

# Gesetz- und Verordnungsblatt

für das Land Hessen · Teil I

---

2001	Ausgegeben zu Wiesbaden am 11. Dezember 2001	Nr. 27
------	--	--------

---

Tag	Inhalt	Seite
5. 12. 01	Siebente Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung.... <i>Ändert GVBl. II 323-66</i>	482
13. 11. 01	Verordnung über die Dienst- und Reisekostenentschädigung für ehrenamtliche Feuerwehrangehörige, die ständig zu besonderen Dienstleistungen herangezogen werden ..... <i>GVBl. II 321-47</i>	517

---

## Siebente Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfenverordnung\*)

Vom 5. Dezember 2001

Aufgrund des § 92 Abs. 2 Satz 2 und 3 des Hessischen Beamtengesetzes in der Fassung vom 11. Januar 1989 (GVBl. I S. 26), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. April 2001 (GVBl. I S. 170), wird verordnet:

### Artikel 1

Die Hessische Beihilfenverordnung in der Fassung vom 24. November 1994 (GVBl. I S. 726, 1995 I S. 20), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. April 2001 (GVBl. I S. 170), wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 5 wird aufgehoben.
2. Dem § 4 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:  
„Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung ist die anteilige Beihilfengewährung nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 Satz 3.“
3. § 5 wird wie folgt geändert:
  - a) Abs. 1 Satz 3 und 4 erhält folgende Fassung:  
„Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen bestimmt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 211), geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), und der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), sowie nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert durch Verordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721), in der jeweils geltenden Fassung. Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, sind ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Gebühren nur bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens angemessen.“
  - b) In Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 wird die Angabe „Gesetz vom 17. Juni 1998 (BGBl. I S. 1362)“ durch die Angabe „Gesetz vom 13. September 2001 (BGBl. I S. 2376)“ ersetzt.
  - c) Abs. 4 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden nach den Worten „Geldleistungen der

sozialen Pflegeversicherung“ ein Komma und die Worte „ausgenommen solche nach § 43 Abs. 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962),“ gestrichen.

4. § 6 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nr. 1 Satz 1 werden die Worte „ärztliche und zahnärztliche Leistungen“ durch die Worte „ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen“ ersetzt.
- b) Nr. 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 wird die Angabe „9 Deutsche Mark“ durch die Angabe „4,50 Euro“ ersetzt.
  - bb) In Satz 3 wird die Angabe „2200 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1125 Euro“ ersetzt.
- c) In Nr. 6 Satz 1 werden die Angabe „Gesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853)“ durch die Angabe „Gesetz vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702)“ und die Angabe „30 Deutsche Mark“ durch die Angabe „16 Euro“ ersetzt.
- d) In Nr. 8 Satz 1 werden die Angabe „11 Deutsche Mark“ durch die Angabe „6 Euro“ und die Angabe „66 Deutsche Mark“ durch die Angabe „36 Euro“ ersetzt.
- e) Nr. 9 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Worte „ärztlicher oder zahnärztlicher Leistungen“ durch die Worte „ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungen“ ersetzt.
  - bb) In Satz 4 wird die Angabe „Verordnung vom 20. März 1992 (GVBl. I S. 129)“ durch die Angabe „Verordnung vom 4. Oktober 2001 (GVBl. I S. 446)“ ersetzt.
  - cc) In Satz 5 wird die Angabe „20 Deutsche Mark“ durch die Angabe „10 Euro“ ersetzt.
- f) In Nr. 10 Buchst. a wird die Angabe „50 Deutsche Mark“ jeweils durch die Angabe „26 Euro“ ersetzt.
- g) In Nr. 10 Buchst. b werden das Wort „Behinderten“ durch die Worte „behinderten Menschen“ und die Angabe „10 Deutsche Mark“ durch die Angabe „5 Euro“ ersetzt.

\*) Ändert GVBl. II 323-66

5. In § 7 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 wird das Wort „Schwerbehinderten“ durch die Worte „schwerbehinderten Menschen“ ersetzt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 2 Nr. 2 werden die Angabe „30 Deutsche Mark“ durch die Angabe „16 Euro“ und die Angabe „25 Deutsche Mark“ durch die Angabe „13 Euro“ sowie das Wort „Schwerbehinderten“ durch die Worte „schwerbehinderten Menschen“ ersetzt.

b) In Abs. 4 Nr. 4 werden nach dem Wort „Dienstverhältnis“ die Worte „oder bei Altersteilzeit oder Freistellung aufgrund von Teilzeitarbeitbeschäftigung die Dienstverrichtung“ eingefügt.

7. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „750 DM“ durch die Angabe „384 EUR“, die Angabe „1 800 DM“ durch die Angabe „921 EUR“ und die Angabe „2 800 DM“ durch die Angabe „1 432 EUR“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „2 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 432 Euro“ ersetzt.

b) In Abs. 4 Satz 1 werden die Angabe „400 DM“ durch die Angabe „205 EUR“, die Angabe „800 DM“ durch die Angabe „410 EUR“ und die Angabe „1 300 DM“ durch die Angabe „665 EUR“ ersetzt.

c) Abs. 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Nr. 2 Buchst. a Satz 1 werden die Angabe „1 000 Deutsche Mark“ durch die Angabe „511 Euro“ und die Angabe „750 Deutsche Mark“ durch die Angabe „383 Euro“ ersetzt.

bb) In Nr. 5 Satz 1 wird das Wort „Behinderter“ durch die Worte „behinderter Menschen“ ersetzt.

8. § 10 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Als neue Nr. 2 wird eingefügt:

„2. bei Kindern und Jugendlichen für eine einmalige Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten zwölften und dem vollendeten fünfzehnten Lebensjahr.“

b) Die bisherigen Nr. 2 und 3 werden Nr. 3 und 4.

9. § 13 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Angabe „1 300 Deutsche Mark“ durch die

Angabe „665 Euro“ und die Angabe „850 Deutsche Mark“ durch die Angabe „435 Euro“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Angabe „2 000 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 000 Euro“, die Angabe „650 Deutsche Mark“ durch die Angabe „333 Euro“, die Angabe „425 Deutsche Mark“ durch die Angabe „218 Euro“ und die Angabe „4 000 Deutsche Mark“ durch die Angabe „2 000 Euro“ ersetzt.

10. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 2 Nr. 2 Buchst. d wird die Angabe „100 Deutsche Mark“ durch die Angabe „52 Euro“ ersetzt.

b) In Abs. 6 Satz 1 wird das Wort „vollstationären“ durch das Wort „stationären“ ersetzt.

c) In Abs. 7 Satz 2 wird die Angabe „40 Deutsche Mark“ durch die Angabe „21 Euro“ ersetzt.

d) Abs. 8 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung Zuschüsse aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses zustehen, ermäßigt sich vorbehaltlich des Satzes 2 der Bemessungssatz um 50 vom Hundert für ihre Aufwendungen.“

bb) In Satz 2 wird die Angabe „80 Deutsche Mark“ durch die Angabe „41 Euro“ ersetzt.

e) Abs. 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Nr. 1 wird das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt.

bb) Nr. 2 wird gestrichen.

cc) Die bisherige Nr. 3 wird Nr. 2.

11. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „500 Deutsche Mark“ durch die Angabe „250 Euro“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „50 Deutsche Mark“ durch die Angabe „25 Euro“ ersetzt.

b) Abs. 7 erhält folgende Fassung:

„(7) Abschlagszahlungen sollen angemessen sein und die später zu gewährende Beihilfe nicht übersteigen.“

c) Abs. 8 erhält folgende Fassung:

„(8) Die volle Eurobeträge übersteigende Beihilfe ist auf volle fünfzig Cent abzurunden.“

12. In § 18 Abs. 2 wird die Angabe „Gesetz vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2317)“ durch die Angabe „Gesetz vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1887)“ ersetzt.

13. Die Anlage 1 wird wie folgt gefasst:

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

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen  
und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

1. Allgemeines
  - 1.1 Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nr. 2 bis 4 beihilfefähig.  
Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.
  - 1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.
  - 1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach Nr. 2, 3 oder 4 schließen sich aus.
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
    - die vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
    - 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 aufgrund einer vertrauensärztlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.
 Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nr. 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.
  - 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, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
    - seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
    - seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
    - seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
    - seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.
  - 2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur bis zu folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:

- 2.3.1 Bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder 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 der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nr. 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,
- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder 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 noch 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 Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,
- 2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. 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 Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,
- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. 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 Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,
- 2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind bzw. den Jugendlichen abzuziehen.
- 2.4.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ können nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nr. 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nr. 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

- 2.4.2.1 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) können Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für welche sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie).
- 2.4.2.2 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, müssen sie
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) erbringen, für welche sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nr. 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

- 2.4.3.1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes können Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie).
- 2.4.3.2 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, müssen sie
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nr. 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

- 2.4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung der ärztliche Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

### 3. Verhaltenstherapie

- 3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nr. 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und

- nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund einer vertrauensärztlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder 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 aufgrund einer vertrauensärztlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

### 3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

### 3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur bis zu folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:

3.3.1 Bei Einzelbehandlung von Erwachsenen 40 Sitzungen, von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen,

3.3.2 bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten 40 Sitzungen. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nr. 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme.

3.4.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen oder -therapeuten durchgeführt, müssen diese Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

3.4.2.1 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes können Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren haben.

3.4.2.2 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, müssen sie

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder

- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

3.4.3 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung der ärztliche Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

#### 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, 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 die Behandlungsdauer 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.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nr. 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene ärztliche Leistungen beihilfefähig.

4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktische Ärztin oder praktischer Arzt), Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Urologie durchgeführt wird.

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von Ärztinnen oder Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten erbracht wird, soweit diese über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügen.

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. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

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

Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig."



14. Die Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Bei einer Behandlung nach den Abschnitten C Nr. 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandene Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik, vgl. Nr. 7.4 – sind zu 60 vom Hundert beihilfefähig.“

b) Nr. 8 wird aufgehoben.

c) Die bisherigen Nr. 9 und 10 werden Nr. 8 und 9.

d) Nr. 9 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Material- und Laborkosten, die auf die Sätze der gesetzlichen Krankenversicherung umgerechnet sind oder zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen erbringt, sowie Edelmetallkosten sind in voller Höhe zu berücksichtigen. Aufwendungen, für die eine Umrechnung nicht vorgelegt wird, sind nur zu 75 vom Hundert zu berücksichtigen.“

15. Die Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „vom Arzt“ durch das Wort „ärztlich“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Beatmungsgeräte“ die Worte „(auch als Überwachungsgeräte bei Schlafapnoe, wie Sleep-Easy-Geräte und C.P.A.P.-Geräte)“ angefügt, das Wort „Schwerstbehinderte“ durch die Worte „schwerstbehinderte Menschen“ und bei den Hilfsmitteln „orthopädische Maßschuhe“ und „Schaumstoff-Therapie-Schuhe“ jeweils die Angabe „90 DM“ durch die Angabe „50 EUR“ ersetzt.

b) In Nr. 6 Satz 1 wird die Angabe „200 DM“ durch die Angabe „100 EUR“ ersetzt.

c) In Nr. 8 Satz 1 wird die Angabe „1000 DM“ durch die Angabe „512 EUR“ ersetzt.

d) Nr. 9 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können.“

bb) In Satz 2 werden vor dem Wort „Bandscheibenmatratzen“ das

Wort „Anti-Allergie-Bettbezüge“ und ein Komma eingefügt.

cc) In Satz 3 werden nach der Angabe „(BGBI. I S. 2237)“ ein Komma und die Worte „geändert durch Verordnung vom 17. Januar 1995 (BGBI. I S. 44),“ eingefügt.

e) Nr. 10 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „können als beihilfefähig anerkannt werden“ durch die Worte „sind beihilfefähig“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

f) In Nr. 11.1 Satz 3 wird die Angabe „25 DM“ durch die Angabe „13 EUR“ ersetzt.

g) In Nr. 11.2 werden die folgenden Angaben jeweils durch folgende Angaben ersetzt:

„60 DM“ durch „31 EUR“,

„80 DM“ durch „41 EUR“,

„140 DM“ durch „72 EUR“,

„180 DM“ durch „92 EUR“,

„40 DM“ jeweils durch „21 EUR“.

h) In Nr. 11.3.1 wird die Angabe „40 DM“ durch die Angabe „21 EUR“ ersetzt.

i) In Nr. 11.3.2 wird die Angabe „20 DM“ durch die Angabe „11 EUR“ ersetzt.

j) In Nr. 11.4.1 wird die Angabe „– regulärer Astigmatismus ab 3 dpt“ durch die Angaben „– Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt“ und „– Astigmatismus obliquus ab 2 dpt“ ersetzt.

k) Als Nr. 11.4.2 bis 11.4.4 werden eingefügt:

„11.4.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen der Nr. 11.4.1 sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:

- Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt jährlich) nachweisbar ist,
- Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
- Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,

- Ektropium,
  - Entropium,
  - Symblepharon,
  - Lidschlussinsuffizienz.
- 11.4.3 Sofern eine der Indikationen der Nr. 11.4.1, nicht jedoch nach Nr. 11.4.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 EUR (sphärisch) und 230 EUR (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 11.4.4 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig."
- l) Die bisherige Nr. 11.4.2 wird Nr. 11.4.5.
- m) Nr. 11.5 Satz 1 erhält folgende Fassung:
- „Müssen Schulkinder während des Schulsports Sportbrillen tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:
- für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach Nr. 11.2 und 11.3. Die Voraussetzungen der Nr. 11.3.1 entfallen.
  - für eine Brillenfassung bis zu 52 EUR."
- n) In Nr. 11.6 wird die Angabe „– ggf. nur der Gläser –“ gestrichen.
- o) In Nr. 11.7 wird die Angabe „– Einmalkontaktlinsen“ gestrichen.
- p) Nr. 12.2 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe „50 DM“ wird jeweils durch die Angabe „47 EUR“ ersetzt.
- bb) Die Angabe „52 Pfennig“ wird durch die Angabe „0,30 EUR“ ersetzt.
- q) In Nr. 12.3 Satz 2 werden das Wort „können“ durch das Wort „sind“

und die Worte „anerkannt werden“ durch das Wort „anerken-nungsfähig“ ersetzt.

- r) In Nr. 13 werden die folgenden Angaben jeweils durch folgende Angaben ersetzt:

„994 DM“ durch „509 EUR“,  
 „1 064 DM“ durch „545 EUR“,  
 „1 393 DM“ durch „713 EUR“,  
 „868 DM“ durch „444 EUR“,  
 „1 652 DM“ durch „845 EUR“,  
 „91 DM“ durch „47 EUR“,  
 „14 DM“ durch „8 EUR“.

#### Artikel 2

Für in der Zeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2000 entstandene Aufwendungen ist, soweit dies für die Betroffenen günstiger ist, Art. 1 Nr. 11 hinsichtlich der beruflichen Qualifikation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fällen anzuwenden, in denen über fristgerechte Beihilfeanträge noch nicht abschließend entschieden worden ist.

#### Artikel 3

Die Hessische Beihilfenverordnung wird in der vom 1. Januar 2002 an geltenden, aus der Anlage ersichtlichen Fas-sung bekannt gemacht.

**Anlage**

#### Artikel 4

Es treten in Kraft:

1. Art. 1 Nr. 10 Buchst. d Doppelbuchst. aa mit Wirkung vom 1. August 1999,
2. Art. 1 Nr. 3 Buchst. a, soweit die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betreffend, mit Wirkung vom 24. Juni 2000,
3. die übrigen Vorschriften am 1. Januar 2002.

Wiesbaden, den 5. Dezember 2001

Hessische Landesregierung

Der Ministerpräsident

Koch

Der Minister des Innern  
und für Sport

Bouffier

Anlage

**Hessische Beihilfenverordnung (HBeihVO)**  
**in der Fassung vom ??. Dezember 2001**

§ 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 oder nicht strafbare 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 der §§ 23a und 187a 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 Arbeitsverhältnis, die nach der Übergangsvorschrift des § 18 Abs. 4 über den 30. April 2001 hinaus beihilfeberechtigt bleiben. Keine Beihilfeberechtigung besteht hinsichtlich der Aufwendungen nach § 9. 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 Arbeitsverhältnisses; 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 mit Ausnahme von Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, 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. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
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.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,
2. die im Familienzuschlag, Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten,
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 aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

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

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

(3) Eine Beihilfeberechtigung aufgrund 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 das Bundeseisenbahnvermögen 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), geändert durch Gesetz vom 19. November 1998 (GVBl. I S. 491), gleich.

(5) Als Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gilt eine Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung ist die anteilige Beihilfegewährung nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 Satz 3.

(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 Vertrau-

ensärzten, einholen. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen bestimmt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 211), geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), und der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), sowie nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert durch Verordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721), in der jeweils geltenden Fassung. Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, sind ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Gebühren nur bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens 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, Geldleistung oder Kostenerstattung aufgrund 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 aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses, insbesondere nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; dies gilt auch für Perso-

nen, 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. 22), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. September 2001 (BGBl. I S. 2376), 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, und in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Personen 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 und die Geldleistungen der sozialen Pflegeversicherung, ausgenommen solche nach § 43 Abs. 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, 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 Beamte, Richter, Praktikanten im Sinne der §§ 23a und 187a des Hessischen Beamtengesetzes und Versorgungsempfänger sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige hinsichtlich der Leistungen der Krankenversicherung und für Personen, denen nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte zustehen.

(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, vermindert um gesetzliche Zuzahlungen, 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 zu beachten. Bei einer stationären Krankenhausbehandlung gelten die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchst. a) als Sachleistungen. Dies gilt auch bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen. Als Sachleistungen gelten nicht Leistungen nach § 30 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, an denen sich Versicherte nach § 30 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu beteiligen haben, sowie Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung auftragsgemäß für andere Leistungsträger oder im Rahmen der Dienstunfallfürsorge erbringt. Sachleistungen sind auch zu berücksichtigen, wenn die zugrunde liegende Leistung nicht oder nur begrenzt beihilfefähig ist.

(6) Nicht beihilfefähig sind

1. Sachleistungen aufgrund von Rechtsvorschriften; dies gilt nicht, wenn ein Sozialhilfeträger Ersatz seiner Aufwendungen verlangt. Als Sachleistung gelten auch 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 (ausgenommen nach § 30 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), 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 Fas-

sung) des Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32a Abs. 1 Nr. 1 des Einkommensteuergesetzes übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). In besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, kann die Gewährung von Beihilfen zugelassen werden; die Belastung mit Beiträgen für die Krankenversicherung ist kein besonderer Ausnahmefall;

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 aufgrund von § 191 des Hessischen Beamtengesetzes unentgeltliche Heilfürsorge zusteht, sowie Aufwendungen für Personen mit Anspruch auf truppenärztliche Versorgung während Wehrübungen;
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 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, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden;
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nr. 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages von 4,50 Euro 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 Aufwendungen von
  - a) Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
  - b) Empfängern von Versorgungsbezügen und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn die Versorgungsbezüge bei Antragstellung 1125 Euro monatlich nicht übersteigen,
  - c) Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Nr. 2 erhalten,
  - d) Schwangeren bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.

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,

Anlage 1  
Anlage 2

- 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 allgemein bildende 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;
5. Erste Hilfe;
6. stationäre, teilstationäre und vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702), und zwar
- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§§ 2 Abs. 2, 10 BPfIV),
- b) Wahlleistungen,
- aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 Abs. 3 BPfIV),
- bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 Abs. 4 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich 16 Euro 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 vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Die Aufwendungen für eine Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne, Schwägerinnen, Schwäger, Schwiegereltern und Geschwister der Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen nach Satz 1 und 2 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum Bundesangestelltentarifvertrag;
8. eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6 Euro stündlich, höchstens 36 Euro 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 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, 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 3 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 allein stehende Beihilfeberechtigte;
9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer 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 4. Oktober 2001 (GVBl. I S. 446), genannte Betrag beihilfefähig. Fahrkosten sind nur insoweit beihilfefähig, als sie den Betrag von 10 Euro je einfache Fahrt übersteigen.

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 26 Euro täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 Euro 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 Menschen dient, bis zur Höhe von 5 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7;
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 Aus-

fall 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 für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig. Für Begleitpersonen eines schwerbehinderten Menschen 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 Erfolg versprechende 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 drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden



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

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

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für 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 dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16 Euro täglich, für Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13 Euro 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), geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 1998 (GVBl. I S. 562), 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 angehört und beihilfeberechtigt war,
2. wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei 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 oder bei Altersteilzeit oder Freistellung aufgrund von Teilzeitbeschäftigung die Dienstverrichtung 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 für das Beihilferecht zuständigen Ministerium bekannt gegebenen Heilkurortverzeichnis enthalten ist; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgelunden sein.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder sta-

tionäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig.

(2) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mindestens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(3) Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte, die den Anforderungen des § 36 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genügen, sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. der Stufe I bis zu 384 EUR,
2. der Stufe II bis zu 921 EUR,
3. der Stufe III bis zu 1 432 EUR

monatlich beihilfefähig. Aufgrund besonderen Pflegebedarfs entstehende höhere Pflegekosten sind unter Berücksichtigung eines angemessenen Selbstbehalts insgesamt bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag beihilfefähig. Bei Kurzzeitpflege (§ 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind die Pflegeaufwendungen bis zu 1 432 Euro beihilfefähig.

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

1. in Stufe I 205 EUR,
2. in Stufe II 410 EUR,
3. in Stufe III 665 EUR.

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(5) Wird die Pflege teilweise durch erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte oder teilstationär (Abs. 3), im Übrigen durch andere geeignete Personen (Abs. 4) erbracht, wird die Beihilfe nach Abs. 4 anteilig gewährt.

(6) Für Personen, denen nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte zustehen, wird zu den Pflegekosten in den Fällen

des Abs. 3 Satz 1 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt. Daneben ist Abs. 3 Satz 2 anwendbar.

(7) Bei vollstationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) gilt Folgendes:

1. Die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in Betracht kommenden pflegebedingten Aufwendungen sind beihilfefähig. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Abs. 6 Satz 1 entsprechend.

2. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen folgende Eigenanteile:

a) bei Beihilfeberechtigten mit

aa) einem Angehörigen 40 vom Hundert,

bb) mehreren Angehörigen 35 vom Hundert

des um 511 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 383 Euro – verminderten Einkommens,

b) bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

Einkommen sind die Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und veränderlichen Bezügebestandteile) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten und dessen Arbeitseinkommen. Angehörige im Sinne des Satz 1 sind der Ehegatte sowie die Kinder, die nach § 3 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.

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

4. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten sind bei vorübergehender vollstationärer Pflege nicht beihilfefähig.

5. Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund stehen (§ 71 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), sind in Höhe der nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch von der Pflege-

versicherung anerkannten Aufwendungen beihilfefähig. Abs. 6 Satz 1 gilt entsprechend.

(8) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

§ 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 Kindern und Jugendlichen für eine einmalige Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten zwölften und dem vollendeten fünfzehnten Lebensjahr,
3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Aufwendungen für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. 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 beihilfefähig.

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

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

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

(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.

(3) Aus Anlass eines nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs sind die in Abs. 2 genannten Aufwendungen beihilfefähig mit Ausnahme der ärztlichen Aufwendungen für die Vornahme des Abbruchs und die Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf einschließlich der mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehenden Sachkosten. Bei voll- und teilstationärer Vornahme des Abbruchs sind die in § 6 Abs. 1 Nr. 6 genannten Aufwendungen nicht beihilfefähig für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

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 die pauschalen Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Pflege in einem Geburtshaus,
5. 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 3 gilt entsprechend,
6. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.

§ 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 665 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 435 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von insgesamt mindestens 1 000 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333 Euro, beim Tod eines Kindes 218 Euro; stehen solche Ansprüche von insgesamt mindestens 2 000 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt. Sterbe- und Bestattungsgelder aufgrund von Schadenersatzansprüchen werden nicht berücksichtigt, wenn die Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes auf den Dienstherrn übergehen. Bestattungsgeld nach den §§ 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 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 im Heilkurortverzeichnis (§ 8 Abs. 6) 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 allein stehende Beihilfeberechtigte 50 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen. Dieser Bemessungssatz erhöht sich vorbehaltlich der Abs. 2 und 3 für verheiratete Beihilfeberechtigte auf 55 vom Hundert. Für jedes Kind, das nach § 3 zu berücksichtigen ist, erhöht sich der Bemessungssatz nach Satz 1 oder 2 um je 5 vom Hundert, höchstens jedoch auf 70 vom Hundert. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, bei dem das Kind tatsächlich im Familienzuschlag, 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 aufgrund einer eigenen Beschäftigung selbst bei-

hilfeberechtigt 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 vorletzten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32a Abs. 1 Nr. 1 EStG überstieg,
2. wenn berücksichtigungsfähige Angehörige, mit Ausnahme der beim Ehegatten familienversicherten Kinder,
  - a) aufgrund 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 aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen erhalten,
  - d) Beitragszuschüsse der Rentenversicherungsträger zu einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung von mindestens 52 Euro monatlich 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 aufgrund 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 stationären Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6, § 11 Abs. 2, § 14) 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 Leistungen der Krankenversicherung 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 21 Euro 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 aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses zustehen, ermäßigt sich vorbehaltlich des Satzes 2 der Bemessungssatz um 50 vom Hundert für ihre Aufwendungen. Bei Beihilfeberechtigten, die als Versorgungsempfänger aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses zu ihrem Beitrag für eine private Krankenversicherung einen Zuschuss erhalten, sowie bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses aufgrund 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 41 Euro monatlich beträgt. Bei Anwendung des Satz 2 bleiben Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie auf diese Beiträge entfallende Zuschüsse außer Betracht.

(9) Der Bemessungssatz kann erhöht werden,

1. wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind oder
2. in besonderen Ausnahmefällen bei Anlegung eines strengen Maßstabes; in den Fällen des § 9 scheidet eine Erhöhung des Bemessungssatzes aus.

(10) Abweichend von Abs. 1, 2, 4 und 5 beträgt der Bemessungssatz zu Aufwendungen nach § 9 einschließlich der bei vollstationärer Pflege beihilfefähigen Aufwendungen für die Behandlungspflege für

1. Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer 50 vom Hundert,
2. Empfänger von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtig sind 70 vom Hundert,
3. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 vom Hundert,
4. berücksichtigungsfähige Kinder und Waisen, die als solche beihilfeberechtig sind 80 vom Hundert.

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

#### § 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 für das Beihilferecht zuständigen Ministerium herausgegebenen Formblätter zu verwenden.

(2) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 250 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, wird abweichend von Satz 1 eine Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen 25 Euro 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.

(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) Abschlagszahlungen sollen angemessen sein und die später zu gewährenden Beihilfe nicht übersteigen.

(8) Die volle Eurobeträge übersteigende Beihilfe ist auf volle fünfzig Cent 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 § 9 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, 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 gnadeweise zugewilligte Unterhaltsbeiträge.

(2) Für Beihilfeberechtigte, die im Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens 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 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1887), 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.

(4) Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 in der bis zum 30. April 2001 geltenden Fassung beihilfeberechtigten Personen bleiben nach den Vorschriften dieser Verordnung in der jeweiligen Fassung beihilfeberechtigt, solange das Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis über diesen Zeitpunkt hinaus ununterbrochen fortbesteht. Dies gilt auch für Fälle, in denen am 30. April 2001 eine Beihilfeberechtigung wegen des Bezugs einer Rente auf Zeit oder wegen einer Beurlaubung ohne Vergütung oder Lohn nicht bestand. Wird im unmittelbaren Anschluss an ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis nach Satz 1 ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu einem Arbeitgeber mit Dienstherrnmöglichkeit im Geltungsbereich des Hessischen Beamtengesetzes begründet, bleibt die Beihilfeberechtigung erhalten.

#### § 19

##### Aufhebung des bisherigen Rechts (vollzogen)

#### § 20

##### Verwaltungsvorschriften

Das für das Beihilferecht zuständige Ministerium erlässt die zur Durchführung dieser Verordnung erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

#### § 21<sup>1)</sup>

##### In-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt am 1. August 1988 in Kraft.

#### § 22

Diese Verordnung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2006 außer Kraft.

<sup>1)</sup> Diese Vorschrift betrifft das In-Kraft-Treten der Verordnung in der Fassung vom 5. Mai 1988.

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen  
und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

1. Allgemeines
  - 1.1 Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nr. 2 bis 4 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.
  - 1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.
  - 1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach Nr. 2, 3 oder 4 schließen sich aus.
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
    - die vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
    - 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 aufgrund einer vertrauensärztlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nr. 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.
  - 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, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
    - seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
    - seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
    - seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
    - seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.
  - 2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur bis zu folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:
    - 2.3.1 Bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder 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 in-



nerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nr. 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,

- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder 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 noch 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 Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,
- 2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. 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 Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,
- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nr. 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. 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 Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme,
- 2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind bzw. den Jugendlichen abzuziehen.
- 2.4.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ können nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nr. 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nr. 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- 2.4.2.1 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) können Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für welche sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie).

2.4.2.2 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, müssen sie

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) erbringen, für welche sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nr. 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

2.4.3.1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes können Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie).

2.4.3.2 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, müssen sie

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nr. 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

2.4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung der ärztliche Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

### 3. Verhaltenstherapie

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

- die vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund einer vertrauensärztlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder 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 aufgrund einer vertrauensärztlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

- 3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:
- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
  - vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
  - Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
  - seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
  - seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
  - seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
  - seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.
- 3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur bis zu folgenden Stundenzahlen beihilfefähig:
- 3.3.1 Bei Einzelbehandlung von Erwachsenen 40 Sitzungen, von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen,
- 3.3.2 bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten 40 Sitzungen. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nr. 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine vertrauensärztliche Stellungnahme.
- 3.4.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen oder -therapeuten durchgeführt, müssen diese Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 3.4.2.1 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes können Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren haben.
- 3.4.2.2 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, müssen sie
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.4.3 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und

Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, durch eine entsprechende Bescheinigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung der ärztliche Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht worden (Konsiliarbericht).

#### 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, 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 die Behandlungsdauer 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.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nr. 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene ärztliche Leistungen beihilfefähig.

- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktische Ärztin oder praktischer Arzt), Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Urologie durchgeführt wird.

- 4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von Ärztinnen oder Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten erbracht wird, soweit diese über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügen.

- 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. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

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

Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

**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. 6 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 Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik, vgl. Nr. 7.4 – sind zu 60 vom Hundert 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),
  - Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),
  - umfangreiche Gebissanierung, 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 einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:
  - Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
  - Frendlücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
  - Fixierung einer Totalprothese.Aufwendungen für mehr als zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnlücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig; Aufwendungen für mehr als vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.
7. Nicht beihilfefähig sind die
  - 7.1 Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden, ausgenommen Verblendungen im Seitenzahnggebiet,
  - 7.2 Mehraufwendungen für große Brücken, soweit mit diesen mehr als vier fehlende Zähne je Kiefer oder mehr als drei fehlende Zähne je Seitenzahnggebiet ersetzt werden; werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im Einzelnen nicht mehr als drei oder vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig,

- 7.3 Mehraufwendungen für mehr als zwei Verbindungselemente, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen für mehr als drei Verbindungselemente, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen,
- 7.4 Aufwendungen für Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten wie für Charakterisierung.
8. Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten sind bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen 65 vom Hundert als gewährte Leistung anzurechnen.
9. Angemessene Material- und Laborkosten sind auch bei der Behandlung durch privatliquidierende Zahnärzte die für gesetzlich krankenversicherte Personen berechenbaren Aufwendungen. Material- und Laborkosten, die auf die Sätze der gesetzlichen Krankenversicherung umgerechnet sind oder zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen erbringt, sowie Edelmetallkosten sind in voller Höhe zu berücksichtigen. Aufwendungen, für die eine Umrechnung nicht vorgelegt wird, sind nur zu 75 vom Hundert zu berücksichtigen.

**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 ärztlich schriftlich verordnet sind. Es sind dies beispielsweise:
  - Absauggeräte (z. B. bei Kehlkopferkrankung),
  - Beatmungsgeräte (auch als Überwachungsgeräte bei Schlafapnoe, wie Sleep-Easy-Geräte und C.P.A.P.-Geräte),
  - 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 sonstigen Zubehörs,
  - Hilfsgeräte für schwerstbehinderte Menschen (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 50 EUR je Schuh übersteigen,
  - Pflegebetten,
  - Polarimeter,
  - Reflektometer,
  - Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 50 EUR 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 Anschaf-

fungskosten 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 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 100 EUR 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 512 EUR beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstehender 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, die im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können. Hierzu gehören als Gebrauchsgüter des täglichen Lebens z. B. auch  
Anti-Allergie-Bettbezüge,  
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), geändert durch Verordnung vom 17. Januar 1995 (BGBl. I S. 44), 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 sind beihilfefähig, wenn diese



ebenfalls geeignet sind, die Folgen eines regelwidrigen Körperzustandes zu lindern, zu bessern, zu beheben oder zu beseitigen.

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 13 EUR je Sehhilfe beihilfefähig.

11.2 Brillen

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

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

Einstärkengläser:	für das sphärische Glas	31 EUR,
	für das cylindrische Glas	41 EUR,
Mehrstärkengläser:	für das sphärische Glas	72 EUR,
	für das cylindrische Glas	92 EUR,
- bei Gläserstärken über +/- 6 dpt zuzüglich je Glas 21 EUR,
- Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 21 EUR,
- Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21 EUR.

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 21 EUR

- bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- bei Anisometropien ab 2 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
  - a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
  - b) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz 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 11 EUR

- 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 Augenschnitte, 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 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,
- Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
- Astigmatismus obliquus ab 2 dpt,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab 2 dpt,
- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

11.4.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen der Nr. 11.4.1 sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:

- Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt jährlich) nachweisbar ist,
- Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
- Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- Ektropium,
- Entropium,
- Symblepharon,
- Lidschlussinsuffizienz.

11.4.3 Sofern eine der Indikationen der Nr. 11.4.1, nicht jedoch nach Nr. 11.4.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 EUR (sphärisch) und 230 EUR (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

11.4.4 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

11.4.5 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 Sportbrillen tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistungen – in folgendem Umfang beihilfefähig:

- für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach Nr. 11.2 und 11.3. Die Voraussetzungen der Nr. 11.3.1 entfallen.
- eine Brillenfassung bis zu 52 EUR.

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

## 11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender 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 notwendig ist, weil

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

## 11.7 Die Aufwendungen für

- Zweitbrillen, ausgenommen in den Fällen der Nr.11.4.5
- Bildschirmbrillen
- Brillenversicherungen
- Etais

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 47 EUR 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 0,30 EUR 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 47 EUR 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, sind die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung der Nr. 12.2 anererkennungsfähig.

## 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 Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

## 13. Für Hörgeräte gelten folgende Höchstbeträge:

- |   |          |
|---|----------|
| – einkanalige HdO- und IO-Geräte  | 509 EUR, |
| – einkanalige HdO- und IO-Geräte mit automatisch regelnden Kompressionssystemen (AGC) | 545 EUR, |
| – mehrkanalige HdO- und IO-Geräte   | 713 EUR, |
| – Taschengерäte   | 444 EUR, |

- Knochenleitungshörbügel, monaural 845 EUR,
- Ohrpassstücke 47 EUR,
- Zuschlag bei weichem Material für Ohrpassstücke 8 EUR.

Diese Höchstbeträge vermindern sich um 20 vom Hundert für das zweite Hörgerät oder für den zweiten Knochenleitungshörbügel bei beidohriger (binauraler) Versorgung.

Die Art der Hörgeräte ergibt sich aus der Verordnung des Arztes.

**Verordnung  
über die Dienst- und Reisekostenentschädigung  
für ehrenamtliche Feuerwehrangehörige, die ständig zu besonderen  
Dienstleistungen herangezogen werden\*)**

Vom 13. November 2001

Aufgrund des § 69 Nr. 2 des Hessischen Gesetzes über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz vom 17. Dezember 1998 (GVBl. I S. 530) wird verordnet:

§ 1

Anspruch auf Dienstentschädigung

(1) Ehrenamtliche Wehrführerinnen und Wehrführer, Gemeindebrandinspektorinnen und Gemeindebrandinspektoren, Stadtbrandinspektorinnen und Stadtbrandinspektoren, Kreisbrandmeisterinnen und Kreisbrandmeister, Kreisjugendfeuerwehrwartinnen und Kreisjugendfeuerwehrwarte, Kreisbrandinspektorinnen und Kreisbrandinspektoren sowie ehrenamtliche Leiterinnen und Leiter der Gemeinde- und Stadtjugendfeuerwehren erhalten eine Dienstentschädigung. Sie wird von Beginn des Kalendermonats an gewährt, in dem das Amt angetreten worden ist.

(2) Nimmt eine feuerwehrangehörige Person gleichzeitig mehrere der in Anlage 1 oder in Anlage 2 Nr. 1 genannten Funktionen wahr, so wird Dienstentschädigung innerhalb der jeweiligen Anlage jeweils nur für eine Funktion gewährt. Die Höhe der Dienstentschädigung richtet sich dabei nach der Funktion mit dem jeweils höchsten Entschädigungssatz.

(3) Der Anspruch auf Dienstentschädigung endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die oder der Berechtigte aus ihrem oder seinem Amt ausscheidet.

§ 2

Höhe der Dienstentschädigung

(1) Die Höhe der Dienstentschädigung für ehrenamtliche Wehrführerinnen und Wehrführer, Gemeindebrandinspektorinnen und Gemeindebrandinspektoren sowie Stadtbrandinspektorinnen und Stadtbrandinspektoren bestimmt sich nach Anlage 1. Die Leiterin oder der Leiter einer Gemeinde- oder Stadtjugendfeuerwehr (Gemeinde- oder Stadtjugendfeuerwehrwart) erhält eine Dienstentschädigung in Höhe von 50 vom Hundert nach Satz 1. Dies gilt entsprechend für die Jugendfeuerwehrwartin und den Jugendfeuerwehrwart von Ortsteilen. Die Höhe der Dienstentschädigung für ehrenamtliche Kreisbrandinspektorinnen und Kreisbrandinspektoren, ehrenamtliche Kreisbrandmeisterinnen und Kreisbrandmeister sowie Kreisjugendfeuerwehrwartinnen und Kreisjugendfeuerwehrwarte bestimmt sich nach Anlage 2 Nr. 1.

(2) Durch die Dienstentschädigung sind die Aufwendungen abgegolten, die

mit dem Amt verbunden sind, insbesondere auch die Aufwendungen für die gelegentliche Inanspruchnahme privater Räume zu dienstlichen Zwecken.

(3) Notwendige bare Auslagen für die büromäßige Erledigung der laufenden Dienstgeschäfte sowie die Kosten der Dienstreisen werden mit der Dienstentschädigung nicht abgegolten.

(4) Die Dienstentschädigung ist im Voraus jeweils zu Beginn des Kalendermonats zu zahlen.

§ 3

Ruhe der Dienstentschädigung

(1) Die Dienstentschädigung ruht, wenn das Amt ununterbrochen länger als zwei Kalendermonate nicht ausgeübt wird, für die über zwei Kalendermonate hinausgehende Zeit.

(2) Bei Wiederaufnahme der Amtstätigkeit nach Ablauf der zwei Kalendermonate gilt hinsichtlich der Zahlung der Dienstentschädigung § 1 Abs. 1 Satz 2 entsprechend.

§ 4

Reisekostenentschädigung

(1) Ehrenamtliche Kreisbrandinspektorinnen und Kreisbrandinspektoren, Kreisbrandmeisterinnen und Kreisbrandmeister, Kreisjugendfeuerwehrwartinnen und Kreisjugendfeuerwehrwarte erhalten eine monatliche pauschale Reisekostenentschädigung, deren Höhe sich nach Anlage 2 Nr. 2 bestimmt. § 1 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 sind entsprechend anzuwenden.

(2) Nimmt eine feuerwehrangehörige Person gleichzeitig mehrere der in Anlage 2 Nr. 2 genannten Funktionen wahr, so wird Reisekostenentschädigung nur für eine Funktion gewährt. Die Höhe der Reisekostenentschädigung richtet sich dabei nach der Funktion mit der höchstdotierten Reisekostenpauschale.

(3) Die Reisekostenentschädigung ist nachträglich jeweils am Ende des Kalendermonats fällig. Ist die oder der Berechtigte mehr als zehn, aber weniger als zwanzig Kalendertage beurlaubt oder krankgemeldet gewesen, so wird nur die halbe Reisekostenpauschale gezahlt. Im Übrigen entfällt die Zahlung für den laufenden Kalendermonat.

(4) Mit der Reisekostenpauschale sind die Tage- und Übernachtungsgelder für Dienstreisen innerhalb des Kreisgebietes abgegolten. Sonstige Reisekosten werden nach den für die Beamtinnen und Beamten des Landes geltenden Vorschriften erstattet.

Anlage 1 + 2

\*) GVBl. II 321-47

§ 5

Entschädigungsleistungen für Vertreter

(1) Die Vertreterinnen und Vertreter der Wehrführerin oder des Wehrführers, der Gemeindebrandinspektorin oder des Gemeindebrandinspektors und der Stadtbrandinspektorin oder des Stadtbrandinspektors haben Anspruch auf 50 vom Hundert der Dienstentschädigung nach § 2 Abs. 1 Satz 1.

(2) Die Vertreterin und der Vertreter der Kreisbrandinspektorin oder des Kreisbrandinspektors hat Anspruch auf Dienstentschädigung nach Anlage 2 Nr. 1.

(3) Nimmt eine Vertreterin oder ein Vertreter die Vertretung ununterbrochen länger als zwei Kalendermonate wahr, hat sie oder er ab dem dritten Kalendermonat für den weiteren Zeitraum ihrer oder seiner Vertretung Anspruch auf Zahlung der vollen Dienstentschädigung nach den Anlagen 1 und 2.

§ 6

Dienstentschädigung für besondere Dienste

Werden Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr für einen Zeitraum zu Dienstleistungen herangezogen, die erheblich über die zeitliche Inanspruchnahme des

üblichen allgemeinen Dienstes in der Freiwilligen Feuerwehr hinausgehen, hat die Gemeinde eine Dienstentschädigung zu zahlen, deren Höhe sie bestimmt. Die Dienstentschädigung ist im Voraus jeweils zu Beginn des Kalendermonats zu zahlen. § 1 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 sowie § 3 sind entsprechend anzuwenden.

§ 7

Aufhebung bisherigen Rechts

Die Verordnung über die Dienstaufwands- und Reisekostenentschädigung der Wehrführerinnen und Wehrführer, Ortsbrandmeisterinnen und Ortsbrandmeister, Stadtbrandinspektorinnen und Stadtbrandinspektoren, Kreisbrandmeisterinnen und Kreisbrandmeister, Kreisjugendfeuerwehrwartinnen und Kreisjugendfeuerwehrwarte und Kreisbrandinspektorinnen und Kreisbrandinspektoren vom 12. Januar 1994 (GVBl. I S. 59)<sup>1)</sup> wird aufgehoben.

§ 8

In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 2001 in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2006 außer Kraft.

Wiesbaden, den 13. November 2001

Der Hessische Minister des Innern und für Sport

Bouffier

<sup>1)</sup> Hebt auf GVBl. II 321-42

Anlage 1

Dienstentschädigungen für ehrenamtliche Wehrführerinnen und Wehrführer, Gemeindebrandinspektorinnen und Gemeindebrandinspektoren sowie Stadtbrandinspektorinnen und Stadtbrandinspektoren

ab 1. Oktober 2001

Einwohnerzahl der Gemeinde bzw. des Orts- oder Stadtteils	Dienstentschädigung monatlich	
	DM bis 31. Dezember 2001	EUR ab 1. Januar 2002
bis 1 000	78,23	40,00
von 1 001 bis 3 000	117,35	60,00
von 3 001 bis 6 000	136,91	70,00
von 6 001 bis 10 000	185,80	95,00
von 10 001 bis 15 000	244,48	125,00
von 15 001 bis 20 000	283,60	145,00
von 20 001 bis 35 000	312,93	160,00
von 35 001 bis 50 000	361,83	185,00
über 50 000	400,95	205,00

**Anlage 2**

**Dienstentschädigungen und Reisekostenpauschalen für ehrenamtliche Kreisbrandinspektorinnen und Kreisbrandinspektoren, Kreisjugendfeuerwehrwartinnen und Kreisjugendfeuerwehrwarte sowie Kreisbrandmeisterinnen und Kreisbrandmeister**

**ab 1. Oktober 2001**

**1. Monatliche Dienstentschädigung**

Kreisbrandinspektorin oder Kreisbrandinspektor	801,89 DM	410,00 EUR
Kreisbrandmeisterin oder Kreisbrandmeister als Vertreterin oder Vertreter der Kreisbrandinspektorin oder des Kreisbrandinspektors	400,95 DM	205,00 EUR
Kreisbrandmeisterin oder Kreisbrandmeister, Kreisjugendfeuerwehrwartin oder Kreisjugendfeuerwehrwart	195,58 DM	100,00 EUR

**2. Monatliche Reisekostenpauschale**

Landkreise der Gruppe – nach Anhang –	Kreisbrandinspektorin oder Kreisbrandinspektor	Kreisbrandmeisterin oder Kreisbrandmeister als Vertreterin oder Vertreter der Kreisbrandinspektorin oder des Kreisbrandinspektors	Kreisbrandmeisterin oder Kreisbrandmeister, Kreisjugendfeuerwehrwartin oder Kreisjugendfeuerwehrwart
<b>A</b>	371,61 DM 190,00 EUR	205,36 DM 105,00 EUR	88,01 DM 45,00 EUR
<b>B</b>	440,06 DM 225,00 EUR	234,70 DM 120,00 EUR	97,79 DM 50,00 EUR
<b>C</b>	508,52 DM 260,00 EUR	273,82 DM 140,00 EUR	127,13 DM 65,00 EUR

**Anmerkung:** Die DM-Beträge gelten bis 31. Dezember 2001, die in Euro ausgewiesenen ab dem 1. Januar 2002.

**Anhang zur Anlage 2**

**Eingruppierung der Landkreise**

**Gruppe A**

Groß-Gerau, Hochtaunuskreis, Limburg-Weilburg, Main-Taunus-Kreis, Odenwaldkreis, Offenbach, Rheingau-Taunus-Kreis.

**Gruppe B**

Bergstraße, Darmstadt-Dieburg, Gießen, Hersfeld-Rotenburg, Lahn-Dill-Kreis, Werra-Meißner-Kreis.

**Gruppe C**

Fulda, Kassel, Main-Kinzig-Kreis, Marburg-Biedenkopf, Schwalm-Eder-Kreis, Vogelsbergkreis, Waldeck-Frankenberg, Wetteraukreis.

**Absender: A. Bernecker Verlag GmbH**  
**Unter dem Schöneberg 1**  
**34212 Melsungen**  
**PVSt, DPAG**  
**Entgelt bezahlt**

**Herausgeber:** Hessische Staatskanzlei, Wiesbaden  
**Verlag:** A. Bernecker Verlag GmbH,  
Unter dem Schöneberg 1, 34212 Melsungen,  
Telefon (0 56 61) 7 31-0, Fax (0 56 61) 73 14 00  
ISDN: (0 56 61) 73 13 61, Internet: [www.bernecker.de](http://www.bernecker.de)

**Druck:** A. Bernecker GmbH & Co. Druckerei KG,  
Unter dem Schöneberg 1, 34212 Melsungen,  
Telefon (0 56 61) 7 31-0, Fax (0 56 61) 73 12 89

**Vertrieb und Abonnementverwaltung:**

Faber Direktmarketing, Bunsenstr. 200, 34127 Kassel,  
Tel.: (0 5 61) 9 83 66 25, Fax: (0 5 61) 9 83 66 33

**Bezugsbedingungen:** Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement.  
Bezugszeit ist das Kalenderjahr. Abbestellungen zum 31. Dezember  
müssen spätestens am 15. November schriftlich beim Verlag vorlie-  
gen. Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen ent-  
binden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträ-  
gen und Schadensersatzleistungen.

**Bezugspreis:** Der jährliche Bezugspreis beträgt 91,- DM einschl.  
MwSt. und Versand. Einzelausgaben kosten bis zu einem Umfang  
von 16 Seiten DM 7,-. Bei stärkeren Ausgaben erhöht sich der Preis  
um 5,60 DM je zusätzlich angefangener 16 Seiten. Die Preise verste-  
hen sich inkl. MwSt. und zzgl. Porto und Verpackung.