auf den Monat folgt, in

dem die Erklärung bei der Künstlersozialkasse eingegangen ist. Unbeschadet der Sätze 2 und 3 gilt § 6 Abs. 2 entsprechend.

(3) Die Vorschriften des § 10 über einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag finden Anwendung. Im Fall des Absatzes 2 Satz 1 beginnt der Anspruch mit dem auf den Antrag folgenden Kalendermonat; geht der Antrag bis zum 31. März 1992 bei der Künstlersozialkasse ein, beginnt der Anspruch mit dem 1. Januar 1992.

§ 56b

Endet die in § 6 Abs. 1 in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung genannte Fünfjahresfrist nach dem 31. Dezember 1988, bleibt die Befreiung von der Kran-

kenversicherungspflicht bestehen; § 6 Abs. 2 gilt entsprechend. Endet die Fünfjahresfrist vor dem 1. Juli 1989, gilt § 6 Abs. 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Erklärung bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem Ende der Fünfjahresfrist abgegeben werden kann.

§ 57

(weggefallen)

§ 61

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 1983 in Kraft.

(2) ...

* * *

Die Personalabteilung informiert:

Änderungen der Hamburgischen Beihilfeverordnung

Die Personalabteilung weist darauf hin, dass der Senat am 19. Juni 2007 die Achte Verordnung zur Änderung der Hamburgischen Beihilfeverordnung beschlossen hat. Sie ist am 29. Juli 2007 im Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblatt verkündet worden und tritt im Wesentlichen am 1. August 2007 in Kraft.

Die Änderungen betreffen alle Beamtinnen und Beamte sowie beihilfeberechtigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Im Folgenden werden die Neuregelungen erläutert:

1. Übergangsregelung für studierende Kinder (§ 1 Nummern 1,5.1 und 6.2 der Verordnung)

Bereits mit Rundschreiben vom 4. August und 12. Dezember 2006 hatte das Personalamt darüber informiert, dass durch das Steueränderungsgesetz 2007 ab dem 1. Januar 2007 im Bundeskindergeldgesetz (BKGG) die Altersgrenze für den Bezug von Kindergeld für studierende Kinder vom 27. auf das 25. Lebensjahr (zuzüglich der Zeiten eines Wehr- und Ersatzdienstes oder davon befreiender Tätigkeit als Entwicklungshelfer) herabgesetzt wurde und sich dies auf die Berücksichtigungsfähigkeit in der Beihilfe auswirkt.

Für bereits studierende Kinder von Beihilfeberechtigten, die sich in der Annahme, bis zum 27. Lebensjahr im Beihilfesystem zu verbleiben, von der gesetzlichen studentischen Krankenversicherung haben befreien lassen, kann die Herabsetzung der Bezugsdauer zu unbilligen Härten führen: Da nach dem 25. Lebensjahr eine Berücksichtigung in der Beihilfe ebenso wenig möglich ist wie ein Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), verbleibt nur die Möglichkeit einer Absicherung gegen Krankheitsfälle durch eine private Vollversicherung. Die Kosten hierfür sind jedoch so erheblich, dass

sie den Beihilfeberechtigten bzw. ihren Kindern regelmäßig nicht zugemutet werden können.

Aus diesem Grund werden Kinder von Beihilfeberechtigten, die am 1. Januar 2007 (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelungen im BKGG) bereits an einer Hochschule oder an einer Fachhochschule als Studierende eingeschrieben waren, nach den bisherigen Vorschriften in der Beihilfe berücksichtigt, also bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres (zuzüglich der Zeiten eines Wehr- und Ersatzdienstes oder davon befreiender Tätigkeit als Entwicklungshelfer).

Die – übergangsweise – Berücksichtigung der o. g. Kinder bei der Beihilfegewährung führt aber nicht dazu, dass ihre Eltern Beihilfe nach einem höheren Bemessungssatz erhalten oder einer geringeren Kostendämpfungspauschale unterliegen als Eltern gleichaltriger Kinder, die erst später zu studieren beginnen.

Beispiel

Zwei Kinder (22 und 25 Jahre alt) eines Beihilfeberechtigten studieren. Nur für das jüngere Kind wird Kindergeld gewährt.

Das ältere Kind wird zwar im Rahmen der o. g. Übergangsregelung beihilferechtlich berücksichtigt, nicht jedoch bei der Ermittlung des Beihilfebemessungssatzes des Beihilfeberechtigten; dieser beträgt seit dem Wegfall des Kindergeldes für das ältere Kind 50 %.

Achtung

Zum Nachweis, dass ihre Kinder weiterhin beihilferechtlich berücksichtigungsfähig sind, obwohl kein Kindergeld mehr gezahlt wird, müssen die beihilfeberechtigten Eltern bei jeder Antragstellung eine Kopie einer Immatrikulations- oder Semesterbescheinigung einreichen, aus der hervorgeht, dass das Kind ununterbrochen seit dem Wintersemester 2006/2007 studiert.

2. Keine Abzugsbeträge bei besonders preisgünstigen Arzneimitteln

(§ 1 Nummer 3.1.2 und 3.1.3 der Verordnung)

Durch das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde für die GKV festgelegt, dass besonders preisgünstige Arzneimittel von den ansonsten fälligen Zuzahlungen befreit sein können. Die Achte Verordnung zur Änderung der HmbBeihVO enthält eine Übertragung dieser Regelung auf den Beihilfebereich mit Wirkung vom 1. August 2007.

Achtung

Um eine Befreiung von den Abzugsbeträgen bei besonders preisgünstigen Arzneimitteln zu erhalten, muss von der das Arzneimittel abgebenden Apotheke jeweils schriftlich eindeutig bestätigt werden, dass es sich insofern um ein besonders preisgünstiges Arzneimittel im Sinne des AVWG handelt.

Fehlt diese Bestätigung, erfolgt der reguläre Abzug von Eigenanteilen.

3. Keine Kostendämpfungspauschale für Jahre, in denen keine Beihilfeberechtigung mehr besteht.

(§ 1 Nummer 6 der Verordnung)

§ 17a Abs. 1 Satz 2 HmbBeihVO dient der Vereinfachung des Verwaltungsaufwands bei der Festsetzung der Kostendämpfungspauschalen: Für die Zuordnung zum Kalenderjahr, für das eine Kostendämpfungspauschale erhoben wird, sind nicht die einzelnen Behandlungsdaten, sondern ist das Rechnungsdatum maßgeblich.

Endet die Beihilfeberechtigung aber in einem Kalenderjahr und wird die Rechnung erst im folgenden erstellt, fiel bislang nach § 17a Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 7 Satz 2 HmbBVO auch für das Kalenderjahr der Rechnung eine Kostendämpfungspauschale an, obschon eine Beihilfeberechtigung nicht mehr besteht. Nach der Neuregelung werden die Aufwendungen bei der Kostendämpfungspauschale für das Jahr berücksichtigt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

Beispiel für die neue Regelung:

Ein Beihilfeberechtigter wechselt zum 1. Januar 2007 vom Dienst für die Freie und Hansestadt Hamburg in den Dienst des Landes Schleswig-Holstein. Die Rechnung für einen Arztbesuch im Dezember 2006 wird im Januar 2007 ausgestellt. Für das Jahr 2007 wird (in Hamburg) keine Kostendämpfungspauschale erhoben, denn zu diesem Zeitpunkt bestand keine Beihilfeberechtigung mehr nach der Hamburgischen Beihilfeverordnung. Die Aufwendungen werden aber bei der Kostendämpfungspauschale für das Jahr 2006 berücksichtigt.

27.07.2007

MBISchul 2007 Seite 75

4. Keine Eigenbeteiligung bei Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

§ 1 Nummer 7 der Verordnung)

Die 20-prozentige Eigenbeteiligung für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie wurde mit Wirkung zum 1. August 2007 (entscheidend ist das Datum des Kaufs eines der genannten Mittel) aufgehoben.

5. Redaktionelle Änderungen

§ 1 Nummern 3.2 und 4.2 der Verordnung

Der beihilfefähige Höchstbetrag für Aufwendungen für eine notwendige häusliche Krankenpflege bzw. für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte bei dauernder Pflegebedürftigkeit war bislang festgelegt auf die durchschnittlichen Kosten für eine Berufspflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT). Aufgrund der Ablösung des BAT durch den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) ist nunmehr auf die Entgeltgruppe 7a der KR-Anwendungstabelle (Anlage zum Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den TV-L und zur Regelung des Übergangsrechts vom 12. Oktober 2006) abzustellen.

§ 1 Nummern 3.1.1, 4.1 und 4.3 bis 4.5 der Verordnung

Aufgrund der erfolgten Privatisierung der staatlichen Pflegeheime der pflegen & wohnen Betriebs GmbH ist die in der Beihilfeverordnung zur Ermittlung der Obergrenzen für die beihilfefähigen Höchstgrenzen für die Aufwendungen bei stationärer Pflege bislang geregelte Bezugnahme auf die staatlichen Pflegeheime der Freien und Hansestadt Hamburg nicht länger möglich. Die Vorschrift über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei einer stationären Pflege in Pflegeheimen war daher neu zu fassen. Die Neufassung entspricht der bisherigen Verfahrensweise; die Höchstbeträge (gerundet) den bisherigen Sätzen.

§ 1 Nummern 2 und 5.2 der Verordnung

Durch das GMG (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) wurde § 240 Abs. 3a SGB V aufgehoben, so dass die Beihilfeverordnung redaktionell anzupassen war.

Weitere beihilferechtliche Auskünfte erteilt das Zentrum für Personaldienste – Fachbereich Beihilfe –.

Die vorstehenden Änderungen sind in die im Anhang abgedruckte Fassung der Hamburgischen Beihilfeverordnung eingearbeitet worden.

V 438-3/110-82.11/II

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

vom 8. Juli 1985 in der Fassung der Änderung vom 19. Juni 2007

§ 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 öffentlichrechtlichen 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 öffentlichrechtlichen 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 geschiedene 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 - BGBl. I S. 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.

Kinder, die nicht im Familienzuschlag berücksichtigt werden, aber am 31. Dezember 2006 an einer Hochschule oder Fachhochschule als Studentinnen bzw. Studenten eingeschrieben waren, gelten als berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern und solange sie nach den bis zum 31. Dezember 2006 gültig gewesenen Vorschriften im Familienzuschlag berücksichtigt worden wären. 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 27. Februar 1985 (Bundesgesetzblatt I Seite 479), zuletzt geändert am 14. September 1994 (Bundesgesetzblatt 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 (BGBl. I S. 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 Rentenversicherung 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, 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 Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert am 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3305), 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 18000 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, denen auf Grund des Hamburgischen Beamtengesetzes 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 nachgewiesen, 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 Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 3. Juli 1987 (Bundesanzeiger Nummer 156 a 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.
 - a) in Höhe des in § 31 Absatz 3 Satz 1 SGB V in der jeweils geltenden Fassung für kleine Packungsgrößen genannten Betrags bei einem Apothekenabgabepreis bis 16 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
 - b) in Höhe des in § 31 Absatz 3 Satz 1 SGB V in der jeweils geltenden Fassung für mittlere Packungsgrößen genannten Betrags bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 16 Euro bis 26 Euro,
 - c) in Höhe des in § 31 Absatz 3 Satz 1 SGB V in der jeweils geltenden Fassung für große Packungsgrößen genannten Betrags bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26 Euro. 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.
- Beträge 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 Satz 3 gewährt wird,
 - d) im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen,

e) für besonders preisgünstige Arzneimittel, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung deshalb zuzahlungsfrei sind. Der Nicht-Abzug erfolgt nur, wenn der Beihilfeberechtigte durch eine geeignete Bestätigung der das Arzneimittel abgebenden Apotheke nachweist, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung für dieses Arzneimittel zum Zeitpunkt des Arzneimittelkaufs keine Zuzahlung zu leisten ist.

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 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 Bundespflegegesetzverordnung (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 § 17 b 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 (§ 115 a 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. Sie umfasst Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; die Grundpflege muss überwiegen. Außerdem sind aus Anlass einer Krankenpflege nach Satz 1 die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege beihilfefähig. Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt bis zur Höhe der Kosten für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe 7a der KR-Anwendungstabelle des Tarifvertrages zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder und zur Regelung des Übergangsrechts vom 12. Oktober 2006 (TVÜ.L) in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig. Werden 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 Absatz 6 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 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. Von 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 Beihilfe nach § 9, 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.

§ 6 a

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. Sie betragen 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 § 6 a 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. 5 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 werden kann, stimmten Arztes notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt
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. 2 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 Feststellungsstelle 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 Heilkuren 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 ortsgebunden 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 Verrichtungen 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.

(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

Kosten für eine Berufspflegekraft der Entgeltgruppe 7a des TVÜ-L (§ 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. 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. 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 gelten § 43 Absatz 1 und § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI entsprechend. Die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingte Aufwendungen (§ 84 Absatz 2 Sätze 2 und 3 SGB XI), die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege sind beihilfefähig bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1.023 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1.279 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1.432 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1.688 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Absatz 3 SGB XI als Härtefall

anerkannt sind.

Die weiteren Aufwendungen sind bis zu Höchstbeträgen

- 1.1 bei der regulären Pflege
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 1.000 Euro,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 1.250 Euro,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 1.600 Euro,
- 1.2 bei geschlossener Unterbringung und bei der Demenztbetreuung
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 1.450 Euro,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 1.750 Euro,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 2.100 Euro,
- 1.3 bei der Wachkomabetreuung
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 2.000 Euro,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 2.400 Euro,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 2.550 Euro,

insoweit beihilfefähig, als sie monatlich folgende Beträge übersteigen:

- 2.1 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,

- 2.2 für Beihilfeberechtigte ohne Angehörige oder 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.

Angehörige im Sinne des Satzes 3 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). Soweit eine tagesweise Abrechnung erfolgt, sind die Höchstbeträge nach Satz 3 durch 30,42 zu teilen. Ist die Unterbringung in einem Krankenhaus notwendig, gilt im Übrigen bei einer Unterbringung in einem

1. Krankenhaus, für das das Krankenhausfinanzierungsgesetz gilt, § 6 Nummer 6 Satz 1,
2. sonstigen Krankenhaus § 6 Nummer 6 Satz 3 entsprechend.“

(8) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, wird in den Fällen der Absätze 3 und 5 bis 7 eine Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt. § 5 Absatz 5 und § 14 finden keine Anwendung. Über den Gesamtwert nach Satz 1 hinausgehende Aufwendungen sind nach Maßgabe 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 Vorrichtungen, 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 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. Die 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 § 43 a 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. 2 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 § 24 a 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 Beisetzungsplatzes, 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 Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden die 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) 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 Auf-

wendungen 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). 3 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. Kinder, die nach § 3 Absatz 1 Satz 2 als berücksichtigungsfähige Angehörige gelten, werden bei der Anwendung des Satzes 3 nicht mitgezählt.

(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 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. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen, bei dem die Versicherung besteht, die Voraussetzungen des § 257 Absatz 2 a 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.

(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. Dem 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 unberücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. In Fällen, in denen Leistungen einer privaten oder der 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. 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. Als Belege sind deutlich lesbare Kopien oder Zweitschriften einzureichen. Belegen in ausländischer Sprache ist eine beglaubigte deutsche Übersetzung beizufügen. Eine Rücksendung dieser Belege erfolgt nicht.

(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

(2) Höhe der Kostendämpfungspauschalen:

Beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Absatz 1

	Stufe Besoldungsgruppen	Nummer 1	Nummer 2	Nummer 3
1	Besoldungsgruppen A 7 bis A 8	25 Euro	20 Euro	12 Euro
2	Besoldungsgruppe A 9	50 Euro	40 Euro	24 Euro
3	Besoldungsgruppen A 10 und A 11	75 Euro	60 Euro	36 Euro
4	Besoldungsgruppe A 12	100 Euro	80 Euro	48 Euro
5	Besoldungsgruppen A 13 bis A 14; C 1, W 1, H 1 und H 2	150 Euro	120 Euro	72 Euro
6	Besoldungsgruppen A 15 und A 16, B 1, C 2 und C 3, W 2 und W 3, H 3 und H 4, R 1 und R 2	200 Euro	160 Euro	96 Euro
7	Besoldungsgruppen B 2 und B 3, C 4, H 5, R 3	250 Euro	200 Euro	120 Euro
8	Besoldungsgruppen B 4 bis B 6, R 4 bis R 6	300 Euro	240 Euro	144 Euro
9	Besoldungsgruppe B 7	400 Euro	320 Euro	192 Euro
10	Höhere Besoldungsgruppen	500 Euro	400 Euro	240 Euro

(3) Die Beträge nach Absatz 2 werden bei Teilzeitarbeit im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert.

(4) Für die Zuteilung zu den Stufen nach Absatz 2 ist bei Versorgungsempfängern die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind; Zwischenbesoldungsgruppen werden der Besoldungsgruppe mit derselben Ordnungsziffer zugeordnet. Dies gilt entsprechend für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt sowie für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

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 1000 Euro, hat der Beihilfeberechtigte Originale der der Festsetzungsstelle vorgelegten Nachweise für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren. 2 Einer Aufbewahrung der Originale durch den Beihilfeberechtigten bedarf es nicht, soweit sie bei einer Versicherung verbleiben und gewährleistet ist, dass der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle Originale, Kopien oder Reproduktionen der Nachweise vorlegen kann. Die Unterlagen nach Satz 1 oder Satz 2 hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle auf Anforderung vorzulegen. Die Festsetzungsstelle hat den Beihilfeberechtigten bei der Festsetzung der Beihilfe hierauf hinzuweisen.

§ 17 a

Kostendämpfungspauschalen

(1) Die nach Anwendung des § 17 zu gewährende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind, um Kostendämpfungspauschalen nach Absatz 2 gekürzt. Sofern das Entstehen von Aufwendungen durch Vorlage von Belegen nachzuweisen ist, ist das Datum der ersten Ausstellung der Rechnung für die Zuordnung zum jeweiligen Kalenderjahr maßgeblich. Besteht im Kalenderjahr der ersten Ausstellung der Rechnung keine Beihilfeberechtigung mehr, ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen für die Zuordnung zum jeweiligen Kalenderjahr maßgeblich.

(5) Bei Waisen (§ 2 Absatz 1 Nummer 3), bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale.

(6) Die Kostendämpfungspauschale nach den Absätzen 1 bis 4 vermindert sich um 25 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist. Kinder, die nach § 3 Absatz 1 Satz 2 als berücksichtigungsfähige Angehörige gelten, werden bei der Anwendung des Satzes 1 nicht mitgezählt.

(7) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den Verhältnissen, die am ersten Januar des Jah-

res vorlagen, dem die Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 zugerechnet werden. Ersatzweise ist auf den ersten Tag mit Beihilfeberechtigung abzustellen.

(8) Für Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 9) entfällt die Kostendämpfungspauschale.

§ 18

Bemessung der Beihilfen in besonderen Fällen

(1) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens 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. und 464, 1976 Mai 1976 und 3. Juli 1979 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1973 Seiten 234 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 Inkrafttreten dieser Verordnung

1. wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesondert berechenbare ärztliche Leistungen eines bestimmten Arztes in Anspruch genommen 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 Inkrafttreten 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 Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, werden im Übrigen nach den bisherigen Vorschriften abgewickelt.

Gegeben in der Versammlung des Senats,

Hamburg, den 8. Juli 1985.

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 C 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. Nummer 8 Buchstabe b bleibt unberührt.
3. Kieferorthopädische Leistungen
Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen (Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses 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 der Festsetzungsstelle 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
Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:
 - a) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen im Kieferbereich (Myoarthropathien) größeren Umfangs,
 - b) Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),
 - c) umfangreiche Gebissssanierung; 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,
 - d) 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) Freiendsattelimplantat,
 - 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 (Abschnitt C 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 Verbindungselemente je Kiefer, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer für bis zu drei Verbindungselemente je Kiefer, beihilfefähig.
Dies 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).

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

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,
Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
Suspensorien,
Toilettenstühle,
Ultraschallvernebler,
Urinale,
Vibrationstrainer bei Taubheit,
Wasser- und Luftkissen,
Weckgeräte für Bettnässer.

Die Aufwendungen für Gegenstände, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, sind nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist; vertraglich vereinbarte Preise nach § 33 Absatz 2 Satz 2 SGB V gelten als Festbeträge.

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.
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.
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.
5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind auch ohne Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung beihilfefähig.
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.
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,
Wärmdecken, Wärmflaschen,
Zahnbürsten, auch elektrische.

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 1000 Euro entscheidet die oberste Dienstbehörde über die Anerkennung:

8. a) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die auf Grund von § 34 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 31,00 Euro,
cylindrisch 41,00 Euro,

bb) vergütetes Einstärkenglas
über {+} 6 Dioptrien, sphärisch 52,00 Euro,
cylindrisch 62,00 Euro,

cc) vergütetes Mehrstärkenglas
bis {+} 6 Dioptrien, sphärisch 72,00 Euro,
cylindrisch 92,50 Euro,

dd) vergütetes Mehrstärkenglas
über {+} 6 Dioptrien, sphärisch 92,50 Euro,
cylindrisch 113,00 Euro,

ee) vergütetes Dreistufen oder Multifokalglas
über {+} 6 Dioptrien, sphärisch 92,50 Euro,
cylindrisch 113,00 Euro,

ff) vergütetes Dreistufen oder Multifokalglas
über {+} 6 Dioptrien, sphärisch 113,00 Euro,
cylindrisch 133,00 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 Iriskoloborn, 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 Lidkoloborn, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,

Ziliarneuralgie,

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 Etuis 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 (Brechkraft) 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),

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 geändert hat.

Anlage 3

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

Heilbäderverzeichnis (Ausland)

Ortsnamen

Abano Terme Galzignano

Badgastein Ischia

Bad Dorfgastein Montegrotto

Bad Hofgastein Ein Boqeq, Sdom am Toten Meer

Salt Land Village

Herausgegeben von der

Behörde für Bildung und Sport

der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburger Straße 31, 22083 Hamburg

(Verantwortlich: V 311– Layout: V 234 – Vertrieb: V 231-4, Tel. 4 28 63-42 43, Fax: 4 28 63-46 16)