1 Y 3228 A

ISSN 0342-3557

719

Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Hessen · Teil I

1994	Ausgegeben zu Wiesbaden am 9. Dezember 1994	Nr. 30

Tag	Inhalt	Seite
6. 12. 94	Verordnung über den Tag der Volksabstimmung ..... *GVBl. II 16-34*	719
24. 11. 94	Dritte Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung .. *Ändert GVBl. II 323-66*	720

Verordnung
über den Tag der Volksabstimmung*)

Vom 6. Dezember 1994

Auf Grund des § 2 Satz 2 des Gesetzes über Volksabstimmung in der Fassung vom 2. Januar 1970 (GVBl. I S. 18), zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Oktober 1994 (GVBl. I S. 595), wird verordnet:

§ 1

Als Tag der Abstimmung über das vom Hessischen Landtag am 23. November 1994 beschlossene „Gesetz zur Änderung des Artikels 75 der Verfassung des Landes Hessen (Wählbarkeitsalter)" wird der 19. Februar 1995 bestimmt.

§ 2

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Wiesbaden, den 6. Dezember 1994

Hessische Landesregierung

Der Ministerpräsident
Eichel

Der Minister des Innern
Bökel

*) GVBl. II 16-34

Dritte Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung*)

Vom 24. November 1994

Auf Grund des § 92 Abs. 2 Satz 2 und 3 und des § 215 Abs. 1 des Hessischen Beamtengesetzes in der Fassung vom 11. Januar 1989 (GVBl. I S. 26), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Dezember 1993 (GVBl. I S. 729), wird verordnet:

Artikel 1

Die Hessische Beihilfenverordnung in der Fassung vom 11. Juli 1990 (GVBl. I S. 427, 439), zuletzt geändert durch Verordnung vom 25. Mai 1993 (GVBl. I S. 183), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

   a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

      aa) Nr. 3 erhält folgende Fassung:

      „3. Witwen, Witwer und Waisen der in Nr. 1 und 2 bezeichneten Personen,".

      bb) Nr. 4 erhält folgende Fassung:

      „4. Angestellte und Arbeiter sowie Personen in einem Ausbildungsverhältnis, auf die nach einer für sie geltenden tarifvertraglichen Regelung für die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen die bei dem Arbeitgeber jeweils geltenden Bestimmungen angewendet werden. Nichtvollbeschäftigte erhalten von der errechneten Beihilfe den Teil, der dem Verhältnis entspricht, in dem die regelmäßige Arbeitszeit eines entsprechenden Vollbeschäftigten zu der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit steht."

      cc) Nr. 5 und 6 werden gestrichen.

   b) In Abs. 2 Satz 3 werden die Worte „bis 6" gestrichen.

   c) Abs. 4 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nr. 3 werden die Buchstabenunterteilung a und Buchst. b gestrichen sowie die Worte „9. März 1992 (BGBl. I S. 410), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. März 1993 (BGBl. I S. 342)" durch die Worte „21. September 1994 (BGBl. I S. 2646)" ersetzt.

      bb) Nr. 4 bis 6 werden gestrichen.

      cc) Die bisherige Nr. 7 wird Nr. 4 und erhält folgende Fassung:

      „4. Personen, denen Leistungen zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen aus einer Mitgliedschaft im Europäischen Parlament, im Deutschen Bundestag, im Hessischen Landtag oder in der gesetzgebenden Körperschaft eines anderen Landes zustehen."

   d) In Abs. 5 werden die Worte „27. April 1993 (BGBl. I S. 512)" durch die Worte „29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890)" ersetzt.

2. Nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden das Komma durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Worte angefügt:

   „es werden auch Kinder berücksichtigt, für die allein wegen der Höhe der Einkünfte aus Erwerbstätigkeit vorübergehend der Anspruch auf Kindergeld für nicht mehr als vier Monate zusammenhängend entfällt,".

3. In § 4 Abs. 4 werden die Verweisung „§ 2 Abs. 4 Nr. 7" durch die Verweisung „§ 2 Abs. 4 Nr. 4" und die Worte „§ 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)," durch die Worte „§ 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Bezüge der Mitglieder der Landesregierung vom 27. Juli 1993 (GVBl. I S. 339)" ersetzt.

4. § 5 wird wie folgt geändert:

   a) In Abs. 1 Satz 4 werden die Worte „jeweils geändert durch Gesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266)" durch die Worte „jeweils zuletzt geändert durch Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750)" ersetzt.

   b) In Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 werden die Worte „21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2094)" durch die Worte „29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890)" ersetzt.

   c) Abs. 6 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nr. 2 werden das Wort „sowie" durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Behandlung" folgende Worte angefügt: „sowie nach § 34 des Fünf-

*) Ändert GVBl. II 323-66

ten Buches Sozialgesetzbuch von der Krankenversorgung gesetzlicher Krankenkassen ausgeschlossene Arzneimittel;".

bb) In Nr. 3 Satz 1 wird das Wort „Kalenderjahr" durch die Worte „vorletzten Kalenderjahr" ersetzt.

cc) In Nr. 3 Satz 2 werden die Worte „und für Europaangelegenheiten" gestrichen.

dd) Der Punkt nach der Nr. 8 wird durch einen Strichpunkt ersetzt.

ee) Als Nr. 9 wird angefügt:

„9. Abschläge für Verwaltungskosten und unterbleibende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistungen als Abschlag."

5. § 6 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1 erhält folgende Fassung:

„1. ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden;".

b) Nr. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 bis 4 erhalten folgende Fassung:

„die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nr. 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages von 5 Deutsche Mark für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; der Betrag nach Satz 1 ist vom Festbetrag abzuziehen. Der Betrag nach Satz 1 ist nicht abzuziehen bei Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie bei Aufwendungen wegen Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung. Dasselbe gilt für Empfänger von Versorgungsbezügen und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn die Versorgungsbezüge bei Antragstellung 2 100 Deutsche Mark monatlich nicht übersteigen."

bb) Der bisherige Satz 3 wird Satz 5.

c) In Nr. 4 werden die Worte „Anlage 2" durch die Worte „Anlage 3" ersetzt.

d) Nr. 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„stationäre, teilstationäre und vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), und zwar

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§§ 2 Abs. 2, 10 BPflV),

b) Wahlleistungen,

aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 Abs. 3 BPflV),

bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 Abs. 4 BPflV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich 30 Deutsche Mark täglich,

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

e) In Nr. 10 Buchst. a wird jeweils die Zahl „25" durch die Zahl „50" ersetzt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 werden die Worte „bis 6" gestrichen.

b) In Abs. 3 Nr. 1 werden die Worte „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)," durch die Worte „des § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c des Hessischen Umzugskostengesetzes vom 26. Oktober 1993 (GVBl. I S. 464)" ersetzt.

c) In Abs. 6 werden die Worte „im Heilkurorteverzeichnis (Anlage 3) enthaltenen Kurort durchgeführt wird" durch die Worte „Heilkurort durchgeführt wird, der in dem vom Ministerium des Innern bekanntgegebenen Heilkurorteverzeichnis enthalten ist" ersetzt.

7. § 14 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

„2. der Heilkurort in dem vom Ministerium des Innern bekanntgegebenen Heilkurorteverzeichnis aufgeführt ist und".

8. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

„dies gilt auch für Kinder, die allein wegen der Höhe der Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigungsfähig sind."

bb) In Satz 7 werden die Worte „Satz 2" durch die Worte „Satz 3" ersetzt.

b) Abs. 2 Nr. 2 Buchst. d erhält folgende Fassung:

„d) Beitragszuschüsse der Rentenversicherungsträger von mindestens 100 Deutsche Mark oder von mindestens der Hälfte des zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrags erhalten,".

c) Abs. 5 wird wie folgt geändert:

aa) Als Satz 2 wird eingefügt:

„Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt."

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

9. In § 17 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 werden die Worte „und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Dienststellen" gestrichen.

10. In § 20 werden die Worte „und für Europaangelegenheiten" gestrichen.

11. Als neue Anlage 2 wird eingefügt:

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

Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen

1. Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen sind nach folgenden Maßgaben beihilfefähig.
2. Aufwendungen nach den Abschnitten C Nr. 214 bis 217 und Nr. 220 bis 224, F, G (ausgenommen Aufwendungen für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben), H, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind nur beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 4 bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr ununterbrochen dem öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 7 des Bundesbesoldungsgesetzes) angehören.
3. Bei einer Behandlung nach den Abschnitten C Nr. 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandene Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen sind zu zwei Dritteln, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramik zur Hälfte beihilfefähig.
4. Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn
   - die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
   - ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.
5. Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:
   - Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien) nicht nur unbedeutender Art,
   - Zahnbetterkrankungen – Parodontopathien –,
   - umfangreiche Gebißsanierung, d. h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlußbißstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,

- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

Außerdem ist der erhobene Befund nach Blatt 3 des nach Nr. 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatts zu belegen.

6. Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
   - Einzelzahnimplantat,
   - Freiendsattel-Implantat, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
   - Fixierung von Totalprothesen.

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

7.1 Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden, ausgenommen Verblendungen im Seitenzahnbereich,

7.2 große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet; werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig,

7.3 mehr als zwei Verbindungselemente, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen für mehr als drei Verbindungselemente, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen,

7.4 Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten wie für Charakterisierung.

8. Bei dem Cerec-Verfahren Inlay sind neben den angemessenen Gebühren für die zahnärztliche Leistung die Material- und Laborkosten bis zu der Höhe zu berücksichtigen, in der sie bei Goldinlays beihilfefähig wären.

9. Bei gesetzlich Versicherten gilt bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen der nach § 30 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf 60 vom Hundert erhöhte Zuschuß als gewährte Leistung und ist in dieser Höhe nach § 5 Abs. 3 Satz 1 voll auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen."

12. Die bisherige Anlage 2 (zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 HBeihVO) wird Anlage 3.

13. Die neue Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) In Nr. 10 Satz 2 werden die Worte „und für Europaangelegenheiten" gestrichen.

b) Die Nr. 11 erhält folgende Fassung:

„11. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

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

Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers, auch wenn bei der erneuten Beschaffung andersartige Gläser oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 25 DM je Sehhilfe beihilfefähig.

11.2 Brillen

Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

- für die Brillenfassung 40 DM,
- für vergütete (entspiegelte) Gläser mit Gläserstärken bis +/– 6 Dioptrien (dpt):
  Einstärkengläser:
  für das sphärische Glas 60 DM,
  für das cylindrische Glas 80 DM,
  Mehrstärkengläser:
  für das sphärische Glas 140 DM,
  für das cylindrische Glas 180 DM,
- bei Gläserstärken über +/– 6 dpt:
  zuzüglich
  je Glas 40 DM,
- Dreistufen- oder Multifokalgläser
  zuzüglich
  je Glas 40 DM,
- Gläser mit prismatischer Wirkung
  zuzüglich
  je Glas 40 DM.

11.3 Brillen mit besonderen Gläsern

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

11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 40 DM

- bei Gläserstärken ab +/– 6,0 dpt,
- bei Anisometropien ab 2,0 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
  a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
  b) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Mißbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz bestmöglicher Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
  c) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

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

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, 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. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliarneuralgie,
- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- bei Albinismus,
- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
  a) bei Gläsern ab + 10,0 dpt,
  b) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
  c) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

11.4 Kontaktlinsen

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

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

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

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

11.5 Andere Sehhilfen

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

Läßt sich durch Brillen oder Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, sind die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Lesellineale, Fernrohrbrille, Fernrohrlupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. ä.) beihilfefähig.

11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe – ggf. nur der Gläser – notwendig ist, weil

- sich die Refraktion geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

11.7 Die Aufwendungen für

- Zweitbrillen, ausgenommen in den Fällen der Nr. 11.4.2
- Bildschirmbrillen
- Brillenversicherungen
- Einmalkontaktlinsen
- Etuis

sind nicht beihilfefähig."

14. Die bisherigen Anlagen 3 und 4 werden gestrichen.

Artikel 2

1. Auf vor dem 1. Januar 1995 entstandene Aufwendungen ist das bisherige Recht anzuwenden. Für bis zu diesem Zeitpunkt entstandene Aufwendungen für den Ehegatten ist bei Anwendung des § 5 Abs. 6 Nr. 3 Satz 1 die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung maßgebende Einkunftsgrenze im Kalenderjahr vor der Antragstellung zugrunde zu legen, sofern dies für den Beihilfeberechtigten günstiger ist.
2. Eine nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 entfallende Beihilfeberechtigung bleibt unter Berücksichtigung des dortigen Satzes 2 für die Dauer des zu einem hessischen Arbeitgeber fortbestehenden Arbeitsverhältnisses, längstens bis zum 31. Dezember 1996, bestehen.

Artikel 3

Die Hessische Beihilfenverordnung wird in der vom 1. Januar 1995 an geltenden, aus der Anlage ersichtlichen Fassung bekanntgemacht.

Anlage

Artikel 4

Es treten in Kraft:

1. Art. 1 Nr. 2 mit Wirkung vom 1. Januar 1994,
2. Art. 1 Nr. 1 Buchst. a Doppelbuchst. bb Satz 2, soweit er Angestellte und Arbeiter sowie Personen in einem Ausbildungsverhältnis nach § 2 Abs. 4 Nr. 3 Buchst. b und Nr. 4 bis 6 in der am 31. Dezember 1994 geltenden Fassung betrifft, mit Wirkung vom 1. September 1994,
3. Art. 1 Nr. 1 Buchst. a Doppelbuchst. bb Satz 2, soweit er teilzeitbeschäftigte Angestellte und Arbeiter sowie Personen in einem Ausbildungsverhältnis betrifft, die bisher einen vollen Beihilfeanspruch hatten, am 1. April 1995,
4. die übrigen Vorschriften am 1. Januar 1995.

Wiesbaden, den 24. November 1994

Hessische Landesregierung

Der Ministerpräsident
Eichel

Der Minister des Innern
Bökel

Anlage

Hessische Beihilfenverordnung (HBeihVO) in der Fassung vom 24. November 1994

§ 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, Witwer und Waisen der in Nr. 1 und 2 bezeichneten Personen,
4. Angestellte und Arbeiter sowie Personen in einem Ausbildungsverhältnis, auf die nach einer für sie geltenden tarifvertraglichen Regelung für die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen die bei dem Arbeitgeber jeweils geltenden Bestimmungen angewendet werden. Nichtvollbeschäftigte erhalten von der errechneten Beihilfe den Teil, der dem Verhältnis entspricht, in dem die regelmäßige Arbeitszeit eines entsprechenden Vollbeschäftigten zu der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit steht.

(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 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, 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. September 1994 (BGBl. I S. 2646) beschäftigt sind, deren regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
4. Personen, denen Leistungen zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen aus einer Mitgliedschaft im Europäischen Parlament, im Deutschen Bundestag, im Hessischen Landtag oder in der gesetzgebenden Körperschaft 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 Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890), übersteigen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,

2. die im Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten; es werden auch Kinder berücksichtigt, für die allein wegen der Höhe der Einkünfte aus Erwerbstätigkeit vorübergehend der Anspruch auf Kindergeld für nicht mehr als vier Monate zusammenhängend entfällt,
3. Halbwaisen im Sinne von § 2 Abs. 4 Nr. 2.

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. 4 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 § 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Bezüge der Mitglieder der Landesregierung vom 27. Juli 1993 (GVBl. I S. 339), 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), jeweils zuletzt geändert durch Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), 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) Besteht Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, sind die danach gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. 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- und Verbandmittel 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 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 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890), 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 § 240 Abs. 3a 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, wenn ein Sozialhilfeträger Ersatz seiner Aufwendungen verlangt. 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, nicht von der Krankenkasse nach § 29 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ersetzte Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung sowie nach § 34 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Krankenversorgung gesetzlicher Krankenkassen ausgeschlossene Arzneimittel;
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 vorletzten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 35000 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; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser 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;
9. Abschläge für Verwaltungskosten und unterbleibende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistungen als Abschlag.

(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 sowie Leistungen eines Heilpraktikers. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden; Anlage 1 Anlage 2
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nr. 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages von 5 Deutsche Mark für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; der Betrag nach Satz 1 ist vom Festbetrag abzuziehen. Der Betrag nach Satz 1 ist nicht abzuziehen bei Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie bei Aufwendungen wegen Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung. Dasselbe gilt für Empfänger von Versorgungsbezügen und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn die Versorgungsbezüge bei Antragstellung 2100 Deutsche Mark monatlich nicht übersteigen. 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 3;

Anlage 3

5. Erste Hilfe;

6. stationäre, teilstationäre und vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), und zwar

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§§ 2 Abs. 2, 10 BPflV),

b) Wahlleistungen,

aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 Abs. 3 BPflV),

bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 Abs. 4 BPflV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich 30 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 vollbeschäftigte Berufspflegekraft. Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen 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 eine der in Satz 2 bezeichneten Personen 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;

8. eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 11 Deutsche Mark stündlich, höchstens 66 Deutsche Mark täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nr. 6, § 9) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, daß diese Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt in

besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. 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 einer der in Nr. 7 Satz 2 bezeichneten Personen 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 Verordnung vom 20. März 1992 (GVBl. I S. 129), 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 50 Deutsche Mark täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 50 Deutsche Mark täglich beihilfefähig. Diese Vorschrift findet bei einer Heilkur oder kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
    b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 10 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 Satz 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. Die Anerkennung erlischt, wenn die Sanatoriumsbehandlung nicht innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheids begonnen wird.

(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 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 § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c des Hessischen Umzugskostengesetzes vom 26. Oktober 1993 (GVBl. I S. 464) ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Die Anerkennung erlischt, wenn die Heilkur nicht innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheids begonnen wird.

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

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen 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 Heilkurort durchgeführt wird, der in dem vom Ministerium des Innern bekanntgegebenen Heilkurorteverzeichnis enthalten ist; die Unterkunft muß sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

§ 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 und den Entbindungspfleger,
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 Heilkurort in dem vom Ministerium des Innern bekanntgegebenen Heilkurorteverzeichnis aufgeführt ist und
3. die sonstigen Voraussetzungen des § 8 vorliegen.

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; dies gilt auch für Kinder, die allein wegen der Höhe der Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigungsfähig sind. 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 3 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 35 000 Deutsche Mark überstieg,
2. wenn berücksichtigungsfähige Angehörige, mit Ausnahme der beim Ehegatten familienversicherten Kinder,
   a) auf Grund einer Beschäftigung, Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit 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 der Rentenversicherungsträger 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 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Satz 1 findet keine Anwendung in den Fällen des § 9.

(6) Bei einer vollstationären 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 Bemessungssatz 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 § 240 Abs. 3a 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 ausschließlich nach § 240 Abs. 3a 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 Satz 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 Satz 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. Sind diese Personen Erben von Beihilfeberechtigten, erhalten sie Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind. Die Beihilfe darf zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

§ 17
Verfahren

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

(2) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 500 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,
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, § 14 Abs. 2 Nr. 2 und der Anlage 1 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 Beihilfen nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, 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. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 18
Übergangs- und Schlußvorschriften

(1) 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 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2317), 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.

§ 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.

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

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. Zeigt sich bei der Therapie, daß das Behandlungsziel innerhalb 80 Stunden nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 20 Stunden anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nr. 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die

Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme des vertrauensärztlichen Gutachters,

- bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, daß das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nr. 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters,
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 90 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend 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. Zeigt sich bei der Therapie, daß das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahlen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nr. 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

3.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" oder „Psychoanalyse" durchgeführt werden. Dieser muß den Nachweis erbringen, daß er während seiner Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat. Der Arzt kann einen Diplompsychologen zur Behandlung hinzuziehen, der eine mindestens dreijährige abgeschlossene Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie an einem anerkannten Ausbildungsinstitut hat oder von gesetzlichen Krankenkassen bei der

Verhaltenstherapie zur Delegation zugelassen ist. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe eigenverantwortlich und selbständig tätig. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den 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 beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnungen „Allgemeinmedizin" (auch praktischer Arzt), „Augenheilkunde", „Frauenheilkunde und Geburtshilfe", „Haut- und Geschlechtskrankheiten", „Innere Medizin", „Kinderheilkunde", „Kinder- und Jugendpsychiatrie", „Neurologie", „Pädaudiologie", „Phoniatrie", „Psychiatrie" 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. 1 HBeihVO)

Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen

1. Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen sind nach folgenden Maßgaben beihilfefähig.

2. Aufwendungen nach den Abschnitten C Nr. 214 bis 217 und Nr. 220 bis 224, F, G (ausgenommen Aufwendungen für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben), H, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind nur beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 4 bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr ununterbrochen dem öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 7 des Bundesbesoldungsgesetzes) angehören.

3. Bei einer Behandlung nach den Abschnitten C Nr. 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandene Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen sind zu zwei Dritteln, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramik zur Hälfte beihilfefähig.

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

5. Aufwendungen für funktinsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:
   - Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien) nicht nur unbedeutender Art,
   - Zahnbetterkrankungen — Parodontopathien —,
   - umfangreiche Gebißsanierung, d. h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlußbißstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
   - umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

   Außerdem ist der erhobene Befund nach Blatt 3 des nach Nr. 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatts zu belegen.

6. Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
   - Einzelzahnimplantat,
   - Freiendsattel-Implantat, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
   - Fixierung von Totalprothesen.

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

7.1 Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden, ausgenommen Verblendungen im Seitenzahnbereich,

7.2 große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet; werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig,

7.3 mehr als zwei Verbindungselemente, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen für mehr als drei Verbindungselemente, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen,

7.4 Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten wie für Charakterisierung.

8. Bei dem 'Cerec-Verfahren Inlay sind neben den angemessenen Gebühren für die zahnärztliche Leistung die Material- und Laborkosten bis zu der Höhe zu berücksichtigen, in der sie bei Goldinlays beihilfefähig wären.

9. Bei gesetzlich Versicherten gilt bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen der nach § 30 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf 60 vom Hundert erhöhte Zuschuß als gewährte Leistung und ist in dieser Höhe nach § 5 Abs. 3 Satz 1 voll auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen.

Anlage 3
(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,
Krampfaderbinden,
Krankenfahrstühle,
Krankenheber,
Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),
Krücken,

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 Jahre 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. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

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

Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers, auch wenn bei der erneuten Beschaffung andersartige Gläser oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 25 DM je Sehhilfe beihilfefähig.

11.2 Brillen

Aufwendungen für Brillen sind — einschließlich Handwerksleistung — bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

- für die Brillenfassung 40 DM,
- für vergütete (entspiegelte) Gläser mit Gläserstärken bis +/− 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sphärische Glas	60 DM,
	für das cylindrische Glas	80 DM,
Mehrstärkengläser:	für das sphärische Glas	140 DM,
	für das cylindrische Glas	180 DM,

- bei Gläserstärken über +/− 6 dpt: zuzüglich je Glas 40 DM,
- Dreistufen oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 40 DM,
- Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 40 DM.

11.3 Brillen mit besonderen Gläsern

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

11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 40 DM

- bei Gläserstärken ab +/− 6,0 dpt,
- bei Anisometropien ab 2,0 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
  a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
  b) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Mißbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz bestmöglicher Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
  c) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

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

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, 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. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliarneuralgie,
- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- bei Albinismus,

- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
  a) bei Gläsern ab + 10,0 dpt,
  b) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
  c) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

11.4 Kontaktlinsen

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

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

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

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

11.5 Andere Sehhilfen

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

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, Prismenlupenbrille u. ä.) beihilfefähig.

11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre — bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre — vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe — ggf. nur der Gläser — notwendig ist, weil

- sich die Refraktion geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

11.7 Die Aufwendungen für

- Zweitbrillen, ausgenommen in den Fällen der Nr. 11.4.2
- Bildschirmbrillen
- Brillenversicherungen
- Einmalkontaktlinsen
- Etuis

sind nicht beihilfefähig.

12. Blindenhilfsmittel

Die Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung in deren Gebrauch sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

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

12.2 Aufwendungen für ein ambulant durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung

- Stundensatz von höchstens 50 DM für die Unterweisung bis zu 60 Stunden einschließlich des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hinaus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 20 Stunden,
- Ersatz der notwendigen Fahrkosten für Fahrten des Trainers in Höhe von 52 Pfennig je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
- Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 50 DM täglich.

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

12.3 Aufwendungen für ein stationär durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung

- Fahrkosten für die An- und Abreise nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- Kursgebühr entsprechend Nr. 12.2,
- Kosten der Unterkunft nach § 6 Abs. 1 Nr. 10 Buchst. a.

Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, können die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung der Nr. 12.2 anerkannt werden.

12.4 Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Nr. 12.2 und 12.3.

12.5 Die Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden, ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

12.6 Die Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Moblilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

Bitte unbedingt beachten!

Ab 1995 wird das **Gesetz- und Verordnungsblatt** für das Land Hessen Teil I und Teil II **nicht** mehr beim Verlag Dr. Max Gehlen erscheinen, sondern beim

A. Bernecker Verlag GmbH
Unter dem Schöneberg 1
34212 Melsungen
Telefon (0 56 61) 7 31-0, Fax (0 56 61) 7 31 70

Bestellungen **ab dem 15. Dezember** sind daher grundsätzlich nur noch an den A. Bernecker Verlag zu richten, das betrifft auch Nachbestellungen von Gesetzen und Verordnungen aus bereits vorliegenden Gesetz- und Verordnungsblättern.

Verlag Dr. Max Gehlen GmbH & Co. KG

Daimlerstraße 12 · 61343 Bad Homburg v. d. Höhe · Telefon (0 61 72) 18 04-1 48

Herausgeber: Hessische Staatskanzlei, Wiesbaden

Verlag: Verlag Dr. Max Gehlen GmbH & Co. KG,
61343 Bad Homburg v. d. Höhe; Telefon (0 61 72) 18 04-148,
Telefax (0 61 72) 2 30 55;
Hausadresse: Daimlerstr. 12, 61352 Bad Homburg v. d. Höhe
Postbank Frankfurt/M. (BLZ 500 100 60) 228 48-607

Druck: Taunusbote, Buchdruckerei Dr. Alexander Krebs,
61343 Bad Homburg v. d. Höhe

Abo-Verwaltung: RZS-Abonnentenverwaltung GmbH,
Postfach 100, 35538 Wetzlar, Fernruf (0 64 41) 8 04 14, Telefax 8 04 37

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

Einbanddecken können nur direkt bezogen werden von: Buchbinderei Rudolf Eggensberger, Akazienweg 22, 67346 Speyer (Rhein), Telefon (0 62 32) 3 29 72, Fax (0 62 32) 4 06 72.

Bezugspreis: Der jährliche Bezugspreis beträgt 70,00 DM einschließlich 4,90 DM Mehrwertsteuer.

Einzelstücke dieser Ausgabe können vom Verlag zum Preis von 11,20 DM einschl. Mehrwertsteuer zuzüglich Versandkosten bezogen werden.

Absender: Verlag Dr. Max Gehlen GmbH & Co. KG
61343 Bad Homburg v. d. Höhe

ACHTUNG • ACHTUNG • ACHTUNG • ACHTUNG • ACHTUNG

Ab dem 1. Januar 1995 erscheint das „Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen" bei einem anderen Verlag.

Der Preis für das Jahresabonnement beträgt 91,00 DM.

☐ Ja, ich möchte das „Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I" für mindestens ein Jahr weiterbeziehen.

Name, Vorname _____

Straße _____

Plz, Ort _____

Datum, Unterschrift _____

Die Bestellung kann innerhalb 10 Tagen beim A. Bernecker Verlag GmbH, Unter dem Schöneberg 1, 34212 Melsungen, widerrufen werden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Unterschrift _____

ACHTUNG • ACHTUNG • ACHTUNG • ACHTUNG • ACHTUNG