1 Y 3228 A

ISSN 0342-3557

Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Hessen · Teil I

1990	Ausgegeben zu Wiesbaden am 9. August 1990	Nr. 21

Tag	Inhalt	Seite
11. 7. 90	Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung ..... *Ändert GVBl. II 323-66*	427
6. 8. 90	Achte Verordnung zur Änderung der Vergabeverordnung ZVS ..... *Ändert GVBl. II 70-132*	470
6. 8. 90	Dritte Verordnung zur Änderung der Vergabeverordnung Hessen ..... *Ändert GVBl. II 70-139*	471

Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung*)

Vom 11. Juli 1990

Auf Grund der §§ 92 Abs. 2 Satz 2 und 3, 95 Nr. 2 und 215 Abs. 1 des Hessischen Beamtengesetzes in der Fassung vom 11. Januar 1989 (GVBl. I S. 26), geändert durch Gesetz vom 25. Mai 1990 (GVBl. I S. 169), wird verordnet:

Artikel 1

Die Hessische Beihilfenverordnung vom 5. Mai 1988 (GVBl. I S. 193) wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Abs. 1 Nr. 3 werden die Worte „geändert durch Gesetz vom 6. August 1987 (BGBl. I S. 2062)" durch die Worte „zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2218)" ersetzt.
   b) Abs. 4 wird wie folgt geändert:
      aa) Als Nr. 2 wird eingefügt:
      „2. Halbwaisen, wenn der lebende Elternteil oder der Ehegatte beihilfeberechtigt ist und Anspruch auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,".
      bb) Die bisherigen Nr. 2 bis 6 werden Nr. 3 bis 7.
      cc) In der neuen Nr. 3 Buchst. a werden die Worte „1. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1553, 1666), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. August 1987 (BGBl. I S. 2062)" durch die Worte „21. Februar 1989 (BGBl. I S. 261), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2218)" ersetzt.
      dd) In den neuen Nr. 4 und 5 wird die Zahl „1040" jeweils durch die Zahl „1000" ersetzt.
      ee) Die neue Nr. 7 erhält folgende Fassung:
      „7. Personen, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2210), § 27 des Abgeordnetengesetzes vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), § 16 des Hessischen Abgeordnetengesetzes vom 18. Oktober 1989 (GVBl. I S. 261) oder entsprechenden vorrangigen Rechtsvorschriften eines anderen Landes zustehen."

*) Ändert GVBl. II 323-66

2. In § 4 Abs. 4 werden die Verweisung „§ 2 Abs. 4 Nr. 6" durch die Verweisung „§ 2 Abs. 4 Nr. 7" und die Worte „22. März 1988 (GVBl. I S. 88)" durch die Worte „15. Oktober 1965 (GVBl. I S. 233), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. Dezember 1976 (GVBl. I S. 448)," ersetzt.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 4 werden die Worte „Gebührenordnungen für Ärzte in der Fassung vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522), zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680)" durch die Worte „Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818, 1590)" ersetzt.

b) Abs. 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „worden" die Worte „oder wurden Leistungen in Anspruch genommen, die ihrer Art nach nicht zum Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehören" eingefügt.

bb) Satz 3 Nr. 1 bis 3 erhält folgende Fassung:

„1. Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die als freiwillig gesetzlich Versicherte keinen Beitragszuschuß auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses, insbesondere nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), erhalten, hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; dies gilt auch für Personen, denen aus dem genannten Versicherungsverhältnis Ansprüche aus der Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehen;

2. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die Mitglied der Krankenversicherung der Rentner sind, hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; dies gilt auch für Personen, denen aus dem genannten Versicherungsverhältnis Ansprüche aus der Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehen;

3. Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. März 1990 (BGBl. I S. 582), oder hierauf sich beziehende Vorschriften."

c) Abs. 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen einschließlich der Personen, denen aus diesem Krankenversicherungsverhältnis Ansprüche aus der Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehen, sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, die dadurch entstehen, daß sie

1. zustehende Sachleistungen nicht in Anspruch genommen haben oder

2. über zustehende Sachleistungen hinaus Leistungen in Anspruch genommen haben oder

3. sich anstelle einer zustehenden Sachleistung eine Geldleistung haben gewähren lassen,

wobei als Sachleistungen auch die in Abs. 6 Nr. 1 Satz 2 genannten Kassenleistungen gelten."

bb) Satz 4 Nr. 1 erhält folgende Fassung:

„1. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, die als Landwirt pflichtversichert sind,".

cc) In Satz 4 Nr. 3 werden die Worte „beihilfeberechtigte Waise" durch die Worte „beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Waise" ersetzt.

d) Abs. 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen, die keinen Zuschuß zum Versicherungsbeitrag erhalten, deren Beitrag sich nicht nach § 248 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermäßigt, die als Dienstordnungsangestellte keinen ermäßigten Beitrag entrichten oder die keinen Anspruch aus einem Teilkostentarif haben, gilt der nachgewiesene Geldwert in Anspruch genommener Sachleistungen der Krankenversicherung als beihilfefähige Aufwendungen."

bb) Satz 4 erhält folgende Fassung:
„Bei Anwendung dieser Vorschrift ist Abs. 6 Nr. 1 Satz 2 mit der Maßgabe zu beachten, daß der Zuschuß zum Brillengestell nicht als Sachleistung gilt."

e) Abs. 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Nr. 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:
„Als Sachleistung gelten auch die Kostenerstattung gesetzlicher Krankenkassen bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), der Zuschuß gesetzlicher Krankenkassen zu den Kosten eines Brillengestells sowie Festbeträge nach den §§ 35, 36 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; dasselbe gilt für die Kostenerstattung bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), wobei über die Kassenleistungen hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig sind."

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

cc) Nr. 2 erhält folgende Fassung:
„2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie nicht von der Krankenkasse nach § 29 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ersetzte Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung;".

dd) In Nr. 7 wird der Punkt nach dem Wort „sind" durch einen Strichpunkt ersetzt, und es wird folgende Nr. 8 angefügt:
„8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, daß anstelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt wird."

4. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nr. 1 und 2 erhalten folgende Fassung:
„1. ärztliche und zahnärztliche Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. Bei Leistungen nach den Abschnitten F, H, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr ununterbrochen dem öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 7 des Bundesbesoldungsgesetzes) angehört. Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nr. 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind in Höhe von zwei Dritteln, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramikverblendungen, auch im Seitenzahnbereich, jedoch nur zur Hälfte beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1;

2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nr. 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen. Soweit für Arznei- oder Verbandmittel Festbeträge festgesetzt sind, sind Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind

a) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,

b) bei Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,

aa) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,

bb) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,

cc) Abführmittel, ausgenommen bei erheblichen Grundkrankheiten,

dd) Arzneimittel gegen Reisekrankheiten,

c) Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,

d) unwirtschaftliche Arzneimittel;".

bb) In Nr. 6 werden nach dem Klammerzusatz „(BGBl. I S. 1666)," folgende Worte eingefügt:

„zuletzt geändert durch Verordnung vom 21. November 1989 (BGBl. I S. 2043),".

cc) Nr. 7 erhält folgende Fassung:

„7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige häusliche Pflege bis zur Höhe der Aufwendungen für eine Berufspflegekraft. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 5 Abs. 6 Nr. 6) sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

a) Fahrkosten (Nr. 9),

b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalles an Arbeitseinkommen und höchstens bis zu den in Satz 1 bezeichneten Aufwendungen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

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

dd) In Nr. 8 werden in Satz 2 die Worte „oder des Beihilfeberechtigten" durch die Worte „oder Beihilfeberechtigten" ersetzt; Satz 4 erhält folgende Fassung: „Nr. 7 Satz 2 gilt entsprechend."; in Satz 7 werden die Worte „Ohne die Voraussetzungen der Sätze 2 und 3 sind die Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe bis zu den genannten Beträgen beihilfefähig" durch die Worte „Die Voraussetzungen des Satz 2 gelten auch als erfüllt" ersetzt.

ee) In Nr. 9 werden folgende Sätze 2 bis 4 eingefügt:

„Höhere Beförderungskosten dürfen nicht berücksichtigt werden. Eine Ausnahme ist bei Rettungsfahrten oder dann zulässig, wenn eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Hessischen Reisekostengesetzes in der Fassung vom 27. August 1976 (GVBl. I S. 390), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Dezember 1986 (GVBl. I S. 393), genannte Betrag beihilfefähig.".

Der bisherige Satz 2 entfällt, der bisherige Satz 3 wird Satz 5.

b) Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode und für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Arzneimittel sind nicht beihilfefähig."

5. In § 7 Abs. 3 Satz 1 werden die Worte „wegen derselben Krankheit" gestrichen.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 3 Nr. 1 werden die Worte „Gesetz vom 2. Dezember 1986 (GVBl. I S. 393)" durch die Worte „Verordnung vom 22. August 1988 (GVBl. I S. 317)" ersetzt.

b) In Abs. 4 Nr. 2 Satz 1 werden die Worte „wegen derselben Krankheit" gestrichen.

7. § 10 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1 erhält folgende Fassung:

„1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,".

b) In Nr. 2 wird nach dem Wort „Krebserkrankungen" ein Komma gesetzt, und es wird folgende Nr. 3 angefügt:

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

8. In § 12 Abs. 1 Nr. 4 wird die Paragraphenbezeichnung „§ 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 bis 5" durch die Paragraphenbezeichnung „§ 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2" ersetzt.

9. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Dem Abs. 1 wird als Satz 9 angefügt:

„Abweichend von Satz 8 bemißt sich beim Tod eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Beihilfe zu bis dahin entstandenen Aufwendungen nach den Verhältnissen am Tag vor dessen Tod."

b) Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchst. c werden die Worte „§ 405 der Reichsversicherungsordnung" durch die Worte „§ 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.

bb) In Buchst. d werden die Worte „19. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2586)" durch die Worte „18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261)" ersetzt.

c) Die Abs. 7 und 8 erhalten folgende Fassung:

„(7) Bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der Kassenleistungen ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen, sofern der Höhe nach Leistungsansprüche wie bei einer Pflichtversicherung zustehen. Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach § 248 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermäßigt, ein Dienstordnungsangestellter einen ermäßigten Beitrag entrichtet, ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 40 Deutsche Mark monatlich zum Krankenkassenbeitrag oder zu den Aufwendungen Beihilfe nach § 5 Abs. 5 gewährt wird. Bei Personen, die freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und deren Beitrag sich nach § 248 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermäßigt, ist Satz 2 nicht anzuwenden, wenn gegenüber der Festsetzungsstelle nachgewiesen wird, daß ein privater Versicherungsschutz, der zusammen mit der Beihilfe die Aufwendungen abdeckt, nur zu einem Beitrag erlangt werden kann, der den vollen Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen würde.

(8) Bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung Zuschüsse auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses gewährt werden, ermäßigt sich vorbehaltlich des Satzes 2 der Bemessungssatz für die Aufwendungen des Zuschußempfängers sowie der Personen, deren Beiträge den Zuschuß erhöhen, um 40 vom Hundert. Bei Beihilfeberechtigten, die als Versorgungsempfänger auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses zu ihrem Beitrag für eine private Krankenversicherung einen Zuschuß erhalten, sowie bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses auf Grund von Rechtsvorschriften einen Zuschuß zu ihrem Beitrag für eine private Krankenversicherung erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Aufwendungen des Zuschußempfängers um 20 vom Hundert, sofern der Zuschuß mindestens 80 Deutsche Mark monatlich beträgt. Bei Anwendung des Satzes 2 bleiben Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie auf diese Beiträge entfallende Zuschüsse außer Betracht."

10. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 wird Satz 2 gestrichen.

b) Abs. 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „Behörden" durch das Wort „Dienststellen" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Worte „für ihren Geschäftsbereich" gestrichen.

cc) Als Satz 3 wird angefügt:
„Soweit sie die Zuständigkeit auf die Festsetzungsstelle eines anderen Geschäftsbereichs übertragen, bedarf es des Einvernehmens der für diesen Geschäftsbereich zuständigen obersten Dienstbehörde."

11. Die Anlage 1 (zu § 6 Abs. 1 Nr. 1) erhält folgende Fassung:

„Anlage 1
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 HBeihVO)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen

1. Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen einschließlich der Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach den Nr. 845 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie den analogen Bewertungen A 870 und A 871 hierzu nach Maßgabe der folgenden Nr. 2 bis 6 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird durch die nachfolgenden Nummern nicht eingeschränkt.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

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

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

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

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

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung,

- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen auch seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Mißbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen läßt.

2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall höchstens bis zu den folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:

- bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden,
- bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden,
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 90 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden,
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 120 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden,
- bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Psychotherapie ihrer Bezugspersonen im erforderlichen Umfang.

2.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" oder „Psychoanalyse" durchgeführt werden. Der Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nr. 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Der Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" kann zusätzlich analytische Psychotherapie (Nr. 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen mit abgeschlossener Zusatzausbildung in tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut oder bei Kindern und Jugendlichen anstelle eines Diplompsychologen einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Zusatzausbildung in psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren an einem anerkannten Ausbildungsinstitut zur Behandlung hinzuziehen. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut eigenverantwortlich und selbständig tätig. Übergangsweise kann auch ein Diplompsychologe oder ein Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut ohne diese Zusatzausbildung zur Behandlung hinzugezogen werden, wenn er bereits vor dem 1. Oktober 1985 nachweislich mindestens sechs Jahre von einem Arzt zur Durchführung tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie hinzugezogen wurde. Entsprechendes gilt für nichtärztliche Psychotherapeuten, die nicht Diplompsychologen sind, aber eine abgeschlossene akademische Ausbildung an einer deutschen Universität oder anderen vergleichbaren wissenschaftlichen Hochschule absolviert haben, sofern sie eine abgeschlossene Ausbildung an einem

anerkannten psychotherapeutischen Institut nachweisen und diese Ausbildung vor dem 1. April 1976 begonnen haben. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nr. 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durchführen lassen.

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

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

3. Verhaltenstherapie

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

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

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

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

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

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

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

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall höchstens bis zu den folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:

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

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

3.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" oder „Psychoanalyse" durchgeführt werden. Dieser muß den Nachweis erbringen, daß er während seiner Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat. Der Arzt kann einen Diplompsychologen mit einer mindestens dreijährigen, abgeschlossenen Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie an einem anerkannten Ausbildungsinstitut zur Behandlung hinzuziehen. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe eigenverantwortlich und selbständig tätig. Übergangsweise kann auch ein Diplompsychologe zur Behandlung hinzugezogen werden, wenn er im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erbringung verhaltenstherapeutischer Leistungen zugelassen ist; dies gilt für Behandlungen, die vor dem 1. Januar 1993 begonnen wurden. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nr. 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen durchführen lassen.

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

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

4. Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

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

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

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

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt durchgeführt wird. Der Arzt kann einen Diplompsychologen, der über die in den Nr. 2.4 Satz 4, 6 oder 3.4 Satz 3, 5 festgestellte Qualifikation und über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt, zur Behandlung hinzuziehen.

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

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

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

5. Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

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

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

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

12. Die Anlage 2 (zu § 6 Abs. 1 Nr. 4) wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – ggf. im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet sind."

bb) Als Satz 2 wird eingefügt:
„Es sind dies beispielsweise:"

cc) In der Aufzählung des neuen Satzes 2 wird nach dem Hilfsmittel „Reflektometer" folgendes Hilfsmittel eingefügt:
„Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 60 DM je Schuh übersteigen,".

b) Nr. 6 erhält folgende Fassung:

„6. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 200 DM hinausgehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen."

c) Nr. 8 Satz 3 erhält folgende Fassung:
„Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat."

d) Der Nr. 9 wird folgender Satz 3 angefügt:
„Außerdem sind die Aufwendungen für die in der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 13. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2237) bezeichneten Hilfsmittel nicht beihilfefähig."

e) Nr. 10 Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Notwendige und angemessene Aufwendungen für andere als die in Nr. 1 aufgeführten und nicht nach Nr. 9 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle können als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese ebenfalls geeignet sind, die Folgen eines regelwidrigen Körperzustandes zu lindern, zu bessern, zu beheben oder zu beseitigen."

f) In Nr. 11.1 werden die Worte „für das Brillengestell = 100 DM" durch die Worte „für das Brillengestell = 40 DM" ersetzt.

g) Nr. 11.3 erhält folgende Fassung:

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

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

h) In Nr. 11.6 wird nach Satz 1 der Punkt durch ein Komma ersetzt, und es werden folgende Worte angefügt:
„druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel."

i) In Nr. 11.7 erhält der Klammerzusatz folgende Fassung:
„(Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohrlupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenbrille und dergleichen)".

13. Die Anlage 3 (zu § 8 Abs. 6) wird wie folgt geändert:

a) In den Vorbemerkungen werden die Worte „B = Einzelkurgebiet" durch die Worte „B = Einzelkurbetrieb" ersetzt.

b) Nach dem Heilkurort „Feilnbach" wird folgender Heilkurort eingefügt:

„Fischen	8975	Fischen im Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort"

c) Bei dem Heilkurort „Herbstein" wird der Buchst. „B" durch den Buchst. „K" ersetzt.

d) Bei dem Heilkurort „Manderscheid" wird die Artbezeichnung um das Wort „Kneippkurort" ergänzt.

e) Bei dem Heilkurort „Münster/Stein" wird die Artbezeichnung um das Wort „Heilklimatischer Kurort" ergänzt.

f) Nach dem Heilkurort „Norderney" wird folgender Heilkurort eingefügt:

„Nümbrecht	5223	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort"

g) Nach dem Heilkurort „Peterstal-Griesbach" wird folgender Heilkurort eingefügt:

„Plön	2320	Plön	G	Heilbad"

h) Bei dem Heilkurort „Schömberg" wird die Artbezeichnung um das Wort „Kneippkurort" ergänzt.

i) Bei dem Heilkurort „Titisee-Neustadt" werden der Ortsteil „Neustadt" und die Artbezeichnung „Kneippkurort" gestrichen.

j) Bei dem Heilkurort „Wimpfen" erhält die Spalte 3 folgende Fassung: „Wimpfen am Berg (mit Erbach, Fleckinger Mühle und Höhenhöfe)".

14. In der Anlage 4 werden die Ortsnamen „Ein Boqeq, Sdom am Roten Meer" durch die Ortsnamen „Ein Boqeq, Sdom am Toten Meer" ersetzt.

Artikel 2

1. Bei einer zahnärztlichen Behandlung, die vor dem 1. Oktober 1990 begonnen worden ist, sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen nach den bisher geltenden Vorschriften beihilfefähig. Entsprechendes gilt für Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen nach den Nr. 3.4 Satz 3, 4.1 und 4.4 der bis zum 30. September 1990 geltenden Fassung der Anlage 1 (zu § 6 Abs. 1 Nr. 1).
2. Auf vor dem 1. Oktober 1990 entstandene Aufwendungen ist das bisherige Recht anzuwenden. Nr. 1 bleibt unberührt.

Artikel 3[1])

In § 5 Abs. 1 Satz 1 der Erziehungsurlaubsverordnung vom 31. Oktober 1986 (GVBl. I S. 298) werden die Worte „vom 18. Dezember 1979 (GVBl. 1980 I S. 17, 22)" durch die Worte „vom 5. Mai 1988 (GVBl. I S. 193), geändert durch Verordnung vom 11. Juli 1990 (GVBl. I S. 427)" ersetzt.

Artikel 4

Die Hessische Beihilfenverordnung wird in der vom 1. Oktober 1990 an geltenden, aus der Anlage ersichtlichen Fassung bekanntgemacht. Anlage

Es treten in Kraft:

1. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a Doppelbuchst. cc, soweit er § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 ändert, am 1. Januar 1991,
2. die übrigen Vorschriften am 1. Oktober 1990.

Wiesbaden, den 11. Juli 1990

Hessische Landesregierung

Der Ministerpräsident
Dr. Wallmann

Der Minister des Innern
Milde

[1]) Ändert GVBl. II 324-27

Anlage

Hessische Beihilfenverordnung (HBeihVO) in der Fassung vom 11. Juli 1990

§ 1

Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen, für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, für Schutzimpfungen, für nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche und nicht rechtswidrige Sterilisationen. Die Beihilfen ergänzen bei Beamten, Richtern und Versorgungsempfängern die aus den laufenden Bezügen zu bestreitende Eigenvorsorge.

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

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

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte und Richter sowie Praktikanten im Sinne des § 23 a des Hessischen Beamtengesetzes,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 des Beamtenversorgungsgesetzes in der Fassung vom 12. Februar 1987 (BGBl. I S. 570, 1339), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2218), genannten Kinder der in Nr. 1 und 2 bezeichneten Personen,
4. Angestellte,
5. Arbeiter,
6. Auszubildende.

(2) Die Beihilfeberechtigung der in Abs. 1 Nr. 1 bis 3 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Unterhaltsbeihilfe, Versorgungsbezüge oder Entpflichtetenbezüge erhalten. Sie besteht bei diesen Personen auch, wenn Versorgungsbezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Die Beihilfeberechtigung der in Abs. 1 Nr. 4 bis 6 bezeichneten Personen besteht für die Dauer des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses; dies gilt nicht, wenn ein Arbeitsverhältnis wegen des Bezugs einer Rente auf Zeit ruht. Bei einer Beurlaubung ohne Bezüge, Vergütung oder Lohn bleibt die Beihilfeberechtigung bestehen, wenn die oberste Dienstbehörde schriftlich ein dienstliches Interesse an der Beurlaubung anerkannt hat; § 4 ist zu beachten.

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

(4) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Halbwaisen, wenn der lebende Elternteil oder der Ehegatte beihilfeberechtigt ist und Anspruch auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,
3. Bedienstete,
   a) die befristet für nicht länger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, daß sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 7 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung vom 21. Februar 1989 (BGBl. I S. 261), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2218) beschäftigt sind,
   b) deren regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
4. Waldarbeiter, die in dem unmittelbar vorangegangenen Kalenderjahr nicht mindestens 1 000 Tarifstunden erreicht haben,
5. Weinbergarbeiter und landwirtschaftliche Arbeiter, die im vorangegangenen Kalenderjahr nicht mindestens 1 000 bezahlte Stunden erreicht haben,
6. Saisonarbeitnehmer, die in regelmäßiger Wiederkehr für eine jahreszeitlich begrenzte Tätigkeit beschäftigt werden und die in dem unmittelbar vorangegangenen Kalenderjahr nicht mindestens 1 000 Arbeitsstunden geleistet haben,
7. Personen, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2210), § 27 des Abgeordnetengesetzes vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), § 16 des Hessischen Abgeordnetengesetzes vom 18. Oktober 1989 (GVBl. I S. 261) oder entsprechenden vorrangigen Rechtsvorschriften eines anderen Landes zustehen.

(5) Beihilfen können Versorgungsempfängern versagt werden, die neben ihren Versorgungsbezügen Einkünfte aus einer Tätigkeit außerhalb des öffentlichen Dienstes haben, welche die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,
2. die im Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

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

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen sowie einer Beihilfeberechtigung mit einer Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger

(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 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften vor.

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

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 2 Abs. 4 Nr. 7 genannten Vorschriften, nach § 79 des Bundesbeamtengesetzes in der jeweils geltenden Fassung gegen die Deutsche Bundesbahn oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften und der Anspruch auf Beihilfe nach § 1 des Gesetzes über die Regelung der Ministerbezüge in der Fassung vom 15. Oktober 1965 (GVBl. I S. 233), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. Dezember 1976 (GVBl. I S. 448), gleich.

(5) Als Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gilt eine Beihilfeberechtigung nach § 215 Abs. 1 des Hessischen Beamtengesetzes oder auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im wesentlichen vergleichbaren Regelung.

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

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten, besonders von Amts- oder Vertrauensärzten, einholen. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bestimmt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, sind ärztliche Gebühren nur bis zu den Schwellenwerten der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818, 1590) und der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) angemessen. Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zu den Mindestsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Stand: 1. Januar 1985), jedoch höchstens bis zu den Schwellenwerten der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

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

(3) Steht dem Beihilfeberechtigten oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zu, sind vorbehaltlich des Abs. 4 die Aufwendungen im

Rahmen dieser Verordnung nur insoweit beihilfefähig, als sie über die danach im Einzelfall gewährten Leistungen hinausgehen. Sind zustehende Leistungen nach Satz 1 nicht in Anspruch genommen worden oder wurden Leistungen in Anspruch genommen, die ihrer Art nach nicht zum Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, sind die beihilfefähigen Aufwendungen entsprechend zu kürzen; dabei gelten

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

als zustehende Leistung. Satz 2 gilt nicht für

1. Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die als freiwillig gesetzlich Versicherte keinen Beitragszuschuß auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses, insbesondere nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), erhalten, hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; dies gilt auch für Personen, denen aus dem genannten Versicherungsverhältnis Ansprüche aus der Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehen;
2. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die Mitglied der Krankenversicherung der Rentner sind, hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; dies gilt auch für Personen, denen aus dem genannten Versicherungsverhältnis Ansprüche aus der Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehen;
3. Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. März 1990 (BGBl. I S. 582), oder hierauf sich beziehende Vorschriften.

(4) Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen einschließlich der Personen, denen aus diesem Krankenversicherungsverhältnis Ansprüche aus der Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehen, sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, die dadurch entstehen, daß sie

1. zustehende Sachleistungen nicht in Anspruch genommen haben oder
2. über zustehende Sachleistungen hinaus Leistungen in Anspruch genommen haben oder
3. sich anstelle einer zustehenden Sachleistung eine Geldleistung haben gewähren lassen,

wobei als Sachleistungen auch die in Abs. 6 Nr. 1 Satz 2 genannten Kassenleistungen gelten. Dies gilt auch, wenn Sachleistungen deshalb nicht zustehen, weil nicht die vorgeschriebene Form der Versorgung eingehalten wurde. Gewährt die gesetzliche Krankenversicherung nach Satzung usw. allgemein keine Leistungen oder nur Zuschüsse, sind die Aufwendungen, bei Zuschüssen gekürzt um diese, im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig. Satz 1 und 2 gelten nicht für

1. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, die als Landwirt pflichtversichert sind,
2. die in Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 genannten Personen,
3. berücksichtigungsfähige Angehörige der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Beihilfeberechtigten und die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Waise.

(5) Bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen, die keinen Zuschuß zum Versicherungsbeitrag erhalten, deren Beitrag sich nicht nach § 248 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermäßigt, die als Dienstordnungsangestellte keinen ermäßigten Beitrag entrichten oder die keinen Anspruch aus einem Teilkostentarif haben, gilt der nachgewiesene Geldwert in Anspruch genommener Sachleistungen der Krankenversicherung als beihilfefähige Aufwendungen. Hiervon ist ausgenommen der in Abs. 6 Nr. 3 bezeichnete Ehegatte des Beihilfeberechtigten. Der Geldwert von Sachleistungen ist bis zur Höhe der Versicherungsbeiträge des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig, die für die dem Antragsmonat vorausgegangenen zwölf Kalendermonate geleistet und nicht bei einer früheren Beihilfefestsetzung berücksichtigt wurden. Bei Anwendung dieser Vorschrift ist Abs. 6 Nr. 1 Satz 2 mit der Maßgabe zu beachten, daß der Zuschuß zum Brillengestell nicht als Sachleistung gilt. Bei einer stationären Krankenhausbehandlung gelten die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a) als Sachleistungen. Dies gilt auch bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen. Als Sachleistungen gelten nicht Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung auftragsgemäß für andere Leistungsträger oder im Rahmen der Dienstunfallfürsorge erbringt. Sachleistungen sind auch zu berücksichtigen, wenn die zugrundeliegende Leistung nicht oder nur begrenzt beihilfefähig ist.

(6) Nicht beihilfefähig sind

1. Sachleistungen auf Grund von Rechtsvorschriften; dies gilt nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind. Als Sachleistung gelten auch die Kostenerstattung gesetzlicher Krankenkassen bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), der Zuschuß gesetzlicher Krankenkassen zu den Kosten eines Brillengestells sowie Festbeträge nach den §§ 35, 36 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; dasselbe gilt für die Kostenerstattung bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), wobei über die Kassenleistungen hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig sind. Abs. 5 bleibt unberührt;

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie nicht von der Krankenkasse nach § 29 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ersetzte Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung;

3. die in den §§ 6 bis 11 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes in der jeweils geltenden Fassung) des Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 30 000 Deutsche Mark übersteigt, es sei denn, daß dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder daß die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, im staatlichen Bereich im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen;

4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind; dies gilt nicht für Aufwendungen, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 103 des Hessischen Beamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt;

5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 191 des Hessischen Beamtengesetzes unentgeltliche Heilfürsorge zusteht;

6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; nahe Angehörige im Sinne dieser Vorschriften sind Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig, soweit sie nicht von Dritten ersetzt werden;

7. Aufwendungen, die bereits nach einem vorgehenden Beihilfeanspruch (§ 4 Abs. 2 und Abs. 3 Satz 2) beihilfefähig sind;

8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, daß anstelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt wird.

(7) Bei Anwendung der Abs. 3 bis 5 sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (Abs. 2 Satz 2) maßgebend.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

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

1. ärztliche und zahnärztliche Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. Bei Leistungen nach den Abschnitten F, H, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr ununterbrochen dem öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 7 des Bundesbesoldungsgesetzes) angehört. Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nr. 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind in Höhe von zwei Dritteln, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramikverblendungen, auch im Seitenzahnbereich, jedoch nur zur Hälfte beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1;

Anlage 1

2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nr. 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen. Soweit für Arznei- oder Verbandmittel Festbeträge festgesetzt sind, sind Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind
   a) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
   b) bei Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
      aa) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
      bb) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
      cc) Abführmittel, ausgenommen bei erheblichen Grundkrankheiten,
      dd) Arzneimittel gegen Reisekrankheiten,
   c) Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
   d) unwirtschaftliche Arzneimittel;
3. eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder — ausgenommen Saunabäder und Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer als beihilfefähig anerkannten Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur —, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- sowie Sprachtherapie und dergleichen. Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden oder werden damit zugleich in erheblichem Umfang berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt, so sind die Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten für zusätzliche, gesondert durchgeführte und berechnete Heilbehandlungen nicht beihilfefähig;
4. Anschaffung oder Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 2;

Anlage 2

5. Erste Hilfe;
6. stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666), zuletzt geändert durch Verordnung vom 21. November 1989 (BGBl. I S. 2043), und zwar
   a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPflV),
      aa) allgemeine und besondere Pflegesätze (§ 5 BPflV),
      bb) Sonderentgelte (§ 6 BPflV),
      cc) abweichende Entgelte (§ 21 BPflV),
   b) Wahlleistungen,
      aa) gesondert berechnete Arztleistungen (§ 7 Abs. 3 BPflV),
      bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 7 Abs. 4 BPflV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich 22 Deutsche Mark täglich,

   sowie andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nr. 1 und 2. Bei einer Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für die Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen;
7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige häusliche Pflege bis zur Höhe der Aufwendungen für eine Berufspflegekraft. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 5 Abs. 6 Nr. 6) sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
   a) Fahrkosten (Nr. 9),
   b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalles an Arbeitseinkommen und höchstens bis zu den in Satz 1 bezeichneten Aufwendungen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

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

8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zum Betrage von 9 Deutsche Mark stündlich, jedoch nicht mehr als 54 Deutsche Mark täglich. Voraussetzung ist, daß die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts eines Beihilfeberechtigten während stationärer Unterbringung (Nr. 6, § 9) des den Haushalt führenden, nicht oder nur geringfügig erwerbstätigen berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen oder Beihilfeberechtigten erforderlich ist, weil der Beilhilfeberechtigte selbst pflegebedürftig ist oder im Haushalt mindestens ein Kind unter fünfzehn Jahren oder ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Angehöriger verbleibt und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nr. 7 Satz 2 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen (§ 5 Abs. 6 Nr. 6) sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nr. 9) nicht beihilfefähig. Die Voraussetzungen des Satzes 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt (Nr. 6) durch die Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird; dies gilt entsprechend für alleinstehende Beihilfeberechtigte;

9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher oder zahnärztlicher Leistungen, Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (Nr. 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. Höhere Beförderungskosten dürfen nicht berücksichtigt werden. Eine Ausnahme ist bei Rettungsfahrten oder dann zulässig, wenn eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Hessischen Reisekostengesetzes in der Fassung vom 27. August 1976 (GVBl. I S. 390), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Dezember 1986 (GVBl. I S. 393), genannte Betrag beihilfefähig.

   Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

   a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,

   b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn- oder Aufenthaltsort,

   c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, und zurück,

   d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise;

10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 25 Deutsche Mark täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 25 Deutsche Mark täglich beihilfefähig. Diese Vorschrift findet bei einer Heilkur oder kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,

    b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich angeordneten Heilbehandlung, die eine Heimunterbringung erforderlich macht, insgesamt bis zu 17 Deutsche Mark täglich;

11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nr. 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, daß sie als Organspender nicht in Betracht kommen;

12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

(2) Die Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode und für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Arzneimittel sind nicht beihilfefähig.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) Aus Anlaß einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. Für Begleitpersonen eines Schwerbehinderten sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Begleitung behördlich festgestellt ist und das Sanatorium bestätigt, daß die Begleitung für eine erfolgversprechende Behandlung erforderlich ist,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
5. für die Kurtaxe, auch für die notwendige Begleitperson nach Nr. 2 Satz 2,
6. für den ärztlichen Schlußbericht.

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

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

(3) Die Beihilfefähigkeit ist nicht anzuerkennen, wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

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

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

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 4 bis 6 unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 Satz 1 und 3.

(2) Aus Anlaß einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

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

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

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienst- oder Arbeitsfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, besonders nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Hessischen Umzugskostengesetzes in der Fassung vom 27. August 1976 (GVBl. I S. 384), zuletzt geändert durch Verordnung vom 22. August 1988 (GVBl. I S. 317), ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

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

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen dem öffentlichen Dienst angehörte und beihilfeberechtigt war,
2. wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,

3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung oder nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses,
4. wenn bekannt ist, daß das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, daß die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(5) Im Falle des Abs. 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

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

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

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

Anlage 3

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Anstaltsunterbringung

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

1. bei Beihilfeberechtigten
   a) mit einem Angehörigen 200 Deutsche Mark,
   b) mit zwei oder drei Angehörigen 175 Deutsche Mark,
   c) mit mehr als drei Angehörigen 150 Deutsche Mark,

   wobei diese Sätze für jede Person gelten, wenn mehr als eine Person dauernd untergebracht ist,
2. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger Unterbringung des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert der in § 2 Abs. 2 Satz 1 genannten Bruttobezüge sowie der Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen, aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes oder aus einer betrieblichen Altersversorgung.

Angehörige im Sinne des Satz 1 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 Satz 1 berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als beihilfeberechtigt gelten (§ 4 Abs. 3 bis 5). In Ausnahmefällen kann die oberste Dienstbehörde die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe der tatsächlichen Aufwendungen als beihilfefähig anerkennen.

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

(3) Werden die Kosten der Unterkunft und Verpflegung nicht gesondert ausgewiesen, sind 70 vom Hundert der täglichen Unterbringungskosten (Pflegesatz) als Kosten für Unterkunft und Verpflegung zugrunde zu legen.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

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

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Aufwendungen für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
3. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an jedes zweite Jahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit

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

(2) Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach Abschnitt B Nr. 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind bis zur Vollendung des einundzwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig. Dies gilt nicht für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation sowie bei Empfängnisregelung

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

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

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

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

(1) Aus Anlaß einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

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

(2) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 300 Deutsche Mark gewährt. Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind annimmt und das Kind am Tage der Aufnahme in die Familie mit dem Ziel der Annahme als Kind das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

§ 13

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 1 300 Deutsche Mark, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 850 Deutsche Mark gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von insgesamt mindestens 2 000 Deutsche Mark zu, so beträgt die Beihilfe 650 Deutsche Mark, beim Tod eines Kindes 425 Deutsche Mark; stehen solche Ansprüche von insgesamt mindestens 4 000 Deutsche Mark zu, wird keine Beihilfe gewährt. Sterbe- und Bestattungsgelder auf Grund von Schadenersatzansprüchen werden nicht berücksichtigt, wenn die Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes auf den Dienstherrn übergehen. Bestattungsgeld nach §§ 36 oder 53 des Bundesversorgungsgesetzes bleibt unberücksichtigt.

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

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

§ 14

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach §§ 6, 9, 11 bis 13 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

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

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

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

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

Anlage 4

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

(4) Für die Aufwendungen der Überführung einer Leiche oder Urne findet § 13 Abs. 2 Anwendung.

§ 15

Bemessung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe beträgt für alleinstehende Beihilfeberechtigte 50 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen. Dieser Bemessungssatz erhöht sich vorbehaltlich der Abs. 2 und 3 für verheiratete Beihilfeberechtigte auf 55 vom Hundert. Für jedes Kind, das nach § 3 zu berücksichtigen ist, erhöht sich der Bemessungssatz nach Satz 1 oder 2 um je 5 vom Hundert, höchstens jedoch auf 70 vom Hundert. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig, so erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, bei dem das Kind tatsächlich im Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigt wird. Ist ein berücksichtigungsfähiges Kind zugleich Ehegatte eines Beihilfeberechtigten, so erhöht sich der Bemessungssatz nur beim Ehegatten des berücksichtigungsfähigen Kindes. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen führen nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes. Empfänger von Vollwaisengeld werden bei der Bemessung der Beihilfe nach Satz 2 untereinander berücksichtigt, wenn ihr Versorgungsanspruch auf demselben Versorgungsfall beruht und sie nicht auf Grund einer eigenen Beschäftigung selbst beihilfeberechtigt sind. Maßgebend für die Ermittlung des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung. Abweichend von Satz 8 bemißt sich beim Tod eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Beihilfe zu bis dahin entstandenen Aufwendungen nach den Verhältnissen am Tag vor dessen Tod.

(2) Der Bemessungssatz erhöht sich nicht nach Abs. 1 Satz 2 und 3,

1. wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist oder der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 30 000 Deutsche Mark überstieg,
2. wenn berücksichtigungsfähige Angehörige, mit Ausnahme der beim Ehegatten familienversicherten Kinder,
   a) auf Grund einer Beschäftigung, Berufsausbildung oder des Bezugs einer Rente in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind,
   b) Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sind,
   c) Beitragszuschüsse nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vergleichbaren Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen erhalten,
   d) Beitragszuschüsse nach § 1304e Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung oder § 83e Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes in der Fassung vom 28. Mai 1924 (RGBl. I S. 563), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), in Höhe von

mindestens 100 Deutsche Mark oder von mindestens der Hälfte des zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrags erhalten,

e) Ansprüche auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, vergleichbaren Rechtsvorschriften oder Leistungen nach einer dieser Verordnung im wesentlichen vergleichbaren Regelung haben.

(3) Der Bemessungssatz beträgt in den Fällen des § 5 Abs. 5 50 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen.

(4) Für Empfänger von Versorgungsbezügen erhöht sich der nach Abs. 1 zustehende Bemessungssatz um 10 vom Hundert. Für Empfänger von Witwen- oder Witwergeld erhöht sich der Bemessungssatz um weitere 5 vom Hundert. Satz 1 und 2 gelten nicht für Aufwendungen von Personen, die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben.

(5) 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. Satz 1 findet keine Anwendung in den Fällen des § 9.

(6) Bei einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6, § 11 Abs. 2, § 14), einer dauernden Anstaltsunterbringung (§ 9) oder einer stationären Unterbringung in einer Entbindungsanstalt erhöht sich der Bemessungssatz nach Abs. 1 und 4 um 15 vom Hundert, höchstens jedoch auf 85 vom Hundert. Dies gilt nicht, wenn der Bemesssungssatz bereits nach Abs. 5 zu erhöhen ist.

(7) Bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der Kassenleistungen ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen, sofern der Höhe nach Leistungsansprüche wie bei einer Pflichtversicherung zustehen. Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach § 248 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermäßigt, ein Dienstordnungsangestellter einen ermäßigten Beitrag entrichtet, ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 40 Deutsche Mark monatlich zum Krankenkassenbeitrag oder zu den Aufwendungen Beihilfe nach § 5 Abs. 5 gewährt wird. Bei Personen, die freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und deren Beitrag sich nach § 248 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermäßigt, ist Satz 2 nicht anzuwenden, wenn gegenüber der Festsetzungsstelle nachgewiesen wird, daß ein privater Versicherungsschutz, der zusammen mit der Beihilfe die Aufwendungen abdeckt, nur zu einem Beitrag erlangt werden kann, der den vollen Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen würde.

(8) Bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung Zuschüsse auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses gewährt werden, ermäßigt sich vorbehaltlich des Satzes 2 der Bemessungssatz für die Aufwendungen des Zuschußempfängers sowie der Personen, deren Beiträge den Zuschuß erhöhen, um 40 vom Hundert. Bei Beihilfeberechtigten, die als Versorgungsempfänger auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses zu ihrem Beitrag für eine private Krankenversicherung einen Zuschuß erhalten, sowie bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses auf Grund von Rechtsvorschriften einen Zuschuß zu ihrem Beitrag für eine private Krankenversicherung erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Aufwendungen des Zuschußempfängers um 20 vom Hundert, sofern der Zuschuß mindestens 80 Deutsche Mark monatlich beträgt. Bei Anwendung des Satzes 2 bleiben Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie auf diese Beiträge entfallende Zuschüsse außer Betracht.

(9) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind,
2. wenn sich aus der Anwendung des § 5 Abs. 6 Nr. 4 Härten ergeben oder
3. in besonderen Ausnahmefällen bei Anlegung eines strengen Maßstabes; in den Fällen des § 9 entscheidet die Festsetzungsstelle.

Die oberste Dienstbehörde kann ihre Befugnis durch Rechtsvorschrift auf andere Dienststellen übertragen.

§ 16

Beihilfen beim Tode des Beihilfeberechtigten

(1) Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen und angenommenen Kinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlaß des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemißt sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tode; für Aufwendungen aus Anlaß des Todes gilt § 13 mit der Maßgabe, daß die Aufwendungen

nachzuweisen sind. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

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

§ 17

Verfahren

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt; hierfür sind die vom Ministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden.

(2) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 300 Deutsche Mark betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, wird abweichend von Satz 1 eine Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen 50 Deutsche Mark übersteigen.

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

(4) Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege unmittelbar der Festsetzungsstelle vorzulegen. Die Beihilfeakten dürfen grundsätzlich nur den mit der Beihilfebearbeitung befaßten Stellen oder Bediensteten zugänglich sein. Krankheits- und sonstige persönliche Daten aus Beihilfeakten dürfen grundsätzlich nur zur Bearbeitung von Beihilfevorgängen verwendet werden.

(5) Als Festsetzungsstellen entscheiden, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist,

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

Die obersten Dienstbehörden können durch Rechtsvorschrift die Zuständigkeit abweichend regeln. Soweit sie die Zuständigkeit auf die Festsetzungsstelle eines anderen Geschäftsbereichs übertragen, bedarf es des Einvernehmens der für diesen Geschäftsbereich zuständigen obersten Dienstbehörde.

(6) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen. Der Beihilfeberechtigte hat die zurückgegebenen Belege bis drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Bitte der Behörde erneut vorzulegen, sofern sie nicht bei der Krankenversicherung verbleiben. Die Festsetzungsstelle hat bei der Rückgabe der Belege darauf hinzuweisen.

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

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

(9) Ist in den Fällen des § 7 Abs. 2 Nr. 2 und § 14 Abs. 2 Nr. 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(10) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb einer Ausschlußfrist von einem Jahr nach Entstehen der Aufwendungen, der ersten Ausstellung der Rechnung oder der Bescheinigung des Geldwerts von Sachleistungen beantragt hat. Die in der Bescheinigung über ihren Geldwert aufgeführten Sachleistungen dürfen im Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als ein Jahr zurückliegen. Für den Beginn der Frist ist bei pauschalen Beihilfen nach § 12 Abs. 2 der Tag der Geburt oder der Aufnahme in die Familie mit dem Ziel der Annahme als Kind, nach § 13 Abs. 1 der Tag des Ablebens und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend.

§ 18

Übergangs- und Schlußvorschriften

(1) Empfänger von Unterhaltsbeiträgen, die nach bisherigem Recht beihilfeberechtigt waren, aber nicht die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 erfüllen, bleiben beihilfeberechtigt, solange sie oder ihre Hinterbliebenen Unterhaltsbeiträge erhalten. Dies gilt auch für gnadenweise zugebilligte Unterhaltsbeiträge.

(2) Für Beihilfeberechtigte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung Ansprüche nach den §§ 141a und 141c des Bundesentschädigungsgesetzes in der Fassung vom 29. Juni 1956 (BGBl. I S. 559), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2326), haben, gilt § 5 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 entsprechend.

(3) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne ohne die Beschränkung des § 13 Abs. 2 beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 vom Hundert.

[1]) Diese Vorschrift betrifft das Inkrafttreten der Verordnung in der Fassung vom 5. Mai 1988.

§ 19

Aufhebung des bisherigen Rechts

Die Hessische Beihilfenverordnung in der Fassung vom 18. Dezember 1979 (GVBl. 1980 I S. 17, 22, 72) wird aufgehoben.

§ 20

Verwaltungsvorschriften

Das Ministerium des Innern erläßt die zur Durchführung dieser Verordnung erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

§ 21[1])

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. August 1988 in Kraft.

Anlage 1
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 HBeihVO)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen

1. Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen einschließlich der Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach den Nr. 845 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie den analogen Bewertungen A 870 und A 871 hierzu nach Maßgabe der folgenden Nr. 2 bis 6 beihilfefähig.

   Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird durch die nachfolgenden Nummern nicht eingeschränkt.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

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

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

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

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

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung,

- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen auch seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Mißbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen läßt.

2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall höchstens bis zu den folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:

- bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden,
- bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden,
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 90 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden,
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 120 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden,
- bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Psychotherapie ihrer Bezugspersonen im erforderlichen Umfang.

2.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" oder „Psychoanalyse" durchgeführt werden. Der Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nr. 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Der Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" kann zusätzlich analytische Psychotherapie (Nr. 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen mit abgeschlossener Zusatzausbildung in tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut oder bei Kindern und Jugendlichen anstelle eines Diplompsychologen einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Zusatzausbildung in psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren an einem anerkannten Ausbildungsinstitut zur Behandlung hinzuziehen. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut eigenverantwortlich und selbständig tätig. Übergangsweise kann auch ein Diplompsychologe oder ein Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut ohne diese Zusatzausbildung zur Behandlung hinzugezogen werden, wenn er bereits vor dem 1. Oktober 1985 nachweislich mindestens sechs Jahre von einem Arzt zur Durchführung tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie hinzugezogen wurde. Entsprechendes gilt für nichtärztliche Psychotherapeuten, die nicht Diplompsychologen sind, aber eine abgeschlossene akademische Ausbildung an einer deutschen Unversität oder anderen vergleichbaren wissenschaftlichen Hochschule absolviert haben, sofern sie eine abgeschlossene Ausbildung an einem

anerkannten psychotherapeutischen Institut nachweisen und diese Ausbildung vor dem 1. April 1976 begonnen haben. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nr. 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durchführen lassen.

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

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

3. Verhaltenstherapie

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

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

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

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

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

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

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

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall höchstens bis zu den folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:

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

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

3.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" oder „Psychoanalyse" durchgeführt werden. Dieser muß den Nachweis erbringen, daß er während seiner Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat. Der Arzt kann einen Diplompsychologen mit einer mindestens dreijährigen, abgeschlossenen Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie an einem anerkannten Ausbildungsinstitut zur Behandlung hinzuziehen. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe eigenverantwortlich und selbständig tätig. Übergangsweise kann auch ein Diplompsychologe zur Behandlung hinzugezogen werden, wenn er im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erbringung verhaltenstherapeutischer Leistungen zugelassen ist; dies gilt für Behandlungen, die vor dem 1. Januar 1993 begonnen wurden. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nr. 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen durchführen lassen.

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

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

4. Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

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

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

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

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt durchgeführt wird. Der Arzt kann einen Diplompsychologen, der über die in den Nr. 2.4 Satz 4, 6 oder 3.4 Satz 3, 5 festgestellte Qualifikation und über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt, zur Behandlung hinzuziehen.

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

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

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

5. Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

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

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

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

Anlage 2
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 HBeihVO)

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

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – ggf. im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet sind. Es sind dies beispielsweise:

Absauggeräte (z. B. bei Kehlkopferkrankung),

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, Liegeschalen,
Gummistrümpfe, Kompressionsstrumpfhosen,

Heimdialysegeräte,
Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgeräte und sonstigem Zubehör,
Hilfsgeräte für Schwerstbehinderte (z. B. Ohnhänder),
Hörhilfen (auch Hörbrillen),

Impulsvibratoren (z. B. Mucoviscidose, Pankreasfibrose),
Infusionspumpen, auch Insulinpumpen,
Inhalationsapparate,
Injektionsspritzen und -nadeln,

Jobst-Wechseldruckgeräte,

Katheter,
Kniekappen,
Knöchel- und Gelenkstützen,
Kopfschützer,
Korrekturschienen und dergleichen,
Krankenfahrstühle,
Krankenheber,
Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),
Krücken,

Leibbinden, Krampfaderbinden und dergleichen,

orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 60 DM je Schuh übersteigen,

Pflegebetten,
Polarimeter,

Reflektometer,

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 60 DM je Schuh übersteigen,
Sehhilfen,
Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),
Sprechhilfen (auch elektronische),
Sprechkanülen,
Stützapparate,
Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
Suspensorien,

Toilettenstühle, Closomatanlagen,

Ultraschallvernebler,
Urinale,

Vibrationstrainer bei Taubheit,

Wasser- und Luftkissen,
Weckgeräte für Bettnässer.

2. Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.

3. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.

4. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels oder Gerätes erfolgt. Nr. 11.5 bleibt unberührt.

5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. Bei Brillen liegt eine Reparatur vor, wenn das Gestell oder nur ein Glas repariert oder ersetzt wird.

6. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 200 DM hinausgehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

7. Notwendige und angemessene Aufwendungen für Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind.

8. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zu 1 000 DM beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata) oder eine erhebliche Verunstaltung, z. B. infolge Schädelverletzung, oder wenn ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muß. Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahr vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.

9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten zugleich den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. Hierzu gehören als Gebrauchsgüter des täglichen Lebens z. B. auch

   Bandscheibenmatratzen,
   Bestrahlungslampen (Solarien, Helarien, Sonnenbänke, Rotlicht, Höhensonnen und dergleichen),

   Fieberthermometer,
   Fitneßgeräte (Heimtrainer und dergleichen),

   Gesundheitsschuhe,

   Heizkissen, Heizdecken,

   Liegestühle,

   Mundduschen (Water-Pic, Aqua Pic),

   Personenkraftwagen,

   Rheumawäsche,

   Wärmedecken, Wärmeflaschen,

   Zahnbürsten, auch elektrische.

   Außerdem sind die Aufwendungen für die in der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 13. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2237) bezeichneten Hilfsmittel nicht beihilfefähig.

10. Notwendige und angemessene Aufwendungen für andere als die in Nr. 1 aufgeführten und nicht nach Nr. 9 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle können als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese ebenfalls geeignet sind, die Folgen eines regelwidrigen Körperzustandes zu lindern, zu bessern, zu beheben oder zu beseitigen. Betragen die Aufwendungen mehr als 3 000 DM, ist das Einvernehmen des Ministeriums des Innern erforderlich.

11. Aufwendungen für vom Augenarzt schriftlich verordnete Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 Brillen

Als angemessen sind anzusehen
für das Brillengestell = 40 DM,

für Gläser mit Gläserstärken bis ± 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	= 45 DM,
	für das cyl. Glas	= 60 DM,
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	= 120 DM,
	für das cyl. Glas	= 160 DM,
Dreistufen- oder Multifokalgläser: zuzüglich je Glas		= 40 DM.

Höhere Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn sie nachweislich aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Für die Mehrkosten bei Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern gilt ausschließlich Nr. 11.2.

11.2 Brillen mit besonderen Gläsern

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

11.2.1 Kunststoffgläser und Leichtgläser

bei Gläserstärken ab + 6,0/−8,0 dpt., bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr ab ± 5,0 dpt.,

bei Anisometropien ab 3,0 dpt.,

unabhängig von der Gläserstärke

- bei Kindern im Vorschulalter,
- bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Mißbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung gewöhnlicher Gläser ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
- bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

11.2.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser)

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

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

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

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

bei Ciliarneuralgie,

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

bei totaler Farbenblindheit,

bei Albinismus,

bei Pupillotonie,

bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

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

bei Gläsern ab + 10,0 dpt.,

im Rahmen einer Fotochemotherapie.

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

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

11.4 Zweitbrillen

Aufwendungen für Zweitbrillen mit gleicher Gläserstärke (auch als Reservebrille) sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie augenärztlich verordnet sind.

11.5 Ersatzbeschaffung von Brillen

11.5.1 Geht eine Brille verloren oder wird sie nicht wiederverwendbar beschädigt, ist eine Ersatzbeschaffung auch ohne augenärztliche Verordnung beihilfefähig, sofern die Notwendigkeit der Ersatzbeschaffung (Verlust, Beschädigung) schriftlich versichert wird. Dies gilt auch, wenn der Augenoptiker eine Sehschärfenänderung festgestellt hat.

11.5.2 Bei der Beschaffung einer Brille wegen Änderung der Sehschärfe oder Änderung der Kopfform eines Kindes kann grundsätzlich auf die augenärztliche Verordnung verzichtet werden, sofern die zuletzt getragene Brille auf Grund einer augenärztlichen Verordnung beschafft wurde, die nicht länger als drei Jahre zurückliegt.

11.5.3 Eine augenärztliche Verordnung von Mehrstärken-, Dreistufen- oder Multifokalgläsern (Nr. 11.1) sowie Kunststoff-, Leicht- oder Lichtschutzgläsern (Nr. 11.2) ist nicht erforderlich, wenn die verlorengegangene oder nicht wiederverwendbar beschädigte Brille (Nr. 11.5.1) oder die zuletzt getragene Brille (Nr. 11.5.2) bereits augenärztlich verordnete Gläser dieser Art hatte.

11.5.4 Bei von Augenoptikern angepaßten Gläsern sind gesondert berechnete angemessene Kosten für die Sehschärfenbestimmung, das Einschleifen usw. beihilfefähig.

11.6 Kontaktlinsen

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

Myopie ab 8 dpt.,

Hyperopie ab 8 dpt.,

irregulärer Astigmatismus,

regulärer Astigmatismus ab 3 dpt.,

Keratokonus,

Aphakie,

Aniseikonie,

Anisometropie ab 2 dpt.,

psychogene Körperstörungen, sofern eine entsprechende Bescheinigung eines Nervenarztes vorliegt,

als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,

als Occlusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,

als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,

druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

Die Aufwendungen für Kontaktlinsen bei Astigmatismus sind außerdem nur beihilfefähig, wenn mindestens eine um 20 vom Hundert verbesserte Sehschärfe gegenüber einer Brille erzielt wird.

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

11.7 Andere Sehhilfen

Aufwendungen für Sportbrillen von Schulkindern sind beihilfefähig, wenn nach augenärztlicher Verordnung während des schulischen Turnunterrichts eine Sportbrille getragen werden muß.

Läßt sich durch Brillen oder Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, sind die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohrlupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenbrille und dergleichen) beihilfefähig.

Anlage 3
(zu § 8 Abs. 6 HBeihVO)

B = Einzelkurbetrieb
G = gesamtes Gemeindegebiet
K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Heilkurorteverzeichnis

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Aachen	5100	Aachen	Burtscheid und Monheimsallee	Heilbad
Abbach	8403	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Aibling	8202	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	8591	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	3396	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Andernach	5470	Andernach	Bad Tönisstein	Heilkurort
Arolsen	3540	Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	7960	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
Baden-Baden	7570	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	7847	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	7292	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach	Kneippkurort
Balge	3071	Balge	B Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	2985	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bayersoien	8117	Bayersoien	B Kurhaus Bayersoien	Moorkurbetrieb
Bayrischzell	8163	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bellingen	7841	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Bentheim	4444	Bad Bentheim	Bad Bentheim (Gebietsstand 1973)	Heilbad
Berchtesgaden	8240	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	6748	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Berleburg	5920	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	8582	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bertrich	5582	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilkurort
Beuren	7444	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	3118	Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
Biberach	7950	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	8345	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofswiesen	8242	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Blieskastel	6653	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	8733	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenteich	3123	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	7325	Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Boppard	5407	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippkurort Heilkurort
Borkum	2972	Borkum	G	Nordseeheilbad
Bramstedt	2357	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Braunlage	3389	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	5484	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilkurort
Brückenau	8788	Bad Brückenau	G, sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	7952	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-)Heilbad
Bühl	7580	Bühl	Bühlerhöhe	Heilklimatischer Kurort
Bünde	4980	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	2242	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	5475	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilkurort
Burg/Fehmarn	2448	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
Camberg	6277	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	3392	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Cuxhaven	2190	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
Dahme	2435	Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	2335	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	5568	Daun	Daun	Heilkurort, Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	4930	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	6252	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	7342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	7544	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Driburg	3490	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Dürkheim	6702	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilkurort
Dürrheim	7737	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Eberbach	6930	Eberbach	Eberbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Eilsen	3064	Bad Eilsen	G	Heilbad

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Ems	5427	Bad Ems	Bad Ems	Heilkurort und Heilklimatischer Kurort
Emstal	3501	Emstal	Sand	Heilquellen-Kurbetrieb
Endbach	3551	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	8207	Endorf i. OB	Endorf i. OB, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	4782	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Essen	4515	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Fallingbostel	3032	Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	8201	Bad Feilnbach	G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Fischen	8975	Fischen im Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Freudenstadt	7290	Freudenstadt	Freudenstadt	Heilklimatischer Kurort
Friedenweiler	7829	Friedenweiler	G	Kneippkurort
Füssen	8958	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	8397	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
Gaggenau	7560	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	3353	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	8100	Garmisch-Partenkirchen	G – ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gersfeld	6412	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippkurort
Gladenbach	3554	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	2392	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Goslar	3380	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Grasellenbach	6149	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach	8399	Griesbach i. Rottal	Griesbach B Kurmittelhaus Griesbach i. Rottal	Heilbad Heilquellen-kurbetrieb

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Grömitz	2433	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	8944	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, Darast, Egg, Ehwiesmühle, Falken, Gmeinschwenden, Greit, Grönenbach-W-, Herbisried, Hintergsäng, Hueb, Ittelsburg, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schulerloch, Schwenden, Seefeld, Streifen, Thal, Vordergsäng, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippkurort
Großenbrode	2443	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	3395	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
Haffkrug	2409	Haffkrug	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	7452	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	3388	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	8173	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Schönau, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd	Heilbad
Heiligenhafen	2447	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Helgoland	2192	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	6422	Herbstein	K	Heilquellen-Kurbetrieb
Herrenalb	7506	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	6430	Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad
Hille	4955	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	8973	Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	7824	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Höchenschwand	7821	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	5462	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilkurort
Höxter	3470	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Hohwacht	2322	Hohwacht	G	Seeheilbad
Holzminden	3450	Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	6380	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	4934	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
Iburg	4504	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	7972	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
Juist	2983	Juist	G	Nordseeheilbad
Karlshafen	3522	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	3500	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Kellenhusen	2436	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	8730	Bad Kissingen	G	Heilbad
König	6123	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	7744	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	8742	Bad Königshofen i. Grabfeld	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	6240	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kohlgrub	8112	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	8185	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	6550	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilkurort
Krozingen	7812	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	8908	Krumbach (Schwaben)	B Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
Kyllburg	5524	Kyllburg	Kyllburg	Kneippkurort
Laasphe	5928	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	4518	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	5420	Lahnstein	B Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellenkurbetrieb
Langeoog	2941	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lauterberg	3422	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	7825	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenzell	7263	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	6145	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	4792	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	4780	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Ludwigsburg	7140	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Lüneburg	2120	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
Malente	2427	Malente	Malente	Kneippheilbad
Manderscheid	5562	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	5439	Bad Marienberg	Bad Marienberg	Kneippheilbad
Marktschellenberg	8246	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	6990	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	2410	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	7406	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münder	3252	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	6552	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilkurort und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	5358	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	8110	Murnau a. Staffelsee	B Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Nauheim	6350	Bad Nauheim	K	Heilbad
Nenndorf	3052	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neuenahr	5483	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilkurort
Neukirchen	3579	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	8425	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	8740	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	6478	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	6696	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	2279	Norddorf/ Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	2982	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nümbrecht	5223	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
Oberstaufen	8974	Oberstaufen	G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Kneippkurort (Schroththerapie) und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	8980	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Oeynhausen	4970	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	5787	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	6482	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	8942	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	8967	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
Petershagen	4953	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	7605	Bad Peterstal-Griesbach	a) G b) Bad Peterstal	Heilbad Heilbad und Kneippkurort
Plön	2320	Plön	G	Heilbad
Porta Westfalica	4952	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	4994	Preußisch Oldendorf	Holzhausen	Kurmittelgebiet
Prien	8210	Prien a. Chiemsee	G – ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	3280	Bad Pyrmont	K	Heilbad
Radolfzell	7760	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	8243	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	6927	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	8230	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Rengsdorf	5455	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	7624	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	8634	Rodach b. Coburg	B Kurmittelhaus Thermalbad Rodach	Heilquellen-Kurbetrieb
Rothenfelde	4502	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	8183	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
Rottenburg	7407	Rottenburg a. N.	Bad Niedernau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Sachsa	3423	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	7880	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	3202	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	3320	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Salzschlirf	6427	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzuflen	4902	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Sasbachwalden	7595	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	4772	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Scharbeutz	2409	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Scheidegg	8999	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	3284	Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	6229	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	5372	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schluchsee	7826	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	5948	Schmallenberg	Fredeburg	Kneippkurort
Schömberg	7542	Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönberg	2306	Schönberg	Holm	Heilbad
Schönau	8240	Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönborn	7525	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönwald	7741	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	7953	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
Schwäb. Hall	7170	Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schwalbach	6208	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	8959	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	2407	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Siegsdorf	8227	Siegsdorf	B Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	5485	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilkurort
Sobernheim	6553	Sobernheim	Sobernheim	Felkekurort
Soden am Taunus	6232	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	6483	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
Sooden-Allendorf	3437	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	2941	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	3424	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	7822	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	2252	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad Mineralheilbad
Steben	8675	Bad Steben	G	Heilbad
Stuttgart	7000	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Tegernsee	8180	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Teinach-Zavelstein	7264	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Thyrnau	8391	Thyrnau	B Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-kurbetrieb
Timmendorfer Strand	2408	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	7820	Titisee-Neustadt	Titisee	Heilklimatischer Kurort
Todtmoos	7867	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	8170	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
			b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	5580	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilkurort
Travemünde	2407	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Triberg	7740	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
Überkingen	7347	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	7770	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	7432	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
Vallendar	5414	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	2930	Varel	B – Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	6368	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	7730	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	4973	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Waldkirch	7808	Waldkirch	Waldkirch	Kneippkurort
Waldsee	7967	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	2949	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	2946	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	3530	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Weiler-Simmerberg	8999	Weiler-Simmerberg	B Rheuma-Kurbad Weiler-Simmerberg	Mineralquellen-kurbetrieb
Weiskirchen	6619	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	2283	Wenningstedt/ Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	2280	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	3426	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesbaden	6200	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiessee	8182	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	7547	Wildbad	Wildbad	Heilbad

Name ohne „Bad"	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Wildemann	3391	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	3590	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	3542	Willingen (Upland)	a) K	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad
			b) Usseln	Heilklimatischer Kurort
Wimpfen	7107	Bad Wimpfen	Wimpfen am Berg (mit Erbach, Fleckinger Mühle und Höhenhöfe)	(Sole-) Heilbad
Windsheim	8532	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	5788	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/ Amrum	2278	Wittdün/ Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Witzenhausen	3430	Witzenhausen	Ziegenhagen	Kneippkurort
Wörishofen	8939	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wünnenberg	4791	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippkurort
Wurzach	7954	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wyk a. F.	2270	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
Zwesten	3584	Zwesten	K	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	2903	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

Anlage 4
(zu § 14 Abs. 3 Nr. 2 HBeihVO)

Heilkurorteverzeichnis Ausland

Ortsnamen

Abano Therme	(Italien)
Bad Gastein	(Österreich)
Bad Dorfgastein	(Österreich)
Bad Hofgastein	(Österreich)
Ein Boqeq, Sdom am Toten Meer	(Israel)
wenn eine schwere Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Neurodermitis) vorliegt und die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind	
Galzignano	(Italien)
Ischia	(Italien)
Montegrotto	(Italien)

Achte Verordnung zur Änderung der Vergabeverordnung ZVS*)

Vom 6. August 1990

Auf Grund des § 6 Abs. 1 und 4 des Gesetzes zum Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen vom 1. Dezember 1986 (GVBl. I S. 397) wird verordnet:

Artikel 1

Als § 48 a der Vergabeverordnung ZVS vom 19. August 1985 (GVBl. I S. 123), zuletzt geändert durch Verordnung vom 4. Juli 1990 (GVBl. I S. 252), wird eingefügt:

„§ 48 a
Nachfrist für Dienstpflichtige zum Wintersemester 1990/91

Bei Bewerbern, deren Dienstpflicht nach Art. 12 a Abs. 1 oder 2 des Grundgesetzes auf Grund nachträglicher Verkürzung vor dem 1. November 1990 endet und die bis zum 15. Juli 1990 noch keinen gültigen Zulassungsantrag für das Wintersemester 1990/91 bei der Zentralstelle gestellt haben, muß der Zulassungsantrag für das Wintersemester 1990/91 abweichend von § 3 Abs. 1 bis zum 10. August 1990 bei der Zentralstelle eingegangen sein (Ausschlußfrist)."

Artikel 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 15. Juli 1990 in Kraft; sie tritt am 31. März 1991 außer Kraft.

Wiesbaden, den 6. August 1990

Der Hessische Minister
für Wissenschaft und Kunst
Dr. Gerhardt

*) Ändert GVBl. II 70-132

Dritte Verordnung zur Änderung der Vergabeverordnung Hessen*)

Vom 6. August 1990

Auf Grund des § 6 Abs. 4 des Gesetzes zum Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen vom 1. Dezember 1986 (GVBl. I S. 397) wird verordnet:

Artikel 1

Als § 20 a der Vergabeverordnung Hessen vom 8. Juli 1987 (GVBl. I S. 134), zuletzt geändert durch Verordnung vom 12. Dezember 1988 (GVBl. 1989 I S. 5), wird eingefügt:

„§ 20 a
Nachfrist für Dienstpflichtige zum Wintersemester 1990/91

Bei Bewerbern, deren Dienstpflicht nach Art. 12 a Abs. 1 oder 2 des Grundgesetzes auf Grund nachträglicher Verkürzung vor dem 1. November 1990 endet und die bis zum 15. Juli 1990 noch keinen gültigen Zulassungsantrag für das Wintersemester 1990/91 bei der Hochschule gestellt haben, muß der Zulassungsantrag für das Wintersemester 1990/91 abweichend von § 3 Abs. 1 innerhalb einer Ausschlußfrist bis zum 10. August 1990 bei der Hochschule eingegangen sein."

Artikel 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 15. Juli 1990 in Kraft; sie tritt am 31. März 1991 außer Kraft.

Wiesbaden, den 6. August 1990

Der Hessische Minister
für Wissenschaft und Kunst
Dr. Gerhardt

*) Ändert GVBl. II 70-139

Schluß mit dem Suchen!

Haben Sie sich nicht schon oft mehr oder weniger laut bei sich selbst oder bei Ihren Mitarbeitern beklagt, daß Sie ein hessisches Gesetz, eine Verordnung in der falschen Fassung vorgelegt bekommen haben?

In den meisten Fällen müssen aber mehrere Ausgaben vom „Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I", die oft Jahre vorher veröffentlicht worden sind, zusammengesucht werden, um den vollständigen, gültigen Text nach neuestem Stand zu haben. Das

Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen
Teil II

Loseblattsammlung des bereinigten Hessischen Landesrechts
in sechs Ordnern mit rund 5 000 Seiten,
herausgegeben vom Hessischen Minister der Justiz,

enthält alle gültigen Rechtsvorschriften des Landes Hessen, und es enthebt somit den Leser der zeitraubenden Suche in den alten Bänden des „Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Hessen, Teil I", das die Basis des vorliegenden großen Werkes ist.

Eine „Gliederung", das „Stichwortregister" sowie das „Verzeichnis der geltenden landesrechtlichen Vorschriften nach Sachgebieten geordnet", in dem auch außer Kraft getretene Vorschriften aufgeführt sind, erleichtern die Handhabung des nach sachlichen Gesichtspunkten aufgebauten Werkes sehr. Mehrmals im Jahr erscheinen Ergänzungslieferungen im Abonnement.

Als letzte liegt die 103. Ergänzungslieferung vor; sie enthält unter anderem:

- Hessisches Abgeordnetengesetz
- Neufassung der Landeswahlordnung
- Landeswahlgeräteverordnung
- Erlaß über die Stiftung des Hessischen Verdienstordens
- Spielordnung für die öffentlichen Spielbanken in Hessen
- Hessisches Kindergartengesetz
- Hessisches Krankenhausgesetz 1989
- Miethöheverordnung
- Verordnung über die Zuständigkeiten der hessischen Finanzämter
- Hessisches Archivgesetz
- Abfallausfuhrverordnung

Sollten Sie das Werk noch nicht besitzen, schickt Ihnen der Verlag gern genaue Unterlagen.

Verlag Dr. Max Gehlen
Abteilung 20 (3)
Daimlerstraße 12 · Postfach 24 63 · 6380 Bad Homburg v. d. Höhe · Telefon (0 61 72) 2 30 56

Absender: Verlag Dr. Max Gehlen GmbH & Co. KG
Postfach 24 63 · 6380 Bad Homburg v. d. Höhe

Herausgeber: Der Hessische Ministerpräsident — Staatskanzlei, Wiesbaden

Verlag: Verlag Dr. Max Gehlen GmbH & Co. KG, Postfach 24 63, 6380 Bad Homburg v. d. Höhe; Telefon (0 61 72) 2 30 56, Postgiroamt: Frankfurt/M. 228 48-607 (BLZ 500 100 60)

Druck: Taunusbote, Buchdruckerei Dr. Alexander Krebs, 6380 Bad Homburg v. d. Höhe

Bezugsbedingungen: Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Bezugszeit ist das Kalenderjahr. Abbestellungen zum 31. Dezember müssen spätestens am 15. November beim Verlag vorliegen. — Einzelstücke können vom Verlag bezogen werden. — Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen entbinden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträgen und Schadensersatzleistung.

Bezugspreis: Der jährliche Bezugspreis beträgt 70,— DM einschließlich 4,90 DM Mehrwertsteuer. 1645