

Hessische Beihilfenverordnung (HBeihVO)

Vom

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 25. November 2010 (GVBl. I S. 410), verordnet die Landesregierung:

Inhaltsübersicht

- § 1 Zweckbestimmung und Rechtsnatur
- § 2 Beihilfeberechtigte Personen
- § 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen sowie einer Beihilfeberechtigung mit einer Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder als Angehöriger
- § 5 Bemessung der Beihilfe
- § 6 Begrenzung der Beihilfe
- § 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- § 8 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit
- § 9 Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung
- § 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur
- § 11 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 12 Beihilfefähige Aufwendungen bei palliativ-medizinischer Behandlung und in Hospizen
- § 13 Beihilfefähige Aufwendungen bei Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen
- § 14 Beihilfefähige Aufwendungen bei Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
- § 15 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburten
- § 16 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen
- § 17 Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen
- § 18 Verfahren
- § 19 Übergangsvorschriften
- § 20 Verwaltungsvorschriften
- § 21 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

§ 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 den beihilfeberechtigten Personen 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. Beamtinnen und Beamte und Richterinnen und Richter,

2. Ruhestandsbeamtinnen und -beamte, Richterinnen und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamtinnen und Beamte und Richterinnen und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind, und

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

(2) Die Beihilfeberechtigung der in Abs. 1 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. Bei einer Beurlaubung ohne Bezüge bleibt die Beihilfeberechtigung bestehen, wenn die Beurlaubung nicht länger als einen Monat andauert oder die oberste Dienstbehörde schriftlich ein dienstliches Interesse an der Beurlaubung anerkannt hat; § 4 bleibt unberührt.

(3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen. Daneben können andere natürliche sowie juristische Personen hinsichtlich der Aufwendungen nach § 11 auf der Grundlage der Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), beihilfeberechtigt sein.

(4) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und -beamte, ehrenamtliche Richterinnen und Richter,

2. Halbwaisen, wenn der lebende Elternteil oder die Ehegattin oder der Ehegatte beihilfeberechtigt ist und Anspruch auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat und

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

(5) Im Sinne dieser Verordnung stehen Lebenspartnerinnen und Lebenspartner den Ehegattinnen und Ehegatten, hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner den Witwen und Witwern gleich.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. die Ehegattin oder der Ehegatte der beihilfeberechtigten Person nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2, wenn der Gesamtbetrag ihrer oder seiner Einkünfte nach § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3369, 3862), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1900), in der jeweils geltenden Fassung, im vorletzten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32a Abs. 1 Nr. 1 des Einkommensteuergesetzes nicht übersteigt; der Gesamtbetrag der Einkünfte ist nachzuweisen,

2. die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder der beihilfeberechtigten Person; als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die seit dem Wintersemester 2006/2007 ununterbrochen an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben gewesen sind, solange die in § 32 Abs. 4 und 5 des Einkommenssteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind,

3. Halbwaisen im Sinne von § 2 Abs. 4 Nr. 2.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen sowie einer Beihilfeberechtigung mit einer Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger

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

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger,

2. aufgrund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsbezüge

aus. Satz 1 Nr. 2 gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um ein Witwen- oder Witwergeld oder einen Unterhaltsbeitrag handelt.

(2) Eine eigene Beihilfeberechtigung aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus. Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften stehen gleich der Anspruch auf Fürsorgeleistungen der in § 2 Abs. 4 Nr. 3 bezeichneten Personen, der Anspruch auf entsprechende Leistungen nach kirchenrechtlichen Vorschriften der öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften sowie 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), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. März 2010 (GVBl. I S. 114).

(3) Sind Angehörige bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieser Angehörigen jeweils nur einer beihilfeberechtigten Person gewährt. Die Aufwendungen für ein bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksich-

tigungsfähiges Kind kann nur diejenige beihilfeberechtigte Person geltend machen, bei der das Kind tatsächlich im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder die die Eltern in einer gemeinsamen Erklärung dazu bestimmt haben.

§ 5

Bemessung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe beträgt für die beihilfeberechtigte Person und ihre berücksichtigungsfähige Ehegattin oder ihren berücksichtigungsfähigen Ehegatten 50 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen in Elternzeit und für die Ehegattin oder den Ehegatten erhöht sich um 20 Prozent, wenn mindestens ein Kind nach § 3 Nr. 2 berücksichtigungsfähig ist.

(2) Der Bemessungssatz für nach § 3 Nr. 2 berücksichtigungsfähige Kinder der beihilfeberechtigten Person beträgt 80 Prozent.

(3) Der Bemessungssatz für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten nach § 3 Nr. 1 beträgt 70 Prozent.

(4) Der Bemessungssatz für Vollwaisen und Halbwaisen mit eigenem Beihilfeanspruch beträgt 80 Prozent.

(5) Bei beihilfeberechtigten Personen, die aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses einen Zuschuss zu ihrem Beitrag für eine private Krankenversicherung erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 50 Prozent.

(6) Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

§ 6

Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit anderen Erstattungen nicht höher sein als die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen. Zur Überprüfung der Obergrenze nach Satz 1 ist der Beihilfestelle bei der erstmaligen Antragstellung sowie bei jeder Änderung des Krankenversicherungsvertrages eine Bescheinigung der Krankenversicherung vorzulegen.

§ 7

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind und wenn im Zeitpunkt ihres Entstehens die Person beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird. Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu Gutachten, insbesondere von Amts- oder Vertrauensärztinnen und -ärzten, einholen.

(2) 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), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), und der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), so-

wie 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 den jeweils geltenden Fassungen. Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, sind ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Gebühren nur bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens angemessen. Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers bestimmt sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker nach Anlage 3.

(3) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind im Umfang und bis zur Höhe eines mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Versorgungsvertrages beihilfefähig. Dies gilt auch für ärztliche Leistungen, die nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.

(4) 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 die nach Satz 1 zustehenden Leistungen 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 Prozent

als zustehende Leistung.

(5) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch auf Veranlassung der Beihilfestelle erbracht werden,

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile,

3. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von 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,

4. Aufwendungen für Beamtinnen und Beamte, denen nach § 191 des Hessischen Beamtengesetzes unentgeltliche Heilfürsorge zusteht, sowie Aufwendungen für Personen mit Anspruch auf truppenärztliche Versorgung nach § 6 Wehrsoldgesetz in der Fassung vom 13. August 2008 (BGBl. I S.1718), zuletzt geändert durch Gesetz vom 31. Juli 2010 (BGBl. I S. 1052), während Wehrübungen,

5. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von nahen Angehörigen; Aufwendungen zum Ersatz der den nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Auslagen sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig, soweit sie nicht von Dritten ersetzt werden; als nahe Angehörige gelten die Ehegattin oder der Ehegatte, die Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

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

1. ärztliche Leistungen, zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen, psychotherapeutische Leistungen und Leistungen der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, soweit Beihilfefähigkeit nach den Anlagen 1 bis 3 besteht,

2. Arznei- und Verbandmittel, die bei Leistungen nach Nr. 1 ärztlich, zahnärztlich oder von einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker nach Art und Umfang schriftlich verordnet wurden, abzüglich eines Betrages von 5 Euro für jede Originalverpackung, jedoch nicht mehr als die Kosten einer Packung; der Betrag ist nicht abzuziehen für Aufwendungen bei

a) Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,

b) beihilfeberechtigten Personen und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn die Bezüge bei Antragstellung 1 200 Euro monatlich nicht übersteigen,

3. eine schriftlich ärztlich oder zahnärztlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe,

4. Anschaffung, Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterhaltung oder eine im Umfang und bis zur Höhe eines mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Versorgungsvertrages vereinbarte Versorgungspauschale der ärztlich 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 4,

5. Erste Hilfe,

6. stationäre, teilstationäre und vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen, in Form von

a) allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 und § 10 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) in der jeweils geltenden Fassung und

b) gesondert berechneten

aa) wahlärztlichen Leistungen und

bb) Unterkunft, bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich 20 Euro je Tag,

nach den §§ 16 bis 18 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990), in der jeweils geltenden Fassung sowie

c) anderen im Zusammenhang mit Buchst. a und b berechneten Leistungen im Rahmen der Nr. 1 und 2;

bei Behandlung in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Entgelte des dem inländischen Wohnort oder dem letzten inländischen Dienstort nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, die im jeweiligen Krankenhausplan eines Landes ausgewiesen sind, beihilfefähig; dabei ist bei Indikationen, die über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, für

die Vergleichsberechnung die obere Korridorgrenze des nach § 10 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Bundesbasisfallwertes zugrunde zu legen, in allen anderen Fällen erfolgt die Vergleichsberechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen; die Höhe dieser Entgelte ist von der beihilfeberechtigten Person nachzuweisen, dafür eventuell anfallende Gebühren sind beihilfefähig,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige

a) vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wobei die Grundpflege überwiegen muss) und

b) vorübergehende oder dauerhafte Behandlungspflege

bis zur Höhe der Kosten nach § 11 Abs. 2,

8. eine Familienhilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts der beihilfeberechtigten Person, wenn ein oder mehrere berücksichtigungsfähige Kinder bis zum vollendeten vierzehnten Lebensjahr oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige Angehörige im Haushalt betreut werden und die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verstirbt oder wegen einer notwendigen stationären Unterbringung den Haushalt nicht weiterführen kann oder nach ärztlicher Bescheinigung ein erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt (Nr. 6) dieser Person durch die Beschäftigung einer Familienhilfe vermieden wird, alternativ die Aufwendungen für die auswärtige Unterbringung dieser Personen; die Familienhilfe wird längstens für sechs Monate, im Todesfall in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr, mit einem Höchstsatz von 6 Euro je Stunde bei bis zu zehn Stunden am Tag als beihilfefähig anerkannt,

9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen sowie von Krankenhausleistungen und für eine erforderliche Begleitung in Höhe von 0,21 Euro je Kilometer; eine Ausnahme ist bei Rettungstransporten 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 ein Betrag in Höhe von 0,35 Euro je Kilometer beihilfefähig; Fahrtkosten sind nur insoweit beihilfefähig, als sie den Betrag von 10 Euro je einfache Fahrt übersteigen;

10. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen in tatsächlicher Höhe, höchstens jedoch 26 Euro je Tag; ist eine Begleitperson erforderlich, sind deren Kosten für Unterkunft bis zum gleichen Höchstbetrag beihilfefähig; dies gilt nicht bei einer Heilkur oder kurähnlichen Maßnahme,

11. Organspenderinnen und Organspender, wenn die Empfängerin oder der Empfänger beihilfeberechtigte Person oder berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nr. 1 bis 3 und 6, 8 bis 10, soweit die Aufwendungen bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der von der Organspenderin oder von dem Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen; dies gilt auch für als Organspenderinnen und Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als solche nicht in Betracht kommen,

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

(2) Nicht beihilfefähig sind

1. die Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode sowie für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Arzneimittel,

2. im Rahmen von Abs. 1 Nr. 2 die Aufwendungen
 - a) für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
 - b) für Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate, Geriatrika, Stärkungsmittel und Mineralstoffpräparate,
 - c) bei Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
 - aa) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten,
 - bb) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
 - cc) Abführmittel, ausgenommen bei erheblichen Grundkrankheiten,
 - dd) Arzneimittel gegen Reisekrankheiten,
3. im Rahmen von Abs. 1 Nr. 7 die Aufwendungen für eine Pflege durch Verwandte oder Verschwägerte bis zum 2. Grad der Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen,
4. im Rahmen von Abs. 1 Nr. 9
 - a) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist und zurück,
 - b) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer privaten Reise.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

- (1) Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen
 1. nach § 8 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 notwendige Begleitpersonen gilt entsprechendes, wenn die Notwendigkeit der Begleitung behördlich festgestellt ist,
 3. nach § 8 Abs. 1 Nr. 8,
 4. für die Beförderung in Höhe einer Pauschale von 100 Euro pro Anerkennung nach Abs. 2 Nr. 2,
 5. für die Kurtaxe, auch für die in Nr. 2 genannten Begleitpersonen.
- (2) Die Aufwendungen nach Abs. 1 Nr. 2 bis 5 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 kannund

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) Eine Anerkennung nach Abs. 2 Nr. 2 ist ausgeschlossen, wenn im Jahr der Antragstellung oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Satz 1 gilt nicht

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,

2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung der erkrankten Person 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 amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten 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 durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind. Eine Anschlussrehabilitation, die sich zeitlich unmittelbar an eine wegen derselben Erkrankung erfolgte voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung anschließt, bedarf keiner vorherigen Anerkennung nach Abs. 2 Nr. 2.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 Satz 1 und 3.

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,

2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage in tatsächlicher Höhe, höchstens jedoch bis zu 20 Euro je Tag, für Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zu 14 Euro je Tag,

3. für die Beförderung in Höhe einer Pauschale von 100 Euro je Anerkennung,

4. für die Kurtaxe, auch für die in Nr. 2 genannten Begleitpersonen.

(3) Die Aufwendungen nach Abs. 2 Nr. 2 bis 4 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, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort ersetzt werden kann und

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) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist ausgeschlossen,

1. wenn die beihilfeberechtigte Person in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen dem öffentlichen Dienst angehört und beihilfeberechtigt war,

2. wenn im Jahr der Antragstellung oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist,

3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,

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 die beihilfeberechtigte Person 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. Zuwendungsempfängerinnen und Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 Prozent 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 ortsgebunden sein.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 8 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig bis zur Höhe der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Für Personen, denen nach § 28 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen in voller Höhe zustehen, sind Aufwendungen nicht beihilfefähig. Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen zur Hälfte gewährt. Ein aus der privaten oder gesetzlichen Pflegepflichtversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf die Beihilfeleistungen anzurechnen.

(2) Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch Pflegekräfte nach § 36 Abs. 1 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nach den Pflegestufen des § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Aufwendungen für Pflegebedürftige entsprechend § 36 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im Kalendermonat beihilfefähig. Aufgrund besonderen Pflegebedarfs entstehende höhere Pflegekosten sind in den Fällen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter den in § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen bis zur dort genannten Höhe beihilfefähig. Darüber hinaus gehende Pflegekosten sind insoweit beihilfefähig, als sie 20 Prozent der in § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Be-

träge der jeweiligen Pflegestufe übersteigen. Die Pflegekosten sind insgesamt bis zur Höhe von 3 700 Euro je Kalendermonat beihilfefähig.

(3) Bei vollstationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind die über die pflegebedingten Aufwendungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch hinausgehenden Pflegekosten insoweit beihilfefähig, als sie 20 Prozent der in § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge der jeweiligen Pflegestufe übersteigen.

(4) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. Der Beihilfestelle ist der Nachweis der Pflegekasse über die Höhe der Leistungen vorzulegen.

(5) Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(6) Abweichend von § 5 beträgt der Bemessungssatz einschließlich der bei vollstationärer Pflege beihilfefähigen Aufwendungen für die Behandlungspflege für

1. beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, 50 Prozent,

2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtigt sind, 70 Prozent,

3. die Ehegattin und den Ehegatten, sofern diese Person berücksichtigungsfähig ist, 70 Prozent,

4. berücksichtigungsfähige Kinder und in eigener Person beihilfeberechtigte Waisen, 80 Prozent.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die nach Satz 1 Nr. 1 beihilfeberechtigte Person 70 Prozent; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einer oder einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent. Die Bestimmung nach Satz 2 kann nur bei Vorliegen eines besonderen Grundes geändert werden.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen bei palliativ-medizinischer Behandlung und in Hospizen

Aufwendungen für ambulante palliative medizinische Behandlungen, stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden, sind beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Nach Abzug aller Leistungen, die von anderen Leistungsträgern erbracht werden, sind die Restaufwendungen als Beihilfe zu zahlen.

§ 13

Beihilfefähige Aufwendungen bei Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beihilfefähig

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

2. bei Jugendlichen die Kosten für eine einmalige Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten zwölften und dem vollendeten fünfzehnten Lebensjahr,

3. die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung in jedem zweiten Kalenderjahr.

(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 medizinisch notwendige Schutzimpfungen sind beihilfefähig. § 8 Abs. 1 Nr. 2 bleibt unberührt. Medizinisch notwendig sind nur die vom für das Gesundheitswesen in Hessen zuständigen Ministerium öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen für einen privaten Auslandsaufenthalt.

§ 14

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 § 8 Abs. 1 Nr. 1, 2, 6, 8 und 9 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 § 8 Abs. 1 Nr. 6 genannten Aufwendungen nicht beihilfefähig für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird.

§ 15

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburten

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung und ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik,
2. entsprechend § 8 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6 und 9,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger bis zur Höhe der Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung,
4. für die pauschalen Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Pflege in einem Geburtshaus bis zur Höhe der Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung,
5. für eine Familienhilfe bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt oder Arztpraxis entsprechend § 8 Abs.1 Nr. 8 für bis zu zwei Wochen nach der Geburt,
6. entsprechend § 8 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind,
7. entsprechend § 16 Abs. 3 für ein tot geborenes Kind.

§ 16

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) Die hinterbliebene Ehegattin, der hinterbliebene Ehegatte sowie die leiblichen und angenommenen Kinder einer verstorbenen beihilfeberechtigten Person erhalten Beihilfen zu den bis zu deren Tod und aus Anlass des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tode. Die Beihilfe wird der Person gewährt, die die Belege zuerst vorlegt.

(2) Andere als die in Abs. 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten eine Beihilfe nach Abs. 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Belege vorlegen. Sind diese Personen Erben der beihilfeberechtigten Person, erhalten sie Beihilfen auch zu Aufwendungen der Erblasserin oder des Erblassers, die von ihr oder ihm bezahlt worden sind. Die Beihilfen dürfen zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

(3) 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 700 Euro gewährt, wenn die beihilfeberechtigte Person versichert, dass ihr Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen 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 in der Fassung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 9. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1885) bleibt unberücksichtigt.

(4) Die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes, höchstens jedoch bis zu 700 Euro.

(5) Ist der Tod einer beihilfeberechtigten Person während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familien-

wohnsitzes der verstorbenen Person eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne ohne die Beschränkung des Abs. 4 beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 Prozent.

(6) Verbleibt mindestens eine pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Familienangehörige oder ein pflegebedürftiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind bis zum vollendeten vierzehnten Lebensjahr im Haushalt und kann diese oder dieser beim Tode der den Haushalt allein führenden beihilfeberechtigten Person oder berücksichtigungsfähiger Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 8 Abs. 1 Nr. 8 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr, beihilfefähig.

§ 17

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 8 und 11 bis 16 handelt und nur soweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

(2) Aufwendungen nach den §§ 8 und 11 bis 16 sind ohne die Beschränkung des Abs. 1 beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise einer beihilfeberechtigten Person entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,

2. 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,

3. die Aufwendungen nach § 8 eines Krankheitsfalles 1 000 Euro nicht übersteigen oder vorbehaltlich Abs. 3 in einem Land der Europäischen Union Aufwendungen für ambulante Behandlungen sowie für stationäre Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern entstanden sind; Regelungen über Eigenanteile und Höchstbeträge nach dieser Verordnung gelten entsprechend.

(3) Aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 und 4 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn die sonstigen Voraussetzungen des § 10 vorliegen.

(4) Für die Aufwendungen der Überführung einer Leiche oder Urne gilt § 16 Abs. 4 entsprechend.

§ 18

Verfahren

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag der beihilfeberechtigten Person durch schriftlichen Bescheid gewährt; für den Antrag sind die von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Die beihilfeberechtigte Person kann sich bei der Antragstellung vertreten lassen. Die Vertretungsberechtigung ist durch Vorlage einer Vollmacht der beihilfeberech-

tigten Person nachzuweisen. Hiervon kann abgesehen werden, wenn die beihilfeberechtigte Person aufgrund besonderer Umstände an der Ausstellung einer Vollmacht gehindert ist und die Beantragung in deren vermutetem Einverständnis erfolgt. Ausgeschlossen ist die Vertretung durch ein allein zur geschäftsmäßigen Besorgung fremder Angelegenheiten tätiges Unternehmen.

(2) Abweichend von § 3a des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes in der Fassung vom 15. Januar 2010 (GVBl. I S. 18) kann ein anderes elektronisches Verfahren zur Beihilfebescheidung verwendet werden. Bei der Übermittlung elektronischer Dokumente ist zu gewährleisten, dass die Übermittlung auch verschlüsselt erfolgen kann. Wird für den Festsetzungsbescheid die elektronische Form gewählt, so sind die Daten mit einem geeigneten Verfahren zu verschlüsseln. Dies gilt auch für sonstige Mitteilungen der Festsetzungsstelle, soweit die Art der personenbezogenen Daten dies erfordert.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 50 Euro betragen.

(4) Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind.

(5) Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege unmittelbar der Festsetzungsstelle vorzulegen.

(6) 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. der Hessische Landtag über die Anträge der Versorgungsberechtigten des Hessischen Landtags,
4. das Regierungspräsidium Kassel über die Anträge anderer Versorgungsberechtigter.

Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit abweichend regeln. Im Landesbereich wird die für das Beihilferecht zuständige Ministerin oder der für das Beihilferecht zuständige Minister ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Zuständigkeit abweichend zu regeln und Rechtsvorschriften nach Satz 2 zu ändern oder aufzuheben.

(7) Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt, werden dem Beihilfeantrag beigelegte Belege nicht zurückgegeben, sondern vernichtet. Die Beihilfeberechtigten haben die Originale oder Kopien der Belege bis drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Bitte der Behörde erneut vorzulegen, sofern sie nicht bei einer Krankenversicherung verbleiben.

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

(9) Ist in den Fällen des § 9 Abs. 2 Nr. 2, § 17 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 die beihilfeberechtigte Person sie innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr nach Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat. Für den Beginn der Frist ist bei Aufwendungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur, bei Beihilfen nach § 11 Abs. 1 in Verbindung mit § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, und nach § 16 Abs. 1 der Tag des Ablebens maßgebend.

§ 19

Übergangsvorschriften

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

(2) Die Beihilfeberechtigung von Tarifbeschäftigten, die nach § 18 Abs. 4 der Hessischen Beihilfenverordnung in der Fassung vom 5. Dezember 2001 (GVBl. I S. 482, 491, 564), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. März 2010 (GVBl. I S. 114), in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung beihilfeberechtigt waren, bleibt bis zum 31. Dezember 2013 weiter bestehen. Keine Beihilfeberechtigung besteht hinsichtlich der Aufwendungen nach § 11. Nicht vollbeschäftigte Personen erhalten von der errechneten Beihilfe den Teil, der dem Verhältnis entspricht, in dem die regelmäßige Arbeitszeit einer entsprechenden vollbeschäftigten Person zu der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit steht.

(3) Der Beihilfeanspruch von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beihilfeberechtigten nach § 5 Abs. 5 der Hessischen Beihilfenverordnung in der Fassung vom 5. Dezember 2001 bleibt bis zum 31. Dezember 2013 weiter bestehen.

(4) Für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2012 entstanden sind, gilt die Hessische Beihilfenverordnung in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung.

§ 20

Verwaltungsvorschriften

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

§ 21

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft.

Anlage 1

(zu § 8 Abs. 1 Nr. 1)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Allgemeines

1.1 Im Rahmen des § 8 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

a) die vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und

b) nach Erhebung der biographischen Anamnese, ggf. nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

c) 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:

a) psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),

b) vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,

c) Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,

d) seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

e) 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),

f) seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),

g) 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 von bis zu 60 weiteren 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 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 60 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 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. die Jugendliche oder 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), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686), können Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für welche sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie).

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

- a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- b) in das Arztregister eingetragen sein oder
- c) 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 Psychotherapie-

form 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

a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder

b) in das Arztregister eingetragen sein oder

c) 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

a) die vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und

b) nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

c) 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:

- a) psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- b) vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- c) Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,#
- d) seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- e) seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
- f) seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- g) 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 für die vorstehenden Einzel- und Gruppenbehandlungen 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

a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder

b) in das Arztregister eingetragen sein oder

c) 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 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:

a) bei verbaler Intervention als einzige Leistung 10 Sitzungen,

b) bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung 12 Sitzungen,

c) 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 autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und 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 dieser Verfahren verfügen.

4.4 Eine verbale Intervention kann nicht mit den anderen in Ziffer 4.3 aufgeführten 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, Heileurythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, Trauerbegleitung.

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

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

Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen

1. Bei zahnärztlichen Behandlungen entstandene Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik sind zu 50 Prozent beihilfefähig. Dies gilt nicht für im Zusammenhang mit beihilfefähigen kieferorthopädischen Behandlungen entstandene Aufwendungen.

2. Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

a) 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 und

b) ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

3. Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

a) nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenenengebiss, wenn je Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind;

b) bei großen Kieferdefekten infolge Kieferbruch oder Kieferresektion, wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht hergestellt werden kann.

Im Übrigen sind die Aufwendungen für zwei Implantate je Kieferhälfte einschließlich vorhandener Implantate beihilfefähig; im Rahmen der Eigenvorsorge eingesetzte Implantate sind nicht anzurechnen.

4. Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten ist bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen die Kassenleistung einschließlich eines Bonus in Höhe von 30 Prozent als gewährte Leistung anzurechnen.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker

1. Die Aufwendungen für Leistungen der Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen bis zu den Sätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH; Stand: 1. Januar 1985, in der Euro-Fassung vom 01. Januar 2002), jedoch höchstens bis zu den Schwellenwerten der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

2. Die Leistungsübersicht des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (herausgegeben von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985; Neuauflage in Euro zum 1. Januar 2002) und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nr. 4 wiedergegeben.

3. Erläuternd wird bemerkt:

a) Wenn unter einer GebüH-Ziffer verschiedene Leistungen aufgeführt sind, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B usw.

b) In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden - soweit möglich - analog bewertet und mit Anmerkungen versehen, die zum Beispiel auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 HBeihVO hinweisen.

Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) wurde von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985 herausgegeben (Neuauflage in Euro zum 1. Januar 2002) und ist im Folgenden aufgeführt:

4. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

Einführung

Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und zählen zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit der Heilpraktiker beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 bis 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart. Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Abs. 2 BGB). Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB). Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

In einer unter den in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern durchgeführten Umfrage wurde die Höhe des durchschnittlich festgestellten Honorarrahmens ermittelt. Die Auswertung der ermittelten Honorare fand ihren Niederschlag im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Das GebüH ist also keine Gebührentaxe, sondern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient. Sofern die Höhe des Honorars vor der Behandlung nicht ausdrücklich vereinbart wurde, kann der Patient davon ausgehen, dass sie sich im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

Allgemeine Grundsätze

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für den möglichen Kostenträger übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

a) Vor- und Zuname sowie die vollständige Adresse des Patienten

b) die vollständige Diagnose

Hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt.

c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden GebüH-Ziffer

d) jeder Einzelbeleg der entsprechenden Leistung

e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Für die Anwendung von Injektions- und Infusionspräparaten bei erstattungsberechtigten Patienten ist die folgende Anmerkung zu beachten:

Nach § 4 Abs. 3 der Musterversicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen werden Arzneimittel grundsätzlich nur dann erstattet, wenn sie vom Behandler verordnet und vom Patienten aus der Apotheke bezogen werden. Ohne Rechtspflicht erstatten einige Kostenträger Arzneimittelkosten auch dann, wenn nicht der Patient das Arzneimittel (gegebenenfalls Ampullen) aus der Apotheke bezieht, sondern lediglich einzelne Ampullen aus Praxisvorräten verwendet werden und diese mit Namen und Preis auf der Rechnung erscheinen. Die Arzneimittel sollten aus rechtlichen Gründen auf der Rechnung von den persönlichen Leistungen gesondert als Auslagen ausgewiesen werden. Ampullen, die ohne gesonderte Berechnung zur Anwendung kommen, sind ebenfalls namentlich zu benennen.

Fremdleistungen, wie Kosten eines Fremdlabors, soweit der Heilpraktiker Laboruntersuchungen nicht im eigenen Labor oder als Gesellschafter einer Laborgemeinschaft erbringt, sind nur mit dem Gestehungspreis berechenbar. Verauslagte Arzneimittel, wie Ampullen, Infusionsfla-

schen oder sonstige Materialien, können ebenso nur mit dem Gestehtungspreis zur Berechnung kommen. Alle Fremdleistungen sind auf der Rechnung grundsätzlich vom übrigen Honorar getrennt als Auslagen auszuweisen.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind nicht gesondert berechnungsfähig:

a) Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Gestehtungspreis zur Berechnung kommen).

b) Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung.

c) Einmalartikel, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

Leistungen, die nicht im GebüH enthalten sind, können entsprechend einer ähnlichen Leistung im GebüH berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung kann erforderlich sein. Die Kennzeichnung der analogen Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer ist möglich.

Sofern keine analoge Leistungsziffer gegeben ist, kann die Leistung ohne GebüH-Ziffer mit einer Leistungsbeschreibung dargelegt werden. Das zitieren aus anderen Leistungsverzeichnissen ist möglich.

Inhaltsübersicht

A

Aderlass	26.2
Aerosolanwendung	23
Akupunktur	21
Aknepusteln, Entfernung von	31.2
Atemtherapie	20.1
Attest	11
Augenhintergrundspiegelung	14.2
Augenvordergrunduntersuchung	14.1
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes	3

B

Bäder, medizinische	36
Baunscheidt-Behandlung	27.11
Begasung von Extremitäten	30.2
Beratung	5
Beratung außerhalb der Sprechstunde	6

Beratung an Sonn- und Feiertagen	8
Beratung bei Nacht	7
Bestrahlungen	39.1—2
Biersche Stauung	27.12
Bindegewebsmassage	20.3
Bioelektronische Diagnostik	16.3
Blutausstrichdifferenzierung	12.10
Blutegelbehandlung	27.1
Blutentnahme	26.1
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	12.12
Blutstatus	12.7
Blutuntersuchungen, sonstige	13
Blutwäsche	25.11
Blutzuckerbestimmung	12.8
 C	
Cantharidenpflasterbehandlung	27.8
Carzinochrom-Reaktion	12.5
Chemische Untersuchung	12.13
Chemische Untersuchung, aufwendig	12.14
Chemogramm	12.13
Chiropraktik	34.1-2
 D	
Diätplan	11.3
 E	
Eigenblutinjektion	24.1
Eigenharninjektion	24.2
Einreibungen zur Therapie	20.8
EKG	14.6-7
Elektroneuraldiagnostik	16.1
Elektrophysikalische Methoden	39
Elektrobäder	37.4—5
Enzymdiagnostik	12.14
Erstuntersuchung	1
Erythrozytenzählung	12.11
 F	

Fangopackungen	38.1
Fontanellen, Setzen von	27.7
G	
Gefäßdoppler-Untersuchung	14.10
Grundumsatzbestimmung nach Read	14.3
Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung	14.4
H	
Hämoglobinbestimmung	12.9
Harnuntersuchung	12.1-4
Hausbesuch	9
Hausbesuch als Eilbesuch	9.2
Hausbesuch bei Tag	9.1
Hausbesuch nachts und sonntags	9.3
Hausbesuch, Nebengebühren	10
Hautwiderstandsmessung	16.4
Heilmagnetische Behandlungen	18.1-2
Heißluftbäder	37.1-3
Herz-Kreislaufuntersuchungen	14.9
Homöopathie, klassische, Repertorisation	2
HOT-Behandlung	25.11
Hydrotherapeutische Anwendungen	36
I	
Infiltration, paravertebrale	28
Infusion	25.7-8
Inhalation	22
Injektion	25
K	
Kirlian-Fotografie	15.1
Kneipp'sche Anwendungen	36.4
Krankheitsbescheinigungen	11.1-2
Kristallographie	12.15
Kurplan/Diätplan	11.3
L	
Leukozytenzählung	12.11

Lichtbäder	39.1-2
Lungenkapazität, Prüfung der	14.5
Lymphdrainage	20.6
M	
Magnetfeldtherapie	39.10
Massagen	20
Medico-mechanische Apparate, Behandlung mit	20.7
Mikroskopische Untersuchungen	12.13
N	
Nervenpunktmassage	20.2
Neuraltherapie	25.6
Neurologische Untersuchungen	17
O	
Ohrspülung	30.1
Osteopathie	35.1-6
Oszillogramm-Methoden	14.8
Ozoninjektion	25.9-10
P	
Paravertebrale Infiltration	28
Paraffin-Packungen	38.2-3
Pflasterverbände	33.2
Photoaufnahmen zur Diagnose	15.1-2
Photometrie	12.15
Prießnitzpackungen	38.4
Psychotherapeutische Behandlungen	19.1-8
Pustulieren	27.10
Q	
Quaddelbehandlung	25.4
R	
Reizstromtherapie	39.12
Reiztherapie, Intracutane	25.4
Repertorisation, klass. Homöopathie	2
Roedersche Behandlung	29

S	
Sauerstoffinhalation	23
Saugapparate, Behandlung mit	27.6
Segmentdiagnostik	16.2
Skarifikation der Haut	27.2
Sondermassagen	20.6
Spirometrische Untersuchungen	14.5
Sprachstörungen, Behandlung von	19.7
Sch	
Schlenzbäder und -packungen	36.1/38.4
Schrägbettbehandlung	20.6
Schriftliche Auslassungen	11
Schröpfen	27.3-4
T	
Teilmassage	20.4
U	
Ultraschallbehandlungen	39.13
Untersuchung, eingehende	1
Unterwassermassage	20.6
Urinuntersuchung	12.1-4
V	
Verbände	33
W	
Wiederholungsverordnung	3
Wundversorgung	32

Leistungsübersicht des GebüH und beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 8 Abs. 1

Nr.1 HBeihVO:

GebüH Nr.	Leistungsübersicht	€	GOÄ- Nr.	HBeihVO Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
1 - 10	Allgemeine Leistungen				
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,30 bis 20,50	6	13,41	
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	30	120,65	
3	Kurze Information , auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung , als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	2	3,15	
4	Eingehende Beratung , die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe erstattet.</i>	16,40 bis 22,00	3	20,11	
5	Beratung , auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	8,20 bis 20,50	1	10,72	
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	17,00 bis 24,50	1+A	14,80	
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	19,50 bis 28,50	1+B	21,21	
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nm. 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	15,40 bis 27,00	1+D	23,54	
9	Hausbesuch einschließlich Beratung				
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	50	42,90	

GebühH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	24,00 bis 32,00	50+E	52,23	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	27,50 bis 36,50	50+G	69,13	Nacht
		27,50 bis 36,50	50+H	62,72	Sonn- und Feiertag
10	Nebengebühren für Hausbesuche				
	Wenn der Heilpraktiker außerhalb seiner Praxis tätig sein muss, so hat er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung bis zu zwei Kilometer von der Praxis entfernt, dann beträgt das Wegegeld :				
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50	§ 8 Abs.1 Nr.1 GOÄ	3,58	Festgebühr, unabhängig vom Zeitaufwand
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50	§ 8 Abs.1 Nr.1 GOÄ	7,16	Festgebühr, unabhängig vom Zeitaufwand
	Das Wegegeld wird ersetzt bei einer Entfernung von zwei bis 25 Kilometern :				
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel		Regelung entspricht § 9 Abs. 2 Nr. 1 GOÄ		
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis		Vgl. §§ 7 bis GOÄ		
	Bei Benutzung des eigenen Fahrzeuges für den zurückgelegten Kilometer:				
10.5	bei Tag	bis 1,25		6,65 10,23 15,34	zwischen 2 und 5 km zwischen 5 und 10 km zwischen 10 und 25 km
10.6	bei Nacht	bis 2,50		10,23 15,34 25,56	zwischen 2 und 5 km zwischen 5 und 10 km zwischen 10 und 25 km
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden <i>Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet.</i>	bis 0,25			Regelung entspricht § 9 Abs. 2 Nr. 1 GOÄ
	Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.				Regelung entspricht § 9 Abs. 3 GOÄ

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Anrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Der Patient ist hiervon in Kenntnis zu setzen.	10,50 bis 20,50		Vgl. § 9 GOÄ	
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen				
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	3,60 bis 15,50	70	5,36	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	75	17,43	
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen <i>Anmerkung: Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.</i>	10,50 bis 26,00	76	9,38	
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen				
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht berechnungsfähig.</i>	bis 3,10	3652	2,35	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z.B. Zucker usw.)	bis 4,60	3531	4,69	
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	bis 4,60	3531	4,69	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)	bis 17,90		17,90	soweit nicht nach den VV zu §8 Abs. 2 HBeihVO nicht beihilfefähig
12.7	Blutstatus (nicht neben Nrn. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	3550+3551	5,36	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	3511	2,68	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	3517	4,69	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	3502	8,04	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozythen	bis 5,50	3504+3505	8,04	
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	3501	4,02	
12.13 ³⁾	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld,	bis 9,50	3509	6,70	

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
12.14 ³⁾	pro Untersuchung Aufwändige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z.B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung)	bis 10,50	3510	8,04	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig.
12.15 ³⁾	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung	bis 10,50			Kristallographie nicht beihilfefähig; vgl. VV Nr. 1.13 zu § 8 Abs. 2 HBeihVO
	³⁾ Anmerkung: Die Art der Untersuchung bei Nrn. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.				
13	Sonstige Untersuchungen				
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z.B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw. Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.	10,50 bis 31,00	3710	6,03	
14	Spezielle Untersuchungen				
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	1240	9,92	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 berechnet werden. Leistungen nach Nrn. 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.	5,20 bis 10,50	A 1242	20,38	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	665	12,69	nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 erstattungsfähig.
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	10,30 bis 26,00	666	23,82	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	608	7,97	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	652	59,66	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	650	15,59	Bis zu 8 Ableitungen
			651	26,54	Ab 9 Ableitungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	621	13,32	

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung zu Nr. 14.9:</i> <i>Nicht neben Nrn. 1 oder 4 berechenbar.</i>	10,50 bis 25,50	600	9,79	
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zur peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	644	18,89	
15	Photoaufnahmen				nicht beihilfefähig; nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.
15.1	Photoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 15,50			
15.2	Vergrößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet <i>Anmerkung:</i> <i>Photographische Aufnahmen der Iris oder andere photographische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren. Photoaufnahmen, die zu Studienzwecken des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung.</i>				
16	Bioenergetische Verfahren				
16.1	Elektroneural-Diagnostik	10,50 bis 26,00			nach VV Nr. 1.15 zu § 8 Abs. 2 HBeihVO nicht beihilfefähig;;
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u.a.	5,20 bis 20,50		5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird. Nicht neben Nrn. 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00			Nach VV Nr. 1.6 zu § 8 Abs. 2 nicht beihilfefähig;
16.4	Hautwiderstandsmessungen <i>Anmerkung:</i> <i>Art und Ziel der Untersuchung sind anzugeben.</i>	5,20 bis 26,00		5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird. Nicht neben Nrn. 1 und 4 berechenbar

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
17	Neurologische Untersuchungen				
17.1	Neurologische Untersuchung <i>Anmerkung: Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.</i>	5,20 bis 26,00	800	26,14	nicht neben Nrn. 1 und 4 erstattungsfähig
18 - 23	Spezielle Behandlungen				
18	Heilmagnetische Behandlungen				Nach VV Nr. 1.15 zu § 8 Abs. 2 HBeihVO nicht beihilfefähig;
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten	5,50 bis 10,50			
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten	8,00 bis 26,00			
19	Psychotherapie				nicht beihilfefähig gemäß Anlage 1 zu § 8 Abs. 1 Nr. 1 HBeihVO
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00			
19.2	Psychotherapie von 50 - 90 Minuten Dauer	26,00 bis 46,00			
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50			
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50			
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 bis 46,00			
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)	15,50 bis 38,50			
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung <i>Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehre, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren.</i>	10,50 bis 31,00			
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 26,00			
20	Atemtherapie, Massagen				Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heil-

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	505	8,92	praktikers erb- racht werden;
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a., Spezialnervenzmassage	8,00 bis 15,50	523	6,82	
20.3	Bindegewebzsmassage	8,00 bis 20,50	523	6,82	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	520	4,72	
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	521	6,82	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmas- sage, Lymphdrainage, Schrägbettbehandlung u. a.)	10,50 bis 20,50			
	Unterwasserdruckstrahlmassage		527	9,86	
	Lymphdrainage		523	6,82	
	Schrägbettbehandlung		516	6,82	
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medico- mechanischen Apparaten	10,50 bis 26,00	510	7,34	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	A 520	4,72	
21	Akupunktur				
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	10,30 bis 26,00	269	26,81	Beihilfefähig einmal je Sitzung nach Maßgabe der VV Nr. 1 zu § 8 Abs.1 HBeihVO.
			269a	46,92	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektio- nen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	5,20 bis 15,50	266	8,04	Beihilfefähig einmal je Sitzung nach Maßgabe der VV Nr. 1 zu § 8 Abs.1 HBeihVO.
22	Inhalationen				
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprech- stunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	500	3,99	soweit nicht nach den VV zu § 8 HBeihVO von der Beihilfe- fähigkeit ausge- schlossen
23	Aerosole				
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	501	9,02	soweit nicht nach den VV zu § 8 HBeihVO von der Beihilfe- fähigkeit ausge- schlossen.

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
24 - 30	Blutentnahme - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren				
24	Eigenblut				soweit nicht ausgeschlossen
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	284	12,07	
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00		5,20	
25	Injektionen, Infusionen				
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	252	5,36	
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	252	5,36	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	253 254	9,38 10,72	intravenös intraarteriell
25.4	intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,20 bis 13,00	266	8,04	
25.5	Injektion, intraartikulär	5,20 bis 15,50	255	12,74	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	7,70 bis 26,00	A 267	10,72	
25.7	Infusion	bis 8,70	270 271 272	10,72 16,09 24,13	subkutan intravenös Intravenös, mehr als 30 Min.
25.8	Dauertropfinfusion <i>Anmerkung: Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate von den Leistungs- trägern erstattet.</i>	bis 12,80	272	24,13	
25.9	Gasgemischinjektionen (z.B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär	7,70 bis 13,00		7,70	soweit nicht nach den VV zu § 8 HBeihVO von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00		13,00	soweit nicht nach Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV ausgeschlossen
25.11	HOT-Behandlung (Hämatogene Oxydationstherapie)	26,00 bis 51,50			nach VV Nr. 1.5 zu § 8 Abs. 2 nicht beihilfefähig
26	Blutentnahmen				
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	250	4,20	
26.2	Aderlass	bis 12,80	285	14,75	

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren				
27.1	Setzen von Blutegeeln, ggf. einschl. Verband	10,50 bis 31,00	747	5,90	
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	A 388	4,69	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	747	5,90	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	747	5,90	
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,20 bis 10,50	747	5,90	
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	10,50 bis 26,00	747	5,90	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	A 746	6,17	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	A 200	6,03	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nr. 27.8)	5,20 bis 10,50	A 252	5,36	
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,20 bis 10,50	A 200	6,03	
21.11	Baunscheidtieren	10,30 bis 20,50	A 384	5,36	
27.12	Biersche Stauung	5,20 bis 8,00	A 200	6,03	
28	Infiltrationen				
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	7,70 bis 15,50	267	10,72	
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	10,30 bis 20,50	268	17,43	
29	Roedersches Verfahren				
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	1498	5,90	
30	Sonstiges				
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	1566	6,03	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 36,00		10,30	soweit nicht nach den VV zu § 8 HBeihVO von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen
31 bis 33	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes				

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
31	Abszesse u.a.				
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,20 bis 13,00	2428	10,72	
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	5,20 bis 10,50	758	10,05	
32	Versorgung einer frischen Wunde				
32.1	bei einer kleinen Wunde	5,20 bis 10,50	2000	9,38	
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	10,30 bis 15,50	2003	17,43	
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)				
33.1	Verbände, jedesmal	5,20 bis 15,50	200	6,03	
33.2	elastische Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	201	8,71	
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband	5,20 bis 13,00	207	13,41	
	<i>Anmerkung: Materialien kommen zum Gestehungspreis zur Berechnung.</i>				
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung				
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	3305	4,96	
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule	15,40 bis 19,00	3306	19,84	
	<i>Anmerkung: Bei einem mehr als dreimaligen Eingriff an der Wirbelsäule kann der Leistungsträger eine Begründung verlangen.</i>				
35	Osteopathische Behandlung				
35.1	des Unterkiefers	7,70 bis 15,50	A 2680	13,41	
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 26,00	2217	49,60	
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	15,40 bis 26,00	A 2211	37,27	
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	5,20 bis 15,50	A 2221	14,88	
35.5	des Daumens	5,20 bis 13,00	2207	19,84	
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	2205	12,47	
36	Hydro- und Elektrotherapie				beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heil-

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen				praktikers erb- racht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	532	7,97	
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	5,50 bis 8,00	531	4,83	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	533	15,74	
36.4	Kneippsche Güsse	5,50 bis 8,00	A 531	4,83	
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder				beihilfefähig, wenn die Leis- tungen in der Praxis des Heil- praktikers erb- racht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	535	3,46	
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	536	5,35	
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	536	5,35	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	553	4,83	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	554	9,55	
38	Spezialpackungen				beihilfefähig, wenn die Leis- tungen in der Praxis des Heil- praktikers erb- racht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
38.1	Fangopackungen	8,00 bis 15,50	530	3,67	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	530	3,67	
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	530	3,67	
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	10,50 bis 31,00	530	3,67	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Appara-</i>				

GebüH			GOÄ-	HBeihVO	Bemerkungen
Nr.	Leistungsübersicht	€	Nr.	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	
	<i>te werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.</i>				
39	Elektro-physikalische Heilmethoden				beihilfefähig (außer Nr. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erb-racht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	5,50 bis 8,00	560	3,25	
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	A 567	9,55	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	A 551	5,04	
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	A 551	5,04	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	538	4,20	
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	741	10,19	
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	5,50 bis 15,50	A 548	3,88	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	548	3,88	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialap- paraten	10,50 bis 20,50			Nach VV Nr. 1.18 zu § 8 Abs.2 HBeihVO nicht beihilfefähig
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	A 521 + 530	10,49	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono- Modulator	5,50 bis 26,00	551	5,04	
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	539	4,62	

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

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für Körperersatzstücke, Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind - ggf. im Rahmen des nachfolgend festgelegten Umfangs - beihilfefähig, wenn sie schriftlich ärztlich verordnet sind.

Es bestehen die folgenden beihilferechtlichen Einschränkungen:

1.1 Ergometer nach Herzinfarkt, wenn die Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle besteht,

1.2 Hilfsmittel für Hörgeschädigte nach Vollendung des 18. Lebensjahres einschließlich der Nebenkosten bis 1 500 Euro je Ohr. Die Art der Hörgeräte ergibt sich aus der Verordnung der Ärztin oder des Arztes,

1.3 orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 50 Euro je Schuh übersteigen,

1.4 Perücken und andere Kopfhaarersatzstücke (z.B. Toupet, Haarteile, Haarkreationen) bis zu 550 Euro; 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 zwei Jahre vergangen sind oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat,

1.5 Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 50 Euro je Schuh übersteigen,

1.6 Sehhilfen

1.6.1 Blindenhilfsmittel

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

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

Aufwendungen für ein ambulant durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung bis zu einem Stundensatz von höchstens 50 Euro für die Unterweisung bis zu 50 Stunden einschließlich des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hinaus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 30 Stunden, weiterhin den Ersatz der notwendigen Fahrtkosten für Fahrten der Trainerin oder des Trainers in Höhe von 0,35 Euro je Kilometer, sowie den Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 50 Euro täglich. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

Aufwendungen für ein stationär durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung, Kursgebühr entsprechend dem ambulant durchgeführten Grundtraining und den Kosten der Unterkunft nach § 8 Abs. 1 Nr. 10. Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, sind die Aufwendungen im notwendigen Umfang wie bei einem ambulant durchgeführten Grundtraining anerken- nungsfähig. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining oder ergänzendes Training ent- sprechend. Die Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nach-zuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

1.6.2. Sonstige Sehhilfen

Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen sind nach augenärztlicher, schriftlicher Ver- ordnung -einschließlich Handwerksleistung-

- | | |
|---|-----------------|
| a) bei Personen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres | bis zu 200 Euro |
| b) bei Personen nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres | bis zu 100 Euro |

pro Glas oder Linse im Kalenderjahr beihilfefähig; maßgeblich ist das Jahr der Anschaffung. Nicht verbrauchte Beträge sind nicht übertragbar.

Für die erneute Geltendmachung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbe- stimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers, auch wenn bei der erneuten Beschaf- fung andersartige Gläser oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind. Die Aufwendun- gen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 15 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

1.6.3. Besondere Sehhilfen

Lässt sich durch Brillen oder Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, sind die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe beihilfefähig.

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

3. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

4. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres den Betrag von 100 Euro übersteigen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

5. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die im Rahmen der allgemeinen Lebenshal- tung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können.

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), bezeichne- ten Hilfsmittel nicht beihilfefähig.

6. Bei anderen Körperersatzstücken, Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle können in den Verwaltungsvorschriften Eigenanteile zum Ausgleich der Ersparnis des Aufwands für Güter des täglichen Bedarfs von bis zu 50 vom Hundert des Anschaffungspreises festgesetzt werden.

Begründung:

A. Allgemein:

Das neue Beihilferecht verfolgt vornehmlich die Ziele einer weitgehenden Pauschalisierung der Ansprüche und der Verwaltungsvereinfachung im Antrags- und Abrechnungsverfahren, andererseits aber auch eine fürsorgerechte und zukunftssichere Entwicklung des Beihilferechts.

Die bundesgesetzlichen Änderungen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz werden nachvollzogen und die Auswirkungen der Gesundheitsreform sind in die HBeihVO eingeflossen.

Neu ist die Unschädlichkeit von kürzeren Zeiten eines Sonderurlaubs, um die Beihilfeberechtigung bei Pflegezeit oder kurzfristiger Krankenversorgung zu erhalten (§ 2 Abs. 2) und damit auch den Anforderungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes gerecht zu werden.

Dem neuen Beihilferecht ist - neben dem Erfordernis der dringend erforderlichen Verwaltungsvereinfachung - materiell-rechtlich der Leitgedanke zugrunde gelegt, dass aus Fürsorgegründen eine Notwendigkeit für die Gewährung eines Beihilfeanspruchs nur für Personen besteht, die nicht den Schutz einer anderweitigen Vollversicherung genießen. Dies liegt in dem System der Beihilfe begründet, die die aus den laufenden Bezügen zu bestreitende Eigenvorsorge ergänzt. Im Gegensatz zu Beamtinnen und Beamten erhalten Tarifbeschäftigte einen Arbeitgeberanteil zu ihren Beiträgen zu einer Krankenversicherung. Sie sind in der Konsequenz im hessischen Beihilferecht nicht beihilfeberechtigt mit Ausnahme von Angehörigen dieses Personenkreises, die bereits nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 HBeihVO in der bis zum 30. April 2001 geltenden Fassung beihilfeberechtigt gewesen sind. Diese Regelung hat in der Vergangenheit zu einer unterschiedlichen Behandlung von Angestellten, Arbeiterinnen und Arbeitern geführt, die nicht mehr gerechtfertigt erscheint und nun nach über zehn Jahren mit dem neuen Recht - unter Einhaltung einer angemessenen Übergangsfrist - aufgegeben wird. Alle Tarifbeschäftigten, denen ein Arbeitgeberbeitrag zu den Beiträgen in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung zusteht und die auf diese Weise einen vollen Krankenversicherungsschutz genießen, sind aus Fürsorgegründen auf einen Beihilfeanspruch nicht angewiesen und zukünftig in der Konsequenz nicht mehr beihilfeberechtigt.

Das Bemessungssatzsystem soll zukünftig wie auch beim Bund und allen anderen Flächenländern auch für die Beihilfeansprüche außerhalb von Aufwendungen für Pflege personenbezogen ausgestaltet sein. Beihilfeberechtigte erhalten einen Bemessungssatz von 50 Prozent, Versorgungsempfänger einen Bemessungssatz von 70 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen. Durch eine Erhöhung des Bemessungssatzes auf 80 Prozent für Kinder bzw. 70 Prozent für Beihilfeberechtigte in Elternzeit und für Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, wenn ein oder mehrere berücksichtigungsfähige Kinder erzogen werden ist dem Gedanken der Familienfreundlichkeit Rechnung getragen (§ 5).

Durch die Einführung von personenbezogenen Bemessungssätzen wird zugleich vermieden, dass Beihilfeberechtigten aufgrund des Eintretens von bemessungssatzrelevanten Umständen (z.B. Wegfall eines Kindes aus der Beihilfeberechtigung) Nachteile entstehen, wie es in einem familienbezogenen Bemessungssatzsystem regelmäßig der Fall ist. Auch dies war in der Vergangenheit immer wieder ein Kritikpunkt aus der Praxis.

Der Wegfall der - bislang bundesweit ausschließlich noch in Hessen gewährten - Sachleistungsbeihilfe (bisher § 5 Abs. 5 HBeihVO) beruht ebenfalls auf diesem Leitgedanken. Auch freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamtinnen und Beamte genießen den Vollschutz im Krankheitsfall und bedürfen aus Fürsorgegründen keiner darüber hinausgehenden Absicherung. Sie sollen zukünftig keinen Anspruch auf Sachleistungsbeihilfe mehr haben, son-

dern (nur) noch die Aufwendungen geltend machen können, die durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht abgedeckt werden. Insofern ist ein gleichwertiger Krankenschutz mit Beamtinnen und Beamten sichergestellt, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind. Das hessische Beihilferecht wird in diesem Punkt im Gleichklang mit dem Bund und allen anderen Ländern stehen. Dies ist auch eine nachdrücklich vorgetragene Forderung aus der Praxis. Die Sachleistungsbeihilfe führte in der Vergangenheit zu einem ständig steigenden Verwaltungsaufwand. Ursache dafür waren v.a. die Entwicklungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Gesundheitsreform hat für gesetzlich Versicherte anstelle des vor 2004 einheitlichen Verfahrens der sog. Sachleistung bei Inanspruchnahme und Bezahlung medizinischer Versorgung eine Vielzahl von unterschiedlichen Möglichkeiten geschaffen, wie ärztliche und andere medizinische Leistungen in Anspruch genommen und gegenüber den gesetzlichen Kassen geltend gemacht werden können. Der Verwaltungsaufwand zur Nachzeichnung dieser Möglichkeiten im Rahmen der Beihilfe ist nicht zu rechtfertigen. Darüber hinaus ist es in der Vergangenheit auch immer wieder zu Beschwerden und Petitionen gekommen, die im Wesentlichen in den Besonderheiten des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung begründet waren und auf die die Beihilfeverwaltung keinen Einfluss hatte.

Neu eingeführt wurde eine sog. „100% Grenze“. Grundlage dafür war die Überlegung, eine Überversicherung zu Lasten der Beihilfe und damit zu Lasten des Landes zu verhindern und damit auch den Vorwurf der Möglichkeit der „Gewinnerzielung“ zu Lasten der Beihilfe auszuräumen (§ 6).

Der Leistungskatalog wurde erweitert, neu aufgenommen wurde die Beihilfefähigkeit von palliativen Aufwendungen und Aufwendungen in Hospizen (§ 12). Grund dafür war neben der demographischen Entwicklung vor allen auch die aus dem Fürsorgegedanken getragene Überlegung, dass in diesen Fällen eine menschenwürdige Versorgung der Betroffenen außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes gewährleistet und die Abrechnung der Aufwendungen mit Rücksicht auf den Zustand der Betroffenen möglichst einfach sein soll.

Der gesamte Bereich der Pflegeleistungen wurde in Form eines dynamischen Verweises auf die Vorschriften der gesetzlichen Pflegeversicherung gekoppelt, um zukünftige Änderungen schneller umsetzen zu können und so eine bundeseinheitliche Rechtslage in diesem Bereich zu erreichen (§ 11); lediglich zwei hessische Spezialregelungen bleiben erhalten.

Bei Sanatoriumsaufenthalten wird zukünftig auch die Beihilfefähigkeit für Begleitpersonen nicht schwerbehinderter Menschen eröffnet. In diesem Rahmen ist dann grundsätzlich eine Anspruchsgrundlage für eine soziale Indikation im Rahmen von zu begleitenden Kindern („Eltern-Kind-Kur“) geschaffen (§ 9 Abs. 1 Nr. 2).

Die Anlagen zu § 8 sind überarbeitet und erheblich gestrafft worden:

Anlage 1 regelt wie bisher die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung.

Anlage 2 regelt deutlich vereinfacht die Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen. Die Ansprüche sind weitgehend pauschaliert worden, die Neuregelung führt somit zu einer erheblichen Verwaltungsvereinfachung.

Anlage 3 folgt dem Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 12. November 2009 (Az. BVerwG 2 C 61.08) und regelt die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen für die Behandlung durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker.

Anlage 4 regelt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke. Das Recht ist an dieser Stelle grundlegend vereinfacht worden. Im Zuge der allgemeinen wirtschaftlichen und medizinischen Entwicklung sind die Höchstbeträge neu ausgestaltet worden. Hörgeräte sind zukünftig bis 1 500 Euro je Gerät, Sehhilfen - unabhängig von der Art ihrer Ausführung - bis zu 100 Euro je Glas und Jahr beihilfefähig.

Durch die Novelle des Hessischen Beihilferechts wird eine Senkung der Beihilfeausgaben um ca. 22 Millionen Euro jährlich für 2012 und 2013 und ca. 33 Millionen Euro ab 2014 (Jahresgesamtvolumen 2010 rd. 525 Millionen) erwartet. Der Faktor der Verwaltungsvereinfachung ist bei dieser Kostenschätzung noch nicht berücksichtigt. Ebenso wenig konnte die allgemeine Entwicklung im Gesundheitswesen in die Kostenprognose einfließen.

Zu den einzelnen Vorschriften

Zu § 1

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 1 und ist redaktionell angepasst worden.

Zu § 2

Zu Abs. 1

Alle Tarifbeschäftigten, denen ein Arbeitgeberbeitrag zu den Beiträgen in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung zusteht und die auf diese Weise einen vollen Krankenversicherungsschutz genießen, sind aus Fürsorgegründen auf einen Beihilfeanspruch nicht angewiesen. Für diesen Personenkreis besteht aufgrund ihrer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Vollschutz gegen das Risiko von Krankheit, zu den Versicherungsbeiträgen erhalten sie einen Arbeitgeberzuschuss. Aus Fürsorgegründen ist ein weiterer Fortbestand des Beihilfeanspruchs nicht geboten. Weggefallen ist der Beihilfeanspruch an sich für Tarifbeschäftigte (Angestellte und Arbeiterinnen und Arbeiter) bereits im Rahmen der Beihilfereform 2001. Darüber hinaus galt im Rahmen einer Bestandssicherung die Beihilfeberechtigung weiter für Personen, die bereits in der bis zum 30. April 2001 geltenden Fassung der Hessischen Beihilfenverordnung beihilfeberechtigt gewesen sind. Nach diesem Zeitpunkt neu eingetretene Beschäftigte waren nicht beihilfeberechtigt. Diese unterschiedliche Behandlung des Personenkreises der Beschäftigten wird, mit einer Übergangsfrist bis zum 31.12.2013 nach § 19 Abs. 2 beendet.

Zu Abs. 2

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung. Neu eingeführt wurde die Unschädlichkeit von kürzeren Zeiten eines Sonderurlaubs, um so die Beihilfeberechtigung bei Pflegezeit oder kurzfristiger Krankenversorgung zu erhalten, s. Begründung unter A.

Zu Abs. 3

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung; neu aufgenommen wurde der Hinweis auf die beihilfefähigen Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit, § 11.

Zu Abs. 4

Die Beihilfeausschlussregelung für befristet Beschäftigte (bisher § 2 Abs. 4 Nr. 3) ist infolge der Änderung des Abs. 1, mit einer Übergangsregelung in § 19 Abs. 2, entfallen. Im Übrigen entspricht die Vorschrift der bisherigen Regelung.

Zu Abs. 5

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung.

Zu § 3

Zu Nr. 1

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung in § 5 Abs. 6 Nr. 3. Der steuerliche Grundfreibetrag als Einkommensgrenze für Ehe- bzw. Lebenspartner hat sich bewährt, daran soll grundsätzlich festgehalten werden. Die Zuständigkeit für die Ermittlung und die Prüfung der Einkünfte obliegt nicht der Beihilfestelle sondern verbleibt in der Finanzverwaltung „in einer Hand“.

Zu Nr. 2

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Abs. 1 Nr. 2, ergänzt durch eine Regelung für studierende Kinder, die bislang im Rahmen einer Vorgriffsregelung erlassrechtlich geregelt war (Erlass vom 26. Juli 2006, StAnz, S. 1847).

Zu Nr. 3

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung.

Zu § 4

Zu Abs. 1

Eine Beihilfeberechtigung aufgrund eigener Ansprüche als beihilfeberechtigte Person soll Ansprüchen als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger in allen Fällen vorgehen. Damit sind alle Konkurrenzfälle gleichartig geregelt und es kommt in diesem Punkt zu einer Vereinfachung bei der Bearbeitung. Die Regelung folgt einer Absprache der Bund-Länder-Konferenz für das Beihilferecht zur Lösung von länderübergreifenden Beihilfekonkurrenzen und entspricht in ihrer Ausgestaltung dem Beihilferecht des Bundes und der anderen Länder.

Zu Abs. 2

Die Vorschrift entspricht der Regelung der bisherigen Abs. 3 und 4.

Zu Abs. 3

Die Vorschrift entspricht der Regelung des bisherigen Abs. 6.

Zu § 5

Das Bemessungssatzsystem ist personenbezogen ausgestaltet und entspricht damit dem System des Bundes und der anderen Länder. Dies war immer wieder ein Wunsch aus der Praxis, da es insbesondere von Betroffenen als problematisch empfunden wurde, z.B. im Rahmen einer Ab-

ordnung oder eines anderen vorübergehenden Aufenthalt beim Bund oder in einem anderen Land für diesen Zeitraum den Krankenversicherungsschutz an das vor Ort geltende Beihilferecht anzupassen. Neben dem Aufwand der Änderung des bestehenden Versicherungsvertrages drohten den Betroffenen ggf. auch finanzielle Nachteile bei der Umstufung und Rückstufung in andere Tarife.

Beihilfeberechtigte erhalten, wie bisher, einen Bemessungssatz von 50 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen. Durch einen Bemessungssatz von 80 Prozent für Kinder und 70 Prozent für Beihilfeberechtigte in Elternzeit und für Ehe- bzw. Lebenspartner, wenn (mindestens) ein berücksichtigungsfähiges Kind erzogen wird, ist dem Grundsatz der Familienfreundlichkeit Rechnung getragen.

Mit der Umstellung auf ein personenbezogenes Bemessungssatzsystem entfällt auch - wie beim Bund und den anderen Ländern - der sog. Stationärzuschlag.

Zu § 6

Neu eingeführt wurde eine sog. „100%-Grenze“ nach dem Vorbild des Bundes und der anderen Länder mit personenbezogenem Bemessungssatzsystem auf der Grundlage der Überlegung, eine Überversicherung zu Lasten der Beihilfe und damit zu Lasten des Landes zu verhindern. Damit wird gleichzeitig der immer wieder erhobene Vorwurf ausgeräumt, es bestehe die Möglichkeit einer „Gewinnerzielung“ zu Lasten der Beihilfe.

Zu § 7

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung. Erstattungsfähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen, die nach den in Abs. 2 bezeichneten Gebührenregelungen einzeln berechnet worden sind. Abweichend davon ist in Abs. 3 neu aufgenommen eine Ermächtigung zur Abrechnung von Aufwendungen für medizinische Leistungen, die im Rahmen von sog. Komplextherapien erbracht werden. Bei der Abrechnung im Rahmen von Komplextherapien sind die einzelnen Leistungsbestandteile nicht einzeln ausgewiesen. Deswegen ist nicht erkennbar, aus welchen einzelnen Leistungen sich die Gesamtbehandlung zusammensetzt und ob die einzelnen Bestandteile der Gesamtleistung an sich beihilfefähig sind. Nach bisherigem Recht war aus diesem Grund die Gewährung einer Beihilfe im Rahmen von Komplextherapien rechtlich ausgeschlossen. Die medizinische Entwicklung geht aber immer häufiger, insbesondere bei bestimmten Erkrankungsbildern wie z.B. orthopädischen oder neurologischen Erkrankungen, zu Behandlungen in Form sog. Komplextherapien über, bei denen ärztliche und physiotherapeutische oder psychologische Komponenten untrennbar miteinander verbunden sind. Die Ausweitung der Beihilfefähigkeit auf Aufwendungen für diese Therapieform entspricht daher einem Bedürfnis der Praxis und soll den Beihilfeberechtigten nicht vorenthalten werden. Regelmäßig sind Komplextherapien wirtschaftlich günstiger als eine Einzelberechnung, die fiktiv erfolgen müsste, aber auch nicht immer möglich ist.

Zu § 8

Zu Abs. 1

Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Recht.

In Nr. 2 ist eine moderate Anhebung des Eigenanteils bei Medikamenten von 4,50 Euro auf 5 Euro erfolgt. Geringverdienende werden im Rahmen einer Ausnahmeregelung berücksichtigt, die alle Arten von Geringverdienenden erfasst, nicht nur, wie bisher, die Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger.

In Nr. 6 wurde der Eigenanteil bei gesondert berechneter Unterkunft im Krankenhaus von 16 Euro auf 20 Euro pro Tag moderat angepasst. Gleichzeitig wurden die beihilfefähigen Höchstbeträge auf die Kosten der Aufwendungen für eine Behandlung im nächstgelegenen Krankenhaus der Maximalversorgung begrenzt. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass immer mehr Krankenhäuser sog. Privatkliniken ausgliedern, die lediglich rechtlich aber nicht funktional selbstständig sind, aber als Privatklinik nicht den Regelungen zur Höhe der Tagessätze nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen. In der Praxis hat dies in der jüngeren Vergangenheit dazu geführt, dass die Tagessätze in diesen Privatkliniken um mehrere hundert Prozent über denen des nicht privaten Bereichs derselben Klinik lagen. Um einem Ansteigen der Beihilfekosten in diesem Sektor entgegen zu wirken, ist in Nr. 6 eine Höchstgrenze eingezogen worden, die die angemessene Behandlung einer Erkrankung sicher stellt.

In Nr. 8 ist die Voraussetzung der „nur geringfügigen Erwerbstätigkeit“ aufgrund der Änderung der Lebenswirklichkeit entfallen. Das das bislang geltende Recht an dieser Stelle prägende Familienbild der „Alleinverdiener-Ehe“ ist durch die gesellschaftliche Entwicklung überholt. Die Regelung war deswegen an die praktischen Bedürfnisse anzupassen; in der Folge wurde gleichzeitig auch eine Gesamthöchstgrenze von einem Jahr eingeführt und die tägliche Hilfezeit von sechs auf zehn Stunden erhöht.

In Nr. 8 ist die aufwändige Vergleichsberechnung mit regelmäßig verkehrenden Verkehrsmitteln entfallen, die Regelung folgt in diesem Punkt der Reisekostenreform, wie sie im Hessischen Reisekostengesetz vom 9. Oktober 2010 (GVBl. I S. 397) angelegt worden ist.

Zu Abs. 2

Alle nicht beihilfefähigen Aufwendungen sind aus Gründen der Übersichtlichkeit in einem Absatz zusammengefasst worden.

Zu § 9

Bei Sanatoriumsaufenthalten ist auch die Beihilfefähigkeit für Begleitpersonen nicht schwerbehinderter Menschen eröffnet. Die Regelung enthält damit den grundsätzlichen Anspruch für eine soziale Indikation im Rahmen von zu begleitenden Kindern, z.B., wenn ein Kind oder ein Elternteil eines zu begleitenden Kindes eine Behandlung in einem Sanatorium durchführen muss. Die Fahrtkosten sind auf 100 Euro pro Anerkennung pauschaliert worden (Abs. 1 Nr. 4). Dies entspricht den Rechtsgedanken, dass eine Behandlung grundsätzlich an dem nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort durchgeführt werden soll und die Beihilfe aus Gründen der Fürsorge nicht gehalten ist, jede Mehrkosten kostenauslösende Wahl eines Behandlungsortes der Beihilfeberechtigten zu berücksichtigen. Mit der Gewährung einer Pauschale erfahren beide Interessen einen Ausgleich.

Zu § 10

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung. Zu der Höhe der Fahrtkosten (Abs. 2 Nr. 3) s. Begr. zu § 9.

Zu § 11

Zur Verwaltungsvereinfachung und in Rücksichtnahme auf eine bundesweit möglichst einheitliche Regelung erfolgt ein durchgängiger dynamischer Verweis auf das Elfte Buch Sozialgesetzbuch. Insbesondere im Bereich der Pflege kommt es vor, dass Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige von Verwandten außerhalb von Hessen betreut werden. Ein uneinheitliches Beihilferecht in diesen Bereich würde die alltäglichen Verhältnisse der Betroffenen

und der pflegenden Angehörigen weiter erschweren, als es aufgrund der pflegebedingten Situation ohnehin schon der Fall ist.

Darüber hinaus ist die Härtefallregelung in Abs. 2 als Höchstgrenze ausgestaltet worden. So kommt es zu einer deutlichen Vereinfachung der aufwändigen Berechnung der über die pflegebedingten Aufwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch hinausgehenden Pflegekosten in Abs. 3. Eine Vorlagepflicht des Nachweises der Pflegekasse stellt die Einhaltung der 100% Grenze (s. Begr. zu § 6) sicher.

Zu § 12

Neu in den Leistungskatalog aufgenommen worden ist eine Ermächtigungsgrundlage für Beihilfeleistungen in Hospizen. Sie ist der demographischen Entwicklung geschuldet und vor allem von dem Gedanken getragen, für durch ihre gesundheitsbedingte Lebenssituation stark belastete Beihilfeberechtigte und deren Angehörige eine einfache Geltendmachung und Abrechnung zu ermöglichen. Um in dieser Sondersituation dem Fürsorgegedanken angemessen Rechnung tragen zu können, werden, nach Abzug aller Leistungen anderer Leistungsträger, die vollen Restaufwendungen als Beihilfe ausbezahlt.

Zu § 13

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung. Der Beihilfeausschluss für Impfungen bei privaten Auslandsaufhalten wurde in die Verordnung übernommen, er war bislang in den Verwaltungsvorschriften geregelt.

Zu § 14

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung in § 11.

Zu § 15

Die Vorschrift schafft in Nr. 7 die Ermächtigungsgrundlage, die Aufwendungen für die Bestattungskosten eines tot geborenen Kindes zu erstatten, im Übrigen entspricht sie der bisherigen Regelung.

Zu § 16

Die Regelung fasst den Inhalt der bisherigen §§ 13 und 16 in einer Vorschrift übersichtlich zusammen. Sie dient der Vereinfachung der Berechnung und beinhaltet eine moderate Anhebung der Todesfallpauschale auf 700 Euro, unabhängig davon, ob es sich bei der verstorbenen Person um ein Kind oder einen Erwachsenen handelt. Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die Überführung gilt ein Festbetrag.

Zu § 17

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung in § 14.

Zu § 18

Zu Abs. 1

Eine Vertretung der Beihilfeberechtigten durch (natürliche oder juristische) Personen soll ausgeschlossen bleiben, um damit der Höchstpersönlichkeit des Beihilfeanspruchs gerecht werden zu können und die klare Grenze zur Unabtretbarkeit von Beihilfeansprüchen zu wahren.

Zu Abs. 2

Aufgrund der Besonderheiten der Bearbeitung der Beihilfe in einem elektronisch unterstützten Masseverfahren war es erforderlich, eine eigene Ermächtigung für die elektronische Form der Bearbeitung aufzunehmen.

Zu Abs. 3

Die Antragsmindestgrenze wurde auf 50 Euro herabgesetzt, da eine höhere Obergrenze im elektronisch unterstützten Bearbeitungsverfahren zur effizienten Bearbeitung nicht erforderlich ist und so gleichzeitig die Interessen der Beihilfeberechtigten gewahrt werden können, die so auch für einzelne oder niedrigere Arztrechnungen ihren Beihilfeanspruch schneller durchsetzen können und nicht über einen längeren Zeitraum in Vorleistung treten müssen. Gleichzeitig konnte aus den genannten Gründen die Rundungsvorschrift des bisherigen § 17 Abs. 8 entfallen.

Zu Abs. 6

In der Zuständigkeitsregelung in Nr.3 erfolgte die Übertragung der Zuständigkeit für die Beihilfeentscheidung für die Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger des Landtages auf den Hessischen Landtag.

Die Abs. 4 und 5 und 7 bis 10 entsprechen der Regelung im bisherigen § 17.

Zu § 19

Die Vorschrift regelt den Übergang für den vom Wegfall der Sachleistungsbeihilfe und der Beihilfe für Tarifbeschäftigte betroffenen Personenkreis bis zum endgültigen Wegfall zum 31.12.2013.

Weiterhin enthält die Vorschrift die Übergangsregelung, wie Aufwendungen, die vor Inkrafttretens des neuen Rechts zu behandeln sind.

Zu § 20

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Recht.

Zu § 21

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Recht und wurde redaktionell angepasst.

