Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die Sächsische Beihilfeverordnung (SächsBhVO) regelt in Ausgestaltung des § 102 SächsBG das Nähere hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Beihilfe sowie des Verfahrens der Beihilfegewährung.

Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung sollen insbesondere die sich aus dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPGÄndG) vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) und dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) ergebenden Änderungen in das Sächsische Beihilferecht übernommen werden.

In diesem Rahmen sollen vornehmlich der Erstattungsanspruch des Arbeitgebers hinsichtlich des von ihm nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz fortgezahlten Arbeitsentgeltes bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse hinsichtlich der von ihr nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlten Betriebsbeihilfe an Organspender, die einem Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Organ spenden, und die Leistungserweiterungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in das sächsische Beihilferecht übernommen werden.

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sieht vor allem bessere Leistungen für an Demenz erkrankten Menschen vor. Außerdem wurden Leistungsverbesserungen, wie die Möglichkeit der vorübergehenden Inanspruchnahme von häuslichen Betreuungsleistungen, die Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme, die Betreuung in ambulant betreuten Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen, eingeführt. Diese Leistungen sind zwingend in den Bereich der Beihilfe zu übernehmen, damit Beihilfegewährung und Pflegeversicherung aufeinander abgestimmt sind bzw. bleiben.

Neben den genannten Anpassungen sind redaktionelle Berichtigungen, inhaltliche Klarstellungen und Ergänzungen der am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen SächsBhVO vorgesehen. Dies betrifft insbesondere die

- Aufhebung der Begrenzung für Material- und Laborkosten für implantologische Leistungen bei den schwerwiegenden Indikationen des § 11 Abs. 2 SächsBhVO,
- Anpassung der Anwendungsbereiche für ambulante psychotherapeutische Leistungen an die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und damit an den Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),

- Aufnahme der Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V in den Umfang der Beihilfe,
- Anpassung des Umfangs der Beihilfefähigkeit für eine neuropsychologische Therapie an das Niveau der GKV auf Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Anknüpfung der Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten bei vorübergehenden Beeinträchtigungen an das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung für den Transport,
- Moderate Erhöhung einzelner Höchstbeträge für Heilpraktikerleistungen,
- Anpassung des Kurorteverzeichnisses an die aktuelle Liste der Kur- und Erholungsorte im Freistaat Sachsen gemäß § 3 Abs. 5 SächsKurG und des Verzeichnisses der Kurorte im europäischen Ausland,
- Ergänzung der Antragsvordrucke entsprechend den Anforderungen des Vollzugs.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung)

Zu Nummer 1

Redaktionelle Änderung. Der Inhalt des Satzes 3 ist schon durch Satz 1 und 2 erfasst.

Zu Nummer 2

Mit der Umformulierung wird ergänzend klargestellt, dass auch ein Heilfürsorgeanspruch bei einem anderen Dienstherrn als dem Freistaat Sachsen eine Beihilfegewährung für Aufwendungen ausschließt. Damit wird auch der seltene Fall eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen erfasst, der Heilfürsorge erhält und die Einkommensgrenze nach § 4 Abs. 2 unterschreitet.

Zu Nummer 3

Inhaltliche Klarstellung des bisherigen Begriffs „Anlass“.

Zu Nummer 4

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 5

Redaktionelle Berichtigung eines Rechtschreibfehlers.

Zu Nummer 6

Klarstellung, dass die Begrenzung nur für gesondert berechenbare Aufwendungen gilt und nicht für Auslagen, Material- und Laborkosten, die mit den Gebührenziffern des Gebührenverzeichnisses zur GOZ abgegolten sind. Gesondert berechenbare Materialien für kieferorthopädische Leistungen die über den Standard hinausgehen und nach Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses zur GOZ berechnet werden können, gehören nicht zu den notwendigen Aufwendungen und sind deshalb nicht beihilfefähig. Außerdem soll die Begrenzung aus Fürsorgegründen nicht bei den schwerwiegenden Indikationen des § 11 Abs. 2 SächsBhVO zur Anwendung kommen.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Die Anwendungsbereiche der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen wurden an die aktuelle Fassung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst, um den Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen die gleichen Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen wie den GKV-Versicherten.

Zu Buchstabe b

Mit der Formulierung wird klargestellt, dass die Leistungen grundsätzlich in Höhe der Vergütungssätze, die mit den Sozialversicherungsträgern vereinbart sind, beihilfefähig sind, aber auch andere Pauschalabrechnungen (z. B. PKV-Sätze) anerkannt werden können. Liegen diesen jedoch keine Vergütungsvereinbarungen zu Grunde, muss die Wirtschaftlichkeit gegenüber Einzelabrechnungen gewährleistet sein.

Zu Nummer 8

Die Änderung hat klarstellenden Charakter. Die Formulierungen in den §§18 und 19 werden vereinheitlicht.

Zu Nummer 9

Redaktionelle Berichtigung.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung dahingehend, dass die in der Anlage 3 genannten Heilmittel nicht nur abschließend geregelt sind, sondern Aufwendungen auch nur bis zu dem dort jeweils genannten Höchstbetrag beihilfefähig sind.

Zu Buchstabe b

Klarstellung, dass nur für Medizinisches Aufbautraining und Medizinische Trainingstherapie die genannten Voraussetzungen und Beschränkungen gelten. Die Beihilfefähigkeit anderer Formen der Gerätegestützten Krankengymnastik (z. B. Behandlung von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates beim Physiotherapeuten auf ärztliche Verordnung) ist nicht an diese Voraussetzungen und Beschränkungen gebunden.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Auf die Begründung zu Nummer 7 Buchstabe b wird verwiesen.

Zu Buchstabe c

Im Bereich der GKV wird die Versorgung psychisch Kranker auch durch psychiatrische Institutsambulanzen sichergestellt. Unter einer Institutsambulanz versteht man ein multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot psychiatrischer Fachkrankenhäuser und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, welche gemäß § 118 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Es handelt sich um eine berufsgruppenübergreifende, ambulante Krankenhausleistungen im Sinne von Komplextherapien. Versorgungsschwerpunkte sind die Behandlung schwer und chronisch Kranker im Rahmen der Nachsorge, aber auch Notfallpsychiatrie. Ziel ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung, aber auch die Sicherstellung einer Behandlung für Patienten, die von den Angeboten niedergelassener Ärzte oder Therapeuten nicht oder nicht ausreichend erreicht werden. Die Vergütung wird durch Vereinbarung gemäß §§ 118, 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V geregelt. Es werden danach Vergütungsvereinbarungen mit der GKV auf Landesebene geschlossen. Die Beihilfefähigkeit ist nur in diesem Umfang und unter den Voraussetzungen der Vereinbarungen gegeben. Mit der Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung durch psychiatrische Institutsambulanzen im Rahmen des Leistungsumfangs und der vereinbarten Vergütungen der GKV können auch Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige diese Angebote nutzen. Ein dem § 16 Abs. 3 SächsBhVO entsprechendes Genehmigungsverfahren ist nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe d

Mit der Erhöhung der Gesamtsitzungszahl von 25 auf 80 wird die Neuregelung der neuropsychologischen Therapie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung als dort zugelassene neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nachvollzogen. Als Folge dessen wird der bisherige beihilfefähige Höchstbetrag in Höhe von 61,35 EUR durch die nach der Gebührenordnung für Ärzte analog abrechenbaren Ziffern 849, 860, 870 und 871 ersetzt.

Zu Buchstabe e

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Die bisherige Regelung hat insbesondere bei vorübergehenden Beeinträchtigungen der Mobilität zu erheblichem Vollzugsaufwand geführt. Aus diesem Grunde sind Fahrtkosten in diesem Fall nur noch beihilfefähig, wenn eine ärztliche Verordnung für die Fahrten vorliegt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Änderung aus Gründen der Normsystematik. Der Satz 3 entspricht dem bisherigen § 59 Abs. 3 Satz 1 SächsBhVO. Weiterhin wird klargestellt, dass für Fahrten von Schwerbehinderten und Pflegebedürftigen sowie Fahrten zur Dialyse, Strahlentherapie oder Chemotherapie der beihilfefähige Betrag nicht zu mindern ist. Dies gilt ebenso für Fahrten von Organspendern, da diese – wie im Bereich der GKV (vgl. § 27 Abs. 1a Satz 3 SGB V) – nicht mit Eigenbeteiligungen (Zuzahlungen) zu belasten sind.

Zu Nummer 13

Mit der Ergänzung wird in Anlehnung an die Begriffsbestimmungen der Sächsischen Trennungsgeldverordnung klargestellt, wann es sich um eine auswärtige Behandlung handelt.

Zu Nummer 14

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, dass eine Person die den Haushalt weiterführen kann, nur eine volljährige Person sein kann.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Klarstellung, dass die Entwöhnung als Teil der Suchtbehandlung zu den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gehört. Bei der zuvor durchzuführenden Entgiftung handelt es sich in der Regel um eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 20 SächsBhVO.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Die Ergänzung in Nummer 1 entspricht inhaltlich dem bisherigen § 59 Abs. 3 Satz 2 SächsBhVO.

Zu Buchstabe c

Auf die Begründung zu Nummer 7 Buchstabe b wird verwiesen.

Zu Nummer 16

Folgeänderung aufgrund Nummer 15 Buchstabe a.

Zu Nummer 17

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 18

Die beihilfefähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Organ-, Gewebe- oder Stammzellspende werden immer dem Empfänger zugeordnet, auch wenn sie tatsächlich bei dem Spender entstanden sind. Die Vorschrift gilt sowohl für postmortale Organspenden, für die auf Grundlage des Vertrages nach § 11 Abs. 2 Transplantationsgesetz (TPG), mit dem die Deutsche Stiftung für Organtransplantationen (DSO) als Koordinierungsstelle beauftragt wurde, für die Organbeschaffung Organisations- und Flugtransportkostenpauschalen an die DSO zu leisten sind, als auch für Lebendspenden, bei denen dem Spender Aufwendungen entstehen. Diese Aufwendungen sind – wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – immer dem Empfänger zuzuordnen.

Der bisherige § 47 Abs. 3 SächsBhVO wird aus Gründen der Übersichtlichkeit in zwei Absätze aufgeteilt und dabei an die Änderungen im Zusammenhang mit einer Organspende aufgrund des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes angepasst.

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 3 umfasst die mittelbaren Folgekosten einer Transplantation, die nicht unmittelbar nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig sind. Dies betrifft im Einzelnen Aufwendungen, die für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und den Transport sowie die Organisation für die Bereitstellung des Organs, Gewebes oder der Stammzellen anfallen.

Zu Buchstabe b

Nach dem neuen Absatz 4 sind die einem Lebendspender entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Dazu gehören insbesondere die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dies gilt auch für Aufwendungen des Organspenders, die über die Leistungen nach Abschnitt 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Organspenders umfasst sind, was der Regelung in § 27 Abs. 1a SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dies stellt sicher, dass für den Spender mit der Spende keine Einschränkung seiner krankenversicherungsrechtlichen Absicherung verbunden ist.

Wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind vom Vorgang der Spende Folgeerkrankungen abzugrenzen, die in einem zeitlichen Abstand zur Spende eintreten. Folglich sind Aufwendungen für Folgeerkrankungen des Spenders grundsätzlich nicht beihilfefähig, wenn dieser nicht Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist (zum Beispiel nach Lebendspende einer Niere Ausfall der zweiten Niere).

Zudem ist in Absatz 4 Satz 4 – wie bisher – geregelt, dass auch der vom Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen beihilfefähig ist (vgl. auch BSG, Urteil vom 12. Dezember 1972, 3 RK 47/70). Nachgewiesener Ausfall an Arbeitseinkommen ist insoweit der Verdienstausfall in Höhe des Nettolohnes. Eigene Beiträge zur Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung werden jedoch nicht ersetzt. Ebenso wurde im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Artikel 2 des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes § 44a SGB V eingefügt, mit dem die bisherige Praxis der Krankenkassen zur Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften von Spendern von Organen oder Geweben im Wege eines eigenständigen Anspruchs auf Krankengeld auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und damit für die erforderliche Rechtssicherheit sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Krankenkassen gesorgt wurde. Die Private Krankenversicherung hat ebenso eine Selbstverpflichtungserklärung beschlossen und dem Bundesminister für Gesundheit unter dem 9. Februar 2012 übermittelt

(BT-DrS. 17/9773, S. 38). Darin hat sie sich verpflichtet, im Falle einer Organ- und Gewebespende zugunsten eines privat krankenversicherten Organempfängers die aus der Spende entstehenden Kosten des Organspenders einschließlich des nachgewiesenen Verdienstausfalls zu erstatten. Die Selbstverpflichtungserklärung wird von allen Mitgliedsunternehmen des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. getragen.

Neu aufgenommen wurde in Absatz 4 Satz 5, dass dem Arbeitgeber des Spenders von Organen, Geweben und Stammzellen auf Antrag das nach § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers unmittelbar erstattet wird. Dies ist Folge der Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes durch Artikel 1a des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes. Die in § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz vorgesehene Erstattungspflicht gilt für die gesetzliche und private Krankenversicherung sowie die Beihilfeträger des Bundes. Für öffentlich-rechtliche Träger von Kosten in Krankheitsfällen (Beihilfe) auf Landesebene gilt dies jedoch nur, wenn dies landesrechtlich vorgesehen wird. Die Übernahme einer entsprechenden Erstattungsregelung in Absatz 4 Satz 5 trägt dem Umstand Rechnung, dass die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers infolge einer Spende von Organen, Geweben und Stammzellen von diesem bewusst in Kauf genommen wird und damit nicht Ausdruck des vom Arbeitgeber zu tragenden allgemeinen Krankheitsrisikos des Arbeitnehmers ist. Folglich ist der Arbeitgeber nicht mit den Kosten der Entgeltfortzahlung zu belasten. Die Kostenerstattung fördert wiederum bei dem Arbeitgeber die Akzeptanz für die Spende des Arbeitnehmers und dient damit insgesamt der Verbesserung der Absicherung des Lebendspenders von Organen, Geweben und Stammzellen. Die wirtschaftliche Belastung der Kostenträger auf Seiten des Empfängers durch diesen Erstattungsanspruch des Arbeitgebers ist hingegen angemessen und ist als solche letztlich auch nicht neu; vielmehr entspricht sie der schon nach bisheriger Rechtspraxis gegebenen Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften gegenüber dem Spender (s. o.).

Entsprechendes gilt für die mit Absatz 4 Satz 6 eingeführte Erstattungsregelung zu Gunsten der landwirtschaftlichen Krankenkasse hinsichtlich der von ihr gezahlten Betriebshilfe an den Organspender. Damit wird letztlich auch im Falle der Leistungen für die Betriebshilfe dem Grundsatz Rechnung getragen, dass insgesamt der Kostenträger auf Seiten des Empfängers zuständig ist.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung aufgrund Buchstabe b.

Vorbemerkung zu den Nummern 19 bis 23

Die Versicherungspflicht gegen das Risiko der dauernden Pflegebedürftigkeit umfasst alle in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung versicherten Personen (§ 1 Abs. 2 SGB XI). Die Leistungen der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung sind deshalb im Wesentlichen gleich. Die beihilferechtlichen Regelungen verfolgen eine vergleichbare Zielrichtung und lehnen sich daher überwiegend an die entsprechenden Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch an.

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz greift den unmittelbar bestehenden Hilfebedarf demenzkranker Menschen auf und sieht für diesen Personenkreis ab dem 1. Januar 2013 solange mehr und bessere Leistungen vor, bis ein Gesetz in Kraft tritt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens vorsieht. Sie sind Teil eines Gesamtkonzeptes zur Verbesserung der Lage von an Demenz erkrankten Menschen.

Außerdem wurden weitere umfassende Leistungsverbesserungen eingeführt. So besteht nun auch die Möglichkeit der vorübergehenden Inanspruchnahme von häuslichen Betreuungsleistungen, der Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme, der Betreuung in ambulant betreuten Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen.

Die Übernahme im Bereich der Beihilfe ist zwingend angezeigt, damit Beihilfegewährung und Pflegeversicherung aufeinander abgestimmt sind bzw. bleiben und den Beihilfeberechtigten letztlich nicht Aufwendungen verbleiben, die das Grundsicherungsniveau der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch unterschreiten. Auch aus Fürsorgegesichtspunkten (vgl. § 45 BeamtStG) ist das nunmehr im Elften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehene Leistungsspektrum auch im Bereich der Beihilfe zu übernehmen.

Zu Nummer 19

Bei Pflegebedürftigen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, waren bislang in Anlehnung an das Elfte Buch Sozialgesetzbuch nur Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 48 Abs. 3 SächsBhVO und zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 53 SächsBhVO ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe im Rahmen des Abschnittes 6 beihilfefähig.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurden entsprechend der Zielsetzung dieses Gesetzes für diesen Personenkreis umfassende Leistungsverbesserungen eingeführt. Danach erhält dieser Personenkreis erstmals auch Leistungen für die häusliche Pflege, Verhinderungspflege sowie Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Mit der Neuregelung wird insoweit klargestellt, dass entsprechende Aufwendungen für diesen Personenkreis nunmehr ebenfalls beihilfefähig sind.

Zu Nummer 20

Zu Buchstabe a

Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI – unabhängig vom Vorliegen einer Pflegestufe – erfüllen, erhalten im Bereich der sozialen Pflegeversicherung eine (bei Vorliegen einer Pflegestufe erhöhte) Pflegesachleistung, die auch für Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI eingesetzt werden kann. Diese Aufwendungen werden nunmehr ebenfalls als beihilfefähig anerkannt.

Durch den auf § 123 SGB XI erweiterten Verweis können Aufwendungen bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen bis zur Höhe der nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Höchstbeträge als beihilfefähig anerkannt werden. Damit wird sichergestellt, dass auch Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 45a SGB XI die betragsmäßig höheren Höchstbeträge des § 123 SGB XI in Anspruch nehmen können.

Zu Buchstabe b

Die Pauschalbeihilfe wird ebenfalls an die Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch angepasst. Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen und denen eine Pflegestufe zuerkannt wurde, erhalten somit eine erhöhte Pauschalbeihilfe. Wurde diesen Pflegebedürftigen keine Pflegestufe zuerkannt, zum Beispiel weil das zeitliche Ausmaß der Pflegebedürftigkeit die Zuerkennung einer Pflegestufe nicht zulässt, erhalten diese erstmals eine Pauschalbeihilfe, die in entsprechender Anwendung des § 123 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI 120 EUR kalendermonatlich beträgt.

Bei Empfängern von Pauschalbeihilfe, die die Leistung der Kurzzeitpflege nach § 52 SächsBhVO in Anspruch nehmen, ist bisher an die Stelle der Pauschalbeihilfe die Leistung der Kurzzeitpflege getreten; der Anspruch auf Pauschalbeihilfe ruhte für die Dauer der Kurzzeitpflege. Entsprechendes galt bisher auch für die Leistung bei Verhinderung einer Pflegeperson nach § 51 SächsBhVO. Zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor

stationär“ wurde nunmehr im Elften Buch Sozialgesetzbuch eine gleichzeitige Gewährung der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) der jeweiligen Pflegestufe nach § 37 SGB XI und der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ermöglicht. Hintergrund ist, dass auch in den Zeiten, in denen Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege abgerufen werden, weiterhin finanzielle Belastungen in der Pflegesituation (insbesondere Lohnausfall) bestehen. Mit dem neu eingefügten Satz 3 wird diese Regelung in das Beihilferecht übernommen.

Diese Regelung steht auch nicht der Fortsetzung der bisherigen Praxis der Pflegekassen, bei stundenweiser Verhinderungspflege von bis zu acht Stunden am Tag das Pflegegeld in vollem Umfang fortzugewähren, entgegen. Insoweit ist weiterhin den Besonderheiten einer stundenweisen Verhinderungspflege Rechnung zu tragen. Diese Praxis kommt auch (weiterhin) im Beihilferecht zur Anwendung.

Zu Buchstabe c

Auf die Begründung zur Änderung des Absatzes 2 wird verwiesen.

Mit der Regelung wird die Kürzung der Pauschalbeihilfe – wie im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beim Pflegegeld (§ 38 SGB XI) – verhindert. Dadurch wird dem Ziel Rechnung getragen, dass familiäre Pflege zukünftig weiter gestärkt und der Kontakt des behinderten Menschen mit seiner Familie im bisherigen Umfang unterstützt wird. Die Regelung dient in erster Linie der Klarstellung.

Zu Buchstabe d

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen erhalten im Bereich der sozialen Pflegeversicherung neben dem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder neben dem Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI (oder neben dem Anspruch auf die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI) zusätzlich einen pauschalen Wohngruppenzuschlag. Der Zuschlag beträgt 200 Euro monatlich.

Mit dem neu eingefügten Absatz 6 kann ein solcher pauschaler Zuschlag im Bereich der Beihilfe gewährt werden. Der Zuschlag wird pauschal (ebenso wie die Pauschalbeihilfe) gewährt und unterliegt nicht dem Bemessungssatz (§ 57 SächsBhVO); die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird der pauschale Zuschlag zur Hälfte gewährt. Die Leistung wird pauschal zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt. Damit wird diese

Versorgungsform gestärkt und es wird berücksichtigt, dass in Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige besondere Aufwendungen entstehen. Der Zuschlag wird zwar als Pauschale, aber nur zweckgebunden gewährt: Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit des Zuschlages ist, dass in der Wohngruppe mindestens eine Pflegekraft organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet (Präsenzkraft). Auf einen konkreten Nachweis entstandener Kosten wird – ebenso wie in § 38a SGB XI – bewusst verzichtet.

Der Zuschlag kann zum Beispiel auch dafür genutzt werden, eine geeignete Pflegekraft nach Absatz 1 dafür zu entlohnen, dass sie – neben der Pflege- und Betreuungstätigkeit – verwaltende Tätigkeiten in der Wohngruppe übernimmt.

Mit dem Verweis auf § 38a Abs. 2 SGB XI wird sichergestellt, dass die pauschale Leistung nach Satz 1 – wie im Bereich der sozialen Pflegeversicherung – nicht gewährt wird, wenn die Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist.

Zu Nummer 21

Häufig können pflegende Angehörige an einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nur teilnehmen, wenn gleichzeitig die pflegerische Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen vor Ort sichergestellt ist. Um auch den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die keine Zulassung zur Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch besitzen, eine pflegerische Versorgung im Rahmen des Sachleistungssystems der Pflegeversicherung zu ermöglichen, wurde der Anspruch auf die Sachleistung der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 4 SGB XI erweitert. Dieser Anspruch soll auch im Bereich der Beihilfe mit dem Verweis auf § 42 Abs. 4 SGB XI gewährleistet werden.

Die gemeinsame Unterbringung von pflegenden Angehörigen und deren Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme eröffnet auch Möglichkeiten, die Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mit einer gleichzeitigen Schulung des pflegenden Angehörigen für die Pflege und mit entsprechenden Beratungsangeboten zu verbinden, damit längerfristig eine Überlastung des pflegenden Angehörigen durch die Pflegetätigkeit vermieden werden kann und die häusliche Pflege sichergestellt bleibt.

Zu Nummer 22

Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (vgl. § 38a SGB XI) wird neben Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des

Pflegebedürftigen gemäß § 40 Abs. 4 SGB XI (§ 54 Abs. 2 SächsBhVO) ein einmaliger Betrag von 2 500 EUR gewährt (vgl. § 45e SGB XI). Der Gesamtbetrag ist auf 10 000 EUR je Wohngruppe beschränkt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Mio. EUR erreicht worden ist, spätestens aber am 31. Dezember 2015. Neben den Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach den Vorgaben des § 45e SGB XI deshalb nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat. Damit wird sichergestellt, dass bei Ausschöpfung der Förderhöhe oder nach dem 31. Dezember 2015 auch keine Leistungen der Beihilfe mehr erbracht werden.

Zu Nummer 23

§ 55 Abs. 4 SächsBhVO ist Ausdruck der in der Beihilfe konkretisierten Fürsorgepflicht des Dienstherrn, welche in den Fällen ein Eingreifen des Dienstherrn gebietet, in denen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Einkünften trotz ausreichender Eigenvorsorge nicht in der Lage sind, die unmittelbar mit der Pflege zusammenhängenden Aufwendungen zu bestreiten. § 55 Abs. 4 Satz 2 SächsBhVO bestimmt die zumutbaren Eigenanteile. Hinsichtlich der diese Eigenanteile übersteigenden Kosten besteht Anspruch auf Beihilfe. Nach § 57 Abs. 8 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen auf 100 Prozent.

Mit dieser Regelung wird grundsätzlich in Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes (Urteil vom 24.01.2012, Az. 2 C 24/10) sichergestellt, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt auch nach Abzug der Kosten für die Eigenvorsorge gewahrt bleibt. Nach dem vorgenannten Urteil ist nämlich sicherzustellen, dass auch nach Abzug der Pflegekosten genügend Einkommen verbleibt, um den amtsangemessenen Lebensunterhalt bestreiten zu können. Dennoch ist es geboten, den Eigenanteil bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten im Falle vollstationärer Pflege oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen moderat auf 60 Prozent senken. Unter Zugrundelegung des derzeitigen Eigenanteiles von 70 Prozent muss davon ausgegangen werden, dass ein amtsangemessener Lebensunterhalt nicht mehr verbleibt, da aus diesem Betrag neben den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch die auf das (volle) Einkommen entfallende Einkommensteuer (und Solidaritätszuschlag) zu entrichten ist.

Zu Nummer 24

Mit dem neuen Absatz 3 wird – in Ergänzung zu § 47 Abs. 4 SächsBhVO – sichergestellt, dass der Organspender nicht mit Eigenbeteiligungen zu belasten ist.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 27 Abs. 1a SGB V) sind von Organspendern Zuzahlungen nicht zu leisten. Für Arzneimittel, stoffliche Medizinprodukte und Verbandmittel sind deshalb grundsätzlich keine Eigenbeteiligungen abzuziehen.

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung nach § 20 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b SächsBhVO gilt dies nur, wenn diese Leistungen vom Versicherungsschutz des Organspenders umfasst sind. Dies entspricht § 27 Abs. 1a SGB V, wonach der Organspender auch Anspruch auf Leistungen hat, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.

Zu Nummer 25

Hinsichtlich der Änderungen in § 60 Abs. 1 Satz 2 SächsBhVO wird auf die Begründung zu Nummer 24 verwiesen. Die Änderung in § 60 Abs. 1 Satz 3 SächsBhVO, wonach die Legaldefinition des § 44 Abs. 4 verwendet wird, ist redaktionell.

Zu Nummer 26

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 27

Der Ausschluss einer Liposuktion (Fettabsaugung) zur Behandlung eines Lipödems geht auf das Urteil des OVG Lüneburg vom 22. Januar 2013, 5 LB 50/11, mit dem festgestellt wurde, dass diese Behandlungsmethode in diesen Fällen nicht als wissenschaftlich allgemein anerkannt angesehen werden kann, zurück. Nicht ausgeschlossen ist eine Liposuktion indessen bei anderen spezifischen Krankheitsbildern, wie etwa bei gravierenden Bewegungsbeeinträchtigungen.

Zu Nummer 28

Der Vertrag zwischen den Heilpraktikerverbänden und dem BMI, an dem sich die Höchstsätze der SächsBhVO ausgerichtet haben, wurde zum 31. Dezember 2012 gekündigt. Der Nachfolgevertrag sieht Änderungen bei Nummer 2 und moderate Erhöhungen der Vergütungen nach Nummer 25 vor. Diese wurden bei den Höchstsätzen der Anlage 2 berücksichtigt. Außerdem wurden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Nummer 29

Die Anlage 4 wurde entsprechend der letzten Änderung der Liste der staatlich anerkannten Kurorte in Sachsen laut Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr über die Änderung der Liste der Kur- und Erholungsorte im Freistaat Sachsen gemäß § 3 Abs. 5 SächsKurG vom 13. Dezember 2012 (SächsABl. S. 73) angepasst. Außerdem wurden Kurorte im europäischen Ausland, die den Qualitätsstandards des Europäischen Heilbäderverbandes entsprechen, ergänzt.

Zu Nummer 30

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 31

Zu Anlage 8 bis 10

Die Antragsvordrucke wurden redaktionell angepasst.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Artikel 2 regelt das Inkrafttreten.