4. Entwurf - Stand: ~~15~~7.04~~24~~29.07.~~05~~.2013

Verordnung

des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO)

Vom 16. November 2012

Aufgrund von § 102 Abs. 7 des Beamtengesetzes für den Freistaat Sachsen (Sächsisches Beamtengesetz – SächsBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Mai 2009 (SächsGVBl. S. 194), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 27. Januar 2012 (SächsGVBl. S. 130, 140) geändert worden ist, wird verordnet:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1
Allgemeine Regelungen

§ 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur
§ 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige
§ 3 Konkurrenzen
§ 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
§ 5 Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit
§ 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
§ 7 Aufwendungen im Ausland

Abschnitt 2
Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen
Unterabschnitt 1
Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8 Ärztliche Leistungen
§ 9 Heilpraktikerleistungen

Unterabschnitt 2
Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10 Zahnärztliche Leistungen
§ 11 Implantologische Leistungen
§ 12 Kieferorthopädische Leistungen
§ 13 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
§ 14 Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne
§ 15 Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf

Unterabschnitt 3
Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16 Psychotherapeutische Leistungen
§ 17 Psychosomatische Grundversorgung
§ 18 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
§ 19 Verhaltenstherapie

Unterabschnitt 4
Stationäre Leistungen

§ 20 Krankenhausleistungen

Unterabschnitt 5
Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21 Arzneimittel
§ 22 Medizinprodukte
§ 23 Hilfsmittel
§ 24 Sehhilfen
§ 25 Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

Unterabschnitt 6
Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26 Heilmittel
§ 27 Komplextherapie und integrierte Versorgung
§ 28 Mobilitätstraining für Blinde
§ 29 Soziotherapie
§ 30 Häusliche Krankenpflege
§ 31 Palliativversorgung

Unterabschnitt 7
Ergänzende Leistungen
§ 32 Fahrtkosten
§ 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten
§ 34 Kommunikationshelfer
§ 35 Familien- und Haushaltshilfe
§ 36 Überführungskosten in Todesfällen
Abschnitt 3
Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren
§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
§ 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
§ 39 Kuren
Abschnitt 4
Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten
§ 40 Schutzimpfungen
§ 41 Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen
§ 42 Kinderuntersuchungen
§ 43 Verhütung von Zahnerkrankungen
Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen
§ 44 Schwangerschaft und Geburt
§ 45 Künstliche Befruchtung
§ 46 Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
§ 47 Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende
Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
§ 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit
§ 49 Häusliche Pflege
§ 50 Teilstationäre Pflege
§ 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
§ 52 Kurzzeitpflege
§ 53 Zusätzliche Betreuungsleistungen
§ 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
§ 55 Vollstationäre Pflege
§ 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe
Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe
§ 57 Bemessung der Beihilfe
§ 58 Begrenzung der Beihilfe
§ 59 Eigenbeteiligungen
§ 60 Selbstbehalt
§ 61 Belastungsgrenzen
Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften
§ 62 Verfahren
§ 63 Antragsfrist
§ 64 Verwaltungsvorschriften
Abschnitt 9
Übergangs- und Schlussvorschriften
§ 65 Übergangsvorschriften
§ 66 Inkrafttreten und Außerkrafttreten
Anlage 1 (zu § 4 Abs. 4 Satz 2)
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
Anlage 2 (zu § 9)
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern
Anlage 3 (zu § 26 Abs. 2 und 5)
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel
Anlage 4 (zu § 39 Abs. 2 und 5)
Kurorteverzeichnis
Anlage 5 (zu § 41 Abs. 4)
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung
Anlage 6 (zu § 44 Abs. 2)
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen
Anlage 7 (zu § 45 Abs. 1)
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung
Anlage 8 (zu § 62 Abs. 1)
Antrag auf Gewährung von Beihilfe
Anlage 9 (zu § 62 Abs. 1)

Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe
Anlage 10 (zu § 62 Abs. 1)
Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Abschnitt 1
Allgemeine Regelungen

§ 1
Anwendungsbereich und Rechtsnatur

(1) Diese Verordnung regelt das Nähere hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Beihilfe sowie des Verfahrens der Beihilfegewährung.

(2) Diese Verordnung gilt für die Beamten und Versorgungsempfänger der in § 1 des Beamtengesetzes für den Freistaat Sachsen (Sächsisches Beamtengesetz – SächsBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Mai 2009 (SächsGVBl. S. 194), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 27. Januar 2012 (SächsGVBl. S. 130, 140) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Dienstherrn.

(3) Der Anspruch auf Beihilfe kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden. Abweichend von Satz 1 ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger zulässig, solange und soweit für dessen Forderung ein Anspruch auf Beihilfe besteht.

(4) Stirbt der Beihilfeberechtigte, erhält derjenige die Beihilfe zu den bis zum Tod und aus Anlass des Todes entstandenen Aufwendungen, wer die Belege und den Erbschein zuerst vorlegt.

(5) Für die Berechnung der auszuzahlenden Beihilfe gelten folgende Begriffsbestimmungen:

1. Aufwendungen sind die durch einen Rechnungsbetrag nachgewiesenen tatsächlichen Kosten einer Leistung oder Pauschalen, die einen tatsächlichen Aufwand abgelten sollen.
2. Dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 1 für Leistungen, zu denen aufgrund des in dieser Verordnung festgelegten Leistungsprogramms im Einzelfall Geldleistungen gewährt werden könnten.
3. Beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 2 unter Beachtung von Höchstgrenzen, Begrenzungen und sonstigen Einschränkungen.
4. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die in Nummer 3 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung von Anrechnungen von Erstattungen und Sachleistungen (§ 6) sowie von Eigenbeteiligungen (§ 59).
5. Festgesetzte Beihilfe sind die in Nummer 4 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes (§ 57).
6. Beihilfe ist die in Nummer 5 genannte Beihilfe abzüglich des Selbstbehaltes (§ 60).

(6) Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246, 2258), in der jeweils geltenden Fassung, verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Gesetzes zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern (Beamtenstatusgesetz – BeamtStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das durch Artikel 15 Abs. 16 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160, 262) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.

§ 2
Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten sind der Ehegatte (berücksichtigungsfähiger Ehegatte) und die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten nach § 40 Abs. 2 oder 3 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3020, 3032), in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, in Verbindung mit § 17 Abs. 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes (SächsBesG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Januar 1998 (SächsGVBl. S. 50), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 14. Dezember 2011 (SächsGVBl. S. 654) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder § 50 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Gesetzes über die Versorgung der Beamten und Richter in Bund und Ländern (Beamtenversorgungsgesetz – BeamtVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1999 (BGBl. I S. 322, 847, 2033), in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, in Verbindung mit § 17 Abs. 2 SächsBesG berücksichtigungsfähigen Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder).

(2) Kinder sind auch berücksichtigungsfähig, wenn für sie Anspruch auf einen Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, besteht oder ein solcher nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind bei diesen nicht berücksichtigungsfähig.

§ 3
Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem aktiven Dienstverhältnis auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs aus. Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines nach beamtenrechtlichen Vorschriften zustehenden Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche aus. Satz 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.

(2) Beihilfe wird nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt, wenn diese aufgrund eines aktiven Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind.

(3) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 102 Abs. 3 SächsBG genannten Gesetzen gleich.

(4) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(5) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung schriftlich bestimmt haben (Wahlrecht). Das Wahlrecht kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. Das Wahlrecht gilt als ausgeübt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung des Angehörigen erfolgt ist. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, wird der Angehörige bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den in § 2 Abs. 1 genannten Familienzuschlag, den Auslandskinderzuschlag oder vergleichbare Leistungen für diese Person erhält.

§ 4
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dessen Berücksichtigungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(2) Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten sind nur beihilfefähig, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes (EStG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 8. Mai 2012 (BGBl. I S. 1030) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der letzten drei Jahre 18 000 EUR nicht übersteigen. Dies gilt nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 35 Abs. 4 Satz 2, § 36 oder § 44 Abs. 1, 2, 4 und 5 handelt. Maßgebend für die durchschnittlichen Einkünfte nach Satz 1 sind die in den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung erzielten Einkünfte. Wird der Höchstbetrag nach Satz 1 unterschritten, ist dies auf Verlangen der Festsetzungsstelle durch Kopien der Einkommensteuerbescheide der Bezugsjahre oder andere geeignete Unterlagen zu belegen. Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 4 nachgewiesen werden, kann Beihilfe gewährt werden, wenn der Beihilfeberechtigte glaubhaft macht, dass der Höchstbetrag nach Satz 1 in dem nach Satz 3 maßgeblichen Zeitraum nicht überschritten wurde.

(3) Beihilfefähig sind nach Maßgabe dieser Verordnung nur Aufwendungen für medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind und für die die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Andere Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 BeamtStG eine besondere Härte darstellen würde.

(4) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, einschließlich der hierbei verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte, setzt voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode vorgenommen werden. Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, die

1. in Anlage 1 Nr. 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig und

2. in Anlage 1 Nr. 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

(5) Die Angemessenheit von Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325), in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert durch § 5 der Verordnung von 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721), in der jeweils geltenden Fassung. Liegen keine begründeten besonderen Umstände vor, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens (Schwellenwert) nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden.

~~Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 GOÄ und § 2 Abs. 1 Satz 1 GOZ erbracht werden, sind nur nach den Vorgaben des Satzes 2 beihilfefähig.~~

(6) Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen bewertet werden. Die Dienstherren, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, oder der Kommunale Versorgungsverband Sachsen können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über erstattungsfähige Aufwendungen in Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. Sofern die in Satz 2 genannten Kostenträger Verträge im Sinne von Satz 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfefestsetzung ebenfalls zugrunde gelegt werden. Beurteilt sich die Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen nach Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen, kann die Beihilfefähigkeit nur anerkannt werden, wenn die Vereinbarung der Festsetzungsstelle vorliegt und der Rechnungssteller auf der Rechnung vermerkt, welche Vereinbarung der Rechnungsstellung zugrunde liegt.

(7) Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfekonformen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 oder § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 SGB V oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246, 2263) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, versichert, sind die Aufwendungen unangemessen, welche die in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V vereinbarten Gebühren übersteigen. Sofern keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, beurteilt sich die Angemessenheit nach § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 SGB V.

(8) Für Beihilfeberechtigte nach § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SächsBG , die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind (Beamte im Ausland) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen.

§ 5
Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. ~~-~~für ~~-~~Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige~~n~~ Angehörige~~n~~, denen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 147 SächsBG oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften ~~Beamte, denen Heilfürsorge nach § 147 SächsBG~~ zusteht,
2. für Beihilfeberechtigte, soweit ein Anspruch auf Leistungen der Unfallfürsorge nach den §§ 32 bis 34 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, oder vergleichbarer bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften besteht,
3. für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,
4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie pädagogische Maßnahmen,
6. für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen entstehen, insbesondere nach einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings und
7. soweit ein Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht oder im Einvernehmen mit diesem übertragen worden ist.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme. Nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten oder eingetragenen

Lebenspartners. Wurde die Heilmaßnahme von einer Person erbracht, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu dem nahen Angehörigen steht und selbst nicht liquidationsberechtigt ist, gelten die von dem nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig. Satz 1 gilt nicht in den Fällen des § 47 Abs. 1 oder wenn die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden konnte oder es dem Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar war, eine andere Praxis aufzusuchen, und der Umfang der Behandlung das Maß dessen deutlich übersteigt, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird.

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen und
2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist.

(4) Beihilfeleistungen sind bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen auf Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt. Dies gilt nicht für berücksichtigungsfähige, von der Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung erfasste Kinder des Beihilfeberechtigten, der nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, wenn für das Kind eine beihilfekonforme private Krankenversicherung besteht.

(5) In den Fällen der Absätze 1 bis 4 ist § 4 Abs. 3 Satz 2 nicht anzuwenden.

§ 6
Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören und für Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

(2) Von beihilfefähigen Aufwendungen für Zahnersatz ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

(3) Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche sind bei der Beihilfefestsetzung auch dann in voller Höhe zu berücksichtigen, wenn sie gegenüber Dritten nicht geltend gemacht wurden. Dies gilt nicht für Kinder im Fall des § 5 Abs. 4 Satz 2.

(4) Bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

§ 7
Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Abs. 8 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 4 Abs. 5 findet keine Anwendung. Aufwendungen für Leistungen nach Abschnitt 6 sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder Dienstort beihilfefähig wären.

(2) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Abs. 8 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dabei sind Fahrtkosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 abweichend von § 5 Abs. 3 Nr. 2 entsprechend § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 beihilfefähig. Ohne die Beschränkung nach Satz 1 sind diese Aufwendungen beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise des Beihilfeberechtigten entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 1 000 EUR je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. ~~aus~~ bei akutem ~~Anlass~~ Behandlungsbedarf oder zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
4. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt nur in Betracht, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines anderen von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes (Vertrauensarztes) die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.

(3) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind, soweit in der Verordnung nichts anderes bestimmt ist, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären.

Abschnitt 2
Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1
Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8
Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Ist dem Dienstherrn vom Beihilfeberechtigten für ein Fernbleiben vom Dienst eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, sind die Aufwendungen hierfür beihilfefähig.

§ 9
Heilpraktikerleistungen

Aufwendungen für ambulante Leistungen von Heilpraktikern sind nach Maßgabe der Anlage 2 beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Aufwendungen für Auslagen sind beihilfefähig, wenn eine Berechnung in entsprechender Anwendung des § 10 GOÄ zulässig wäre.

Unterabschnitt 2
Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10
Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Die Beihilfefähigkeit von implantologischen, kieferorthopädischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen richtet sich nach den §§ 11 bis 13 und für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 14 Abs. 1. § 8 ~~Abs. 1~~ Satz 2 gilt entsprechend.

§ 11
Implantologische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig. Die Höchstzahl der Implantate nach Satz 1 schließt vorhandene Implantate, zu denen Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, ein. Sind Aufwendungen für Implantate über die Höchstzahl nach Satz 1 und unter Berücksichtigung des Satzes 2 hinaus entstanden, sind die Gesamtaufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 GOZ entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern.

(2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind ohne Begrenzung auf eine Höchstzahl der Implantate beihilfefähig bei

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
   - a) Tumoroperationen,
   - b) Entzündungen des Kiefers,
   - c) Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer follikulärer Zysten oder Keratozysten,
   - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
   - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder

f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen oder
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken

und wenn der behandelnde Zahnarzt das Vorliegen der Indikationen bescheinigt hat.

§ 12
Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung notwendig ist

und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat. Bei Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsel des Kieferorthopäden bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind. Aufwendungen für Leistungen zur Weiterführung der Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig.

§ 13
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ,
4. umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen einschließlich kombinierter kieferorthopädischer und kieferchirurgischer Maßnahmen,
5. Gebisssanierungen, wenn die zentrische Okklusion durch Veränderungen in der horizontalen oder vertikalen Kieferrelation oder Frontzahnführung verloren gegangen ist oder
6. umfangreichen Gebisssanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist

und wenn der Befund vom Zahnarzt dokumentiert ist.

§ 14
Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne

(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten sowie Lagerhaltung nach § 4 Abs. 3 und § 9 der GOZ, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 2150 bis 2320, den Abschnitten F und H Nr. 7080 bis 7100 sowie Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses zur GOZ entstanden sind, sind zu 60 Prozent beihilfefähig~~.~~; gesondert berechenbare Materialien nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G des Gebührenverzeichnisses zur GOZ sind nicht beihilfefähig. B~~b~~ei Indikationen nach § 11 Abs. 2 sind die Aufwendungen nach Satz 1 zu 100 Prozent beihilfefähig. Wenn in einer Rechnung zahnärztliche Leistungen, Auslagen, Material- und Laborkosten nicht getrennt ausgewiesen sind, sind bei der Beihilfefestsetzung 60 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages als Aufwendungen anzusetzen.

(2) Die Aufwendungen des Heil- und Kostenplanes für medizinisch notwendige Leistungen nach Nummer 0030 oder 0040 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ sind beihilfefähig.

§ 15
Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,

3. implantologische Leistungen nach § 11 und
4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach § 13.

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Unterabschnitt 3
Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16
Psychotherapeutische Leistungen

(1) Psychotherapeutische Leistungen umfassen ambulante Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie.

(2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1, sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 12 und der §§ 17 bis 19 beihilfefähig, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt.

(3) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung der in Absatz 6 genannten seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie höchstens acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 1 Nr. 3 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) oder des Arztes ergeben.

(4) Vor Behandlungen durch einen Psychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung ist von einem Arzt vorzunehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich zu bestätigen.

(5) Für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

(6) Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen, insbesondere depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen, insbesondere Konversionsstörungen,
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder
9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,

und wenn eine Sitzung eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung umfasst.

(7) Aufwendungen für eine Katathym-Imaginative Psychotherapie sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

(8) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Verhaltenstherapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

(9) Psychotherapeutische Leistungen sind neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen dem Grunde nach beihilfefähig, wenn psychische Faktoren einen

wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet. Indikationen hierfür sind insbesondere:

1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
2. psychische~~n~~ Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,~~Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung in der Phase der Entwöhnung oder im Zustand der Abstinenz,~~
~~2~~3. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
~~3~~4. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
~~4~~5. psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

(10) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind ~~in angemessenem Umfang~~dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die ~~mit~~von Sozialversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen mit der Einrichtung zu tragen sind. Sofern solche nicht bestehen, sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütungssätze, die aufgrund einer Vereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder des Satzes eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit der Einrichtung zu tragen sind, beihilfefähig. ~~bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind. Sofern eine Vergütungsvereinbarung mit diesen nicht besteht, sind die Aufwendungen bis zur Höhe des aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Einrichtung zu tragenden Pauschalbetrages beihilfefähig.~~

(11) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ

auch in Form eines internetgestützten Therapieverfahrens dem Grunde nach beihilfefähig. Für internetgestützte Therapieverfahren sind bis zu fünfzehn Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(12) Aufwendungen sind im gleichen Behandlungszeitraum nur für ein Behandlungsverfahren nach den §§ 17, 18 oder 19 beihilfefähig. Werden mehrere Behandlungsverfahren gleichzeitig durchgeführt, sind die Aufwendungen insgesamt nicht beihilfefähig.

§ 17
Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

1. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ und
2. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ.

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall dem Grunde nach beihilfefähig für

1. übende Interventionen, insbesondere autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie, als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich,
2. suggestive Interventionen, insbesondere Hypnose, als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen und
3. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu fünfundzwanzig Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form.

Leistungen nach Satz 1 Nr. 3, die in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 kombiniert werden, sind nicht beihilfefähig. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Psychotherapeuten oder Arzt durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügt.

(4) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Urologie durchgeführt wird.

§ 18
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. Analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 60 Sitzungen	höchstens weitere 30 Sitzungen

3. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern einschließlich gegebenenfalls notwendiger Einbeziehung von Bezugspersonen:

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 30 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

4. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen einschließlich gegebenenfalls notwendiger Einbeziehung von Bezugspersonen:

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 40 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

Die Zuordnung von Jugendlichen zum Behandlungsumfang hat unter Beachtung der in § 1 Abs. 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 34a des

Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515, 2536) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, niedergelegten Grundsätze im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach § 16 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 zu erfolgen.

(2) Aufwendungen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn diese Person

1. Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche ist:
   a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   b) Psychiatrie und Psychotherapie oder
   c) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
   oder
2. Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ ist.

Aufwendungen für eine analytische Psychotherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn diese Person über eine der in Satz 1 Nr. 2 genannten Bereichsbezeichnungen verfügt, wobei eine Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ vor dem 1. April 1984 verliehen sein muss.

(3) Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG durchgeführt, sind die Aufwendungen nur für diejenige anerkannte Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Person eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, und ist diese Person zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen, sind Leistungen nur für diejenige Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Zulassung oder Eintragung erfolgt ist. Verfügt die Person über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, sind sowohl Maßnahmen der tiefenpsychologisch fundierten als auch der analytischen Psychotherapie beihilfefähig. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine Ausbildung an einem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich.

(4) Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Absätzen 2 und 3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt, neben der Berechtigung nach den Absätzen 2 und 3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

(5) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für weitere Sitzungen über den anerkannten Umfang hinaus ist stets, dass jeweils vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird.

(6) In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 16 Abs. 6, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.

(7) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie nicht beihilfefähig. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Antrages beihilfefähig sein.

§ 19
Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapien nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Bei Erwachsenen

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen

im besonderen Ausnahmefall	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. Bei Kindern und Jugendlichen einschließlich gegebenenfalls notwendiger ~~begleitender Behandlung~~Einbeziehung von Bezugspersonen

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(2) Von dem Begutachtungsverfahren nach § 16 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt hat, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als zwanzig Sitzungen erfordert. Muss die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 16 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen. § 16 Abs. 3 Satz 2 ist anzuwenden.

(3) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn die Person eine der in § 18 Abs. 2 Satz 1 genannten Qualifikationserfordernisse erfüllt und sie den Nachweis erbringt, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat.

(4) Werden Behandlungen von einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen durch einen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person die in § 18 Abs. 3 Satz 2 genannten Qualifikationsanforderungen erfüllt oder über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt.

(5) Für den Nachweis der fachlichen Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und für Gruppenbehandlungen gilt § 18 Abs. 4 entsprechend.

Unterabschnitt 4
Stationäre Leistungen

§ 20
Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen für Leistungen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, die nach dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2012 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613, 1630), in der jeweils geltenden Fassung, oder der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613, 1614), in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für

1. vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a SGB V in Verbindung mit § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG oder § 1 Abs. 3 BPflV,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG oder § 2 Abs. 2 BPflV und
3. Wahlleistungen in Form
   a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne von § 17 KHEntgG oder des § 16 Satz 2 BPflV,
   b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne von § 17 KHEntgG oder des § 16 Satz 2 BPflV bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder, wenn Zweibettzimmer weder als allgemeine Krankenhausleistung noch als Wahlleistung angeboten werden, bis zur Hälfte der Kosten eines Einbettzimmers, und
   c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen nach den §§ 21, 22 oder für ärztliche Leistungen.

(2) Bei Behandlungen in anderen, nicht in Absatz 1 genannten Krankenhäusern, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nr. 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG unter Zugrundelegung der oberen Grenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors ergibt,
2. in allen anderen Fällen ein täglicher Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz bei Behandlung von
   a) Erwachsenen
      aa) vollstationär bis zu 293,80 EUR
      bb) teilstationär bis zu 225,60 EUR
   b) Kindern
      aa) vollstationär bis zu 379,20 EUR
      bb) teilstationär bis zu 286,80 EUR,
3. gesondert berechnete Wahlleistung für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors und
4. Kosten einer Notfallversorgung, wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

Absatz 1 Nr. 3 Buchst. a gilt entsprechend.

(3) Beihilfefähig ist auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft im Krankenhaus nach Maßgabe des Absatzes 1 Nr. 2; bei Behandlung in einem Krankenhaus nach Absatz 2 gilt Halbsatz 1 entsprechend. Die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Bescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Beihilfefähig ist in den Fällen des Satzes ~~3~~ 2 ein Betrag von bis zu 13 EUR täglich.

(4) Aufwendungen von Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nr. 3 Buchst. b entspricht, wenn aus medizinischen Gründen keine Unterbringung in einem Einbettzimmer notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.

Unterabschnitt 5
Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21
Arzneimittel

(1) Arzneimittel sind die in § 2 Abs. 1, 2 Nr. 1, Abs. 3a und 4 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192, 2216) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen, Gegenstände oder Erzeugnisse.

(2) Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn diese bestimmt sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper der Heilung oder Linderung einer Erkrankung oder der Erkennung eines Krankheitsbildes zu dienen. Aufwendungen für Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies sind bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Arzneimittel, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Abs. 3 Satz 2.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die

1. überwiegend zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen, der Anreizung oder Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen oder
2. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. Das ist dann der Fall, wenn das Arzneimittel nach seiner objektiven Zweckbestimmung üblicherweise auch von Gesunden benutzt wird.

§ 22
Medizinprodukte

(1) Medizinprodukte sind, unabhängig von der konkreten Zweckbestimmung durch den Hersteller, die in § 3 Nr. 1 bis 3 des Gesetzes über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz – MPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I

S. 2192, 2223) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Gegenstände, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sowie deren Zubehör (§ 3 Nr. 9 Satz 1 MPG), es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 2 AMG. Stoffliche Medizinprodukte sind Medizinprodukte, die aus Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen bestehen.

(2) Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete stoffliche Medizinprodukte sind beihilfefähig, wenn diese geeignet sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper eine Erkrankung zu heilen oder zu lindern oder wenn sie der Erkennung eines Krankheitsbildes dienen.

(3) Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete andere als in Absatz 2 genannte Medizinprodukte sind nach Maßgabe der §§ 23 und 24 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Medizinprodukte, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Abs. 3 Satz 2.

(4) Aufwendungen für Medizinprodukte, die den in § 21 Abs. 3 genannten Zwecken dienen, sind nicht beihilfefähig.

§ 23
Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel sind Medizinprodukte, soweit es sich nicht um stoffliche nach § 22 Abs. 1 Satz 2 handelt, und Blindenführhunde. Beihilfefähig sind unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 10 die Aufwendungen für Anschaffung, Unterweisung in den Gebrauch, Betrieb, Reparatur, Ersatz und Unterhaltung der Hilfsmittel.

(2) Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel sind beihilfefähig, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und sofern sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Krankenhaus- oder Praxisausstattung anzusehen sind.

(3) Aufwendungen für die Reparatur eines beihilfefähigen Hilfsmittels sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen beihilfefähigen Hilfsmittels sind in der bisherigen Ausführung ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels erfolgt und in dieser Verordnung keine gesonderten Zeiträume für eine erneute Beschaffung festgelegt sind.

(4) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von beihilfefähigen Hilfsmitteln sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100 EUR hinausgehen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Sehhilfen.

(5) Aufwendungen für Hilfsmittel zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Aufwendungen für die Miete solcher Hilfsmittel sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.

(6) Aufwendungen für Perücken und sonstige Kopfhaarersatzstücke sind bis zum Betrag von 520 EUR beihilfefähig, wenn ein totaler, sehr weitgehender oder krankhaft entstellender partieller Haarausfall oder eine erhebliche Verunstaltung des Kopfes vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung eines Kopfhaarersatzstückes sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind. Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr.

(7) Aufwendungen für Hörgeräte sind dem Grunde nach beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist für Personen ab dem vollendeten achtzehnten Lebensjahr begrenzt auf einen Betrag von 1 500 EUR je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung. Absatz 6 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(8) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Aufrichtfunktion eines Aufrichtstuhls bis zu 150 EUR,
2. die Spezialhard- und -software einer Computerspezialausstattung für Menschen mit Behinderungen bis zu insgesamt 3 500 EUR; für Braillezeilen für Blinde mit 40 Modulen bis zu insgesamt 5 400 EUR,
3. Brustprothesenhalter in Höhe des 15 EUR übersteigenden Betrages und
4. Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnnen in Höhe des 40 EUR übersteigenden Betrages.

(9) Aufwendungen für Schuhe sind nur unter den Voraussetzungen der Nummern 1 bis 3 beihilfefähig:

1. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur dauerhaften Versorgung sind jeweils in Höhe des 64 EUR übersteigenden Betrages und nach folgenden Höchstgrenzen beihilfefähig für
   a) Orthesenschuhe,
   b) Spezialschuhe für Diabetiker und
   c) Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, bei folgender Ausführung:
      aa) Straßenschuhe – Erstausstattung zwei Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,
      bb) Hausschuhe – Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,
      cc) Sportschuhe – Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren
      dd) Badeschuhe – Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach vier Jahren.
2. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur vorübergehenden Versorgung sind beihilfefähig für
   a) Fußteilentlastungsschuhe,
   b) Innenschuhe,
   c) Korrektursicherungsschuhe,
   d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehnenschädigung oder Lähmungszuständen und
   e) Verbandschuhe.
3. Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen oder für orthopädische Einlagen, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse sind an jeweils bis zu sechs Paar Schuhen pro Jahr beihilfefähig.

(10) Aufwendungen für Sehhilfen sind nach Maßgabe des § 24 beihilfefähig. Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln für Blinde sind nach Maßgabe des § 28 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln, die der Pflege von Pflegebedürftigen dienen (Pflegehilfsmittel), richtet sich ausschließlich nach § 54 Abs. 1.

§ 24
Sehhilfen

(1) Sehhilfen sind Brillen, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen.

(2) Aufwendungen für Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe oder zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 8 und des § 23 Abs. 3 und 4 beihilfefähig.

(3) Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes; bei erstmaliger Beschaffung einer vergrößernden Sehhilfe auch dann, wenn bereits eine schriftliche Verordnung für eine Brille oder für Kontaktlinsen vorliegt. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 15 EUR je Sehhilfe beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Brillengläser oder Kontaktlinsen sind dem Grunde nach beihilfefähig. Bei Personen nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres ist die Beihilfefähigkeit begrenzt auf einen Betrag von 80 EUR je Auge alle zwei Jahre, einschließlich Handwerksleistung und Reparaturkosten. Eine Übertragung nicht genutzter Beträge auf nachfolgende Jahre ist nicht möglich. Aufwendungen für Brillenfassungen sind nur im Fall des Absatzes 8 beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Kontaktlinsen mit einer regelmäßigen Tragedauer bis zu sieben Tagen (Kurzzeitlinsen), sind ohne die Begrenzungen nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig, wenn folgende Indikationen vorliegen:

1. Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
2. Ektropium,
3. Entropium,
4. Lidschlussinsuffizienz,
5. Symblepharon oder
6. Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme.

(6) Aufwendungen für Brillengläser einer augenärztlich verordneten zusätzlichen Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen sind bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig. Bei Vorliegen einer augenärztlich festgestellten Aphakie sind darüber hinaus auch die Aufwendungen für die Brillengläser einer zusätzlichen Brille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig.

(7) Aufwendungen für vergrößernde Sehhilfen sind auch neben Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen alle drei Jahre beihilfefähig für:

1. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder als Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser), in begründeten Einzelfällen als Fernrohrlupenbrillensystem, gegebenenfalls einschließlich der Systemträger,
2. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als Handfernrohre oder fokussierbare Monokulare und
3. elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens sechsfachen Vergrößerungsbedarf.

(8) Aufwendungen für eine Brillenfassung für eine während des Schulsports zu tragende Sportbrille sind für Schüler bis zum vollendeten zwanzigsten Lebensjahr alle zwei Jahre bis zu 55 EUR beihilfefähig. Daneben sind die Aufwendungen für Brillengläser der Sportbrille beihilfefähig.

§ 25
Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

(1) Aufwendungen für Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind nur unter den Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für enterale Ernährung in Form von Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen und diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig ist bei:

1. Ahornsirupkrankheit,
2. AIDS-assoziierten Diarrhöen,
3. angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,
4. angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
5. Colitis ulcerosa,
6. Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
7. erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, insbesondere bei Mundboden- und Zungenkarzinom,
8. Kurzdarmsyndrom,
9. Morbus Crohn,
10. Mukoviszidose,
11. Multipler Nahrungsmittelallergie,
12. Niereninsuffizienz,
13. Phenylketonurie,
14. postoperativer Nachsorge oder
15. Tumortherapien, auch nach der Behandlung.

(3) Aufwendungen für Elementardiäten sind für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr auch beihilfefähig bei

1. Kuhmilcheiweißallergie oder
2. Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

Unterabschnitt 6
Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26
Heilmittel

(1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen auf den Gebieten der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie.

(2) Aufwendungen für ein von einem Arzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnetes Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 und der Anlage 3 beihilfefähig, wenn dieses ~~in der Anlage 3 aufgeführt ist,~~ von einem Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandt wird, der die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt und die jeweils erbrachten Leistungen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen.

(3) Aufwendungen für ein ~~ärztlich verordnetes~~ Gerätegestützte Krankengymnastik einschließlich eines Medizinischen Aufbautrainings (MAT) oder eine ~~einer~~ Medizinischen Trainingstherapie (MTT) ~~mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule~~

sind, auch als Bestandteil einer Gerätegestützten Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten, bis zu maximal fünfundzwanzig Sitzungen je Krankheitsfall und nur beihilfefähig, wenn

1. dadurch eine Erkrankung der Wirbelsäule behandelt wird,

~~1~~2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und

~~2~~3. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann.

(4) Aufwendungen für Maßnahmen der Podologischen Therapie sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (Diabetisches Fußsyndrom) dient.

(5) Werden Heilmittel in Einrichtungen erbracht, die der Betreuung und Behandlung von Kranken oder Menschen mit Behinderungen dienen, für die die §§ 20 und 37 bis 39 keine Anwendung finden und wird an Stelle der in der Anlage 3 genannten Höchstbeträge ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 EUR beihilfefähig.

§ 27
Komplextherapie und integrierte Versorgung

(1) Komplextherapien sind Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen, die die Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 erfüllen, unter Beteiligung eines Psychotherapeuten oder eines Arztes erbracht werden.

(2) Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19 und 26, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind ~~unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen im angemessenen Umfang~~dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die von Sozialversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen mit der Einrichtung oder mit Leistungserbringern zu tragen sind. Sofern solche nicht bestehen, sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütungssätze, die aufgrund einer Vereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder des Satzes eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit der Einrichtung zu tragen sind, beihilfefähig.

(3) ~~, die von Sozialversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen mit der Einrichtung oder Leistungserbringern oder, sofern eine solche nicht bestehtlich, aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Einrichtung oder Leistungserbringern zu tragen sind.~~Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die mit Sozialversicherungsträgern vereinbart sind beihilfefähig.

(~~3~~4) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind für bis zu maximal ~~fünfundzwanzig~~achtzig Sitzungen je Krankheitsfall ~~und bis zu einem Betrag von 61,35 EUR pro Sitzung~~ bei einer Behandlungsdauer von mindestens fünfzig Minuten beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dien~~t~~en und von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer ~~vergleichbaren sonstigen~~vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht ~~wird~~werden.

(~~4~~5) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung im Sinne von § 140a SGB V erbracht und pauschal ~~berechnet~~ abgerechnet werden, sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütung beihilfefähig, die in Verträgen zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b SGB V oder, sofern solche nicht bestehen, in entsprechenden Vereinbarungen des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Einrichtung oder Leistungserbringern geregelt sind.

§ 28
Mobilitätstraining für Blinde

(1) Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln (Mobilitätstraining) für Blinde sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

   a) je Unterrichtsstunde (sechzig Minuten), einschließlich fünfzehn Minuten Vor- und 63,50 EUR

Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu einhundert Stunden

b) Fahrzeitentschädigung für Fahrten des Trainers, je angefangene fünf Minuten 4,21 EUR

c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenem Kilometer 0,30 EUR

oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,

d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers pro Tag, soweit eine tägliche Rückkehr zu seinem Wohnort nicht zumutbar ist 26 EUR.

Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, sind die Aufwendungen des Trainers nur in Höhe des auf den Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen entfallenden Anteils und bis zu den anteiligen Höchstbeträgen nach Satz 1 beihilfefähig.

2. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining, insbesondere bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder eines Wohnortwechsels sind entsprechend Nummer 1 beihilfefähig.

3. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an elektronischen Blindenleitgeräten sind entsprechend Nummer 1 bis zu dreißig Stunden beihilfefähig; darüber hinaus können in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere zwanzig Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.

(2) Sofern der Trainer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen.

§ 29
Soziotherapie

(1) Aufwendungen für eine von einem Facharzt mit den Gebietsbezeichnungen Psychiatrie, Neurologie und Psychiatrie oder Nervenheilkunde verordnete Soziotherapie sind nach Maßgabe des § 37a SGB V beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind

1. folgende Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises:
   a) Schizophrenie,
   b) schizotype Störung,
   c) anhaltende wahnhafte Störung,
   d) induzierte wahnhafte Störung und
   e) schizoaffektive Störung

   und
2. folgende affektive Störungen:
   a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,
   b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und
   c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

(2) Aufwendungen einer Krankenpflegekraft sind im Umfang und bis zur Höhe der Kosten, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, beihilfefähig.

§ 30
Häusliche Krankenpflege

(1) Häusliche Krankenpflege umfasst

1. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
2. Behandlungspflege,
3. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und
4. ambulante psychiatrische Krankenpflege.

Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege sind dem Grunde nach beihilfefähig. Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen für vorübergehende häusliche Krankenpflege, die außerhalb des Haushalts des Gepflegten an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen von Berufspflegekräften oder geeigneten Ersatzpflegekräften bis zur Höhe der örtlichen Vergütungssätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die in vergleichbaren Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

(3) Wird die häusliche Krankenpflege durch nahe Angehörige im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 2 durchgeführt, sind nur die folgenden Aufwendungen bis zu der sich nach Absatz 2 ergebenden Höhe beihilfefähig:

1. Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und
2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

§ 31
Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Abs. 1 Satz 2 bis 4, Abs. 2 und 3 SGB V gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung, einschließlich Unterkunft und Verpflegung, in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind höchstens bis zur Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden Zuschusses beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist.

Unterabschnitt 7
Ergänzende Leistungen

§ 32
Fahrtkosten

(1) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
3. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung~~, wenn eine der Voraussetzungen des Satzes 3 vorliegt~~ und
6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens erforderlich ist.

Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist. Aufwendungen nach Satz 1 sind ohne ärztliche Verordnung dem Grunde nach beihilfefähig, wenn

1. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen~~,~~
~~2. vorübergehend eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach den Kriterien von Nummer 1 vorliegt~~ oder
~~3~~2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

(2) Aufwendungen für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(3) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Sächsische Gesetz über die Reisekostenvergütung der Beamten und Richter (Sächsisches Reisekostengesetz – SächsRKG) vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866), in der jeweils geltenden Fassung, entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug nur nach § 5 Abs. 1 Satz 1 SächsRKG gewährt wird. Bei Fahrten nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 und Abs. 2 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig. Bei Fahrten nach Absatz 1 ist der beihilfefähige Betrag um 10 EUR je einfache Fahrt zu mindern. Ausgenommen hiervon sind Fahrten unter den Voraussetzungen des Abs~~.~~atzes 1 Satz 3 ~~sowie~~und Fahrten von Spendern nach § 47 Abs. 4.

(4) Ist für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. § 44 Abs. 5 Satz 4 und 5 bleibt unberührt.

§ 33
Unterkunfts- und Verpflegungskosten

(1) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlungen mit Ausnahme von Kuren (§ 39) sind bis zum Höchstbetrag von 30 EUR täglich beihilfefähig. Auswärtig ist eine Behandlung, wenn sie mehr als 30 Kilometer vom Wohnort entfernt erfolgt oder eine tägliche Rückkehr zur Wohnung unzumutbar ist, weil bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Abwesenheit von der Wohnung mehr als zwölf Stunden oder die benötigte Zeit für das Zurücklegen der Strecke zwischen Wohnung und Behandlungsort und zurück mehr als drei Stunden beträgt. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft und Verpflegung in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Ausland sind bis zur Höhe der Auslandstagegeld- und -übernachtungskostensätze nach den Anlagen 1 bis 5 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen (Sächsische Auslandsreisekostenverordnung – SächsARKVO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 2012 (SächsGVBl. S. 535), in der jeweils geltenden Fassung, beihilfefähig.

§ 34
Kommunikationshelfer

Sind aufgrund einer Hör- oder Sprachbehinderung Kommunikationshelfer im Sinne von § 2 Nr. 1 der Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Verwendung von Gebärdensprache und anderen Kommunikationshilfen im Verwaltungsverfahren (Sächsische Kommunikationshilfenverordnung – SächsKhilfVO) vom 20. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 499), in der jeweils geltenden Fassung, bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen im Einzelfall erforderlich, sind die hierfür entstandenen Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 SächsKhilfVO beihilfefähig.

§ 35
Familien- und Haushaltshilfe

(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind nach ärztlicher Verordnung beihilfefähig, wenn

1. der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung aufgrund der Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen ambulanten oder stationären Leistung nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. die Person nach Nummer 1, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist,
3. im Haushalt mindestens ein Beihilfeberechtigter oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
4. keine andere im Haushalt lebende, volljährige Person den Haushalt weiterführen kann.

Sie werden der jüngsten im Haushalt verbleibenden Person zugeordnet.

(2) Die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 liegen auch vor,

1. für die ersten achtundzwanzig Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung oder der Durchführung einer ambulanten Operation oder
2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird.

(3) Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 ist bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten in den Fällen des Absatzes 2 nicht anzuwenden.

(4) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zur Höhe von 8 EUR pro Stunde, höchstens 64 EUR täglich, beihilfefähig. Im Todesfall der den Haushalt führenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch einen nahen Angehörigen im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 2 durchgeführt, gilt für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen § 30 Abs. 3 entsprechend.

(5) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim untergebracht, sind die notwendigen Aufwendungen hierfür bis zur Höhe der Vergütungssätze der Träger der

gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. Bei Unterbringung dieser Personen in einem fremden Haushalt sind die Aufwendungen bis zur Höhe der in Absatz 4 Satz 1 genannten Sätze beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

1. eine ambulante ärztliche Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine medizinisch notwendige Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer. Werden bei Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienstort statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen nahe Angehörige des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

§ 36
Überführungskosten in Todesfällen

Ist der Tod eines Beamten während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Ortes seiner Hauptwohnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des Sächsischen Meldegesetzes (SächsMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Juli 2006 (SächsGVBl. S. 388), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (SächsGVBl. S. 638) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne zum Ort seiner Hauptwohnung beihilfefähig. Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Auslandsdienstort mit dem Beamten in einem Haushalt wohnen, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig.

Abschnitt 3
Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren

§ 37
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Die medizinische Rehabilitation umfasst alle ambulant oder stationär durchgeführten ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen zur Wiederherstellung körperlicher Funktionen und Organfunktionen, der Gesundheit, gesellschaftlicher, beruflicher und schulischer Teilhabe eines erkrankten oder verletzten Menschen über die in den §§ 8 bis 30 genannten Leistungen hinaus.

(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Heilbehandlungen im Anschluss oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer Krankenhausbehandlung in geeigneten spezialisierten Einrichtungen (Anschlussheilbehandlung),
2. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen, oder in Krankenhäusern,
3. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, soweit das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
4. Familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert, in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
5. ~~Suchtbehandlungen, die auch als Entwöhnung durchgeführt werden können~~Entwöhnungen im Rahmen einer Suchtbehandlung~~,~~ einschließlich ambulanter Nachsorge in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
6. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in Wohnortnähe und
7. ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne von § 44 Abs. 1 Nr. 3 oder Nr. 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 13 Abs. 26 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579, 601) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(3) Aus Anlass von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16, 20 Abs. 1 Nr. 3 und §§ 21 bis 29 beihilfefähig. Daneben sind beihilfefähig Aufwendungen für:

1. Fahrtkosten nach Maßgabe des § 32 Abs. 3, wobei bei stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 der beihilfefähige Höchstbetrag für Aufwendungen der An- und Abreise je Gesamtmaßnahme auf 200 EUR begrenzt und eine Minderung nach § 32 Abs. 3 Satz 3 nicht vorzunehmen ist,
2. durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannte Begleitpersonen oder Pflegekräfte,
3. Kurtaxe, auch für Begleitpersonen nach Nummer 2,
4. einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Unterkunft und Verpflegung
   a) bei ambulant durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 nach Maßgabe des § 33 Abs. 1, wobei die Beihilfefähigkeit bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nr. 6 auf höchstens einundzwanzig Tage begrenzt ist, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich und
   b) bei stationär durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 in Höhe des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung oder der Entgelte, die die Einrichtung einem ~~Sozialleistungsträger~~ Sozialversicherungsträger aufgrund einer Vergütungsvereinbarung in Rechnung stellt, wobei die Beihilfefähigkeit begrenzt ist
      aa) bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nr. 2 auf höchstens einundzwanzig Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
      bb) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nr. 2 auf höchstens einundzwanzig Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen des Begleiteten dringend erforderlich, und auf 70 Prozent des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung und
      cc) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nr. 3 auf höchstens einundzwanzig Tage zuzüglich des An- und Abreisetages

   und
6. Lohnausfallkosten des berufstätigen Elternteils bei einer Maßnahme nach Absatz 2 Nr. 4.

(4) Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nr. 1 bis 6, die die Leistungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 29, den ärztlichen Schlussbericht, ~~und~~ die Unterkunft und die Verpflegung beinhalten, sind dem Grunde nach~~unter den Voraussetzungen und~~ beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die von Sozialversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen mit der Einrichtung zu tragen sind. Sofern solche nicht bestehen, sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütungssätze, die aufgrund einer Vereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder des Satzes eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit der Einrichtung zu tragen sind, beihilfefähig. ~~bis zur Höhe der Vergütungen beihilfefähig, die von Sozialversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen mit der Einrichtung oder, sofern eine solche nicht besteht, aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Einrichtung zu tragen sind.~~ Für Kinder, die bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nr. 3 in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. Aufwendungen für das Kind nach Satz ~~2 5~~4 sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. Die Aufwendungen der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 2 Nr. 4 und die Lohnausfallkosten nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 6 werden dem erkrankten Kind zugerechnet. Aufwendungen für eine EAP sind je Behandlungstag bei einer Mindestbehandlungsdauer von 120 Minuten bis zur Höhe von 81,90 EUR beihilfefähig; die Leistungen nach den Nummern 4 bis 44 der Anlage 3 sind daneben nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 2 Nr. 7 sind bis zur Höhe von 6,20 EUR je Übungseinheit beihilfefähig.

§ 38
Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Abs. 2 Nr. 1, 4 bis 6 setzt voraus, dass die Rehabilitationsmaßnahme durch ärztliche Verordnung jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet ist. Die Verordnung darf nicht von der Einrichtung stammen, bei der die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitation und stationäre Entwöhnungen im Rahmen von Suchtbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Die Verordnung der familienorientierten Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zum Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten.

(2) Aufwendungen für eine EAP sind neben den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 und 2 nur beihilfefähig, wenn die Behandlung in einer von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtung durchgeführt wird und wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
   a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall, auch postoperativ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
   b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
   c) instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik oder
   d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,
2. Operation am Skelettsystem bei
   a) posttraumatischen Osteosynthesen oder
   b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit bei
   a) Schulterprothesen,
   b) Knieendoprothesen oder
   c) Hüftendoprothesen,
4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
   a) Kniebandrupturen mit Ausnahme eines isolierten Innenbandes,
   b) Schultergelenkläsionen oder
   c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

   oder
5. Amputationen.

(3) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 oder Nr. 3 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und
3. ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Abs. 2 Nr. 6 erzielt werden kann.

Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 oder 3 oder eine Kur nach § 39 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine solche Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.

(4) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn der von der Festsetzungsstelle beauftragte Arzt die Einrichtung vor Beginn der Maßnahme für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die ausgewählte Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Fahrtkosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 6 Abs. 1 Satz 1 genannten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat. Die Begrenzung nach § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 ist nicht anzuwenden.

§ 39
Kuren

(1) Kuren sind ärztlich verordnete Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit, Beseitigung von Regulationsstörungen und Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit durch Anwendung ortsgebundener Mittel.

(2) Für Beihilfeberechtigte nach § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SächsBG sind Aufwendungen für ambulante Kuren und Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beihilfefähig, wenn die Kur unter Anwendung von Heilmitteln gemäß § 26 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten Kurort nach Anlage 4 durchgeführt wird. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden.

(3) Anlässlich einer Kur sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 26 beihilfefähig. Daneben sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 20 EUR täglich und der Begleitpersonen in Höhe von 15 EUR täglich für jeweils höchstens einundzwanzig Tage zuzüglich des An- und Abreisetages beihilfefähig. § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 bis 4 gilt entsprechend.

(4) Aufwendungen für Kuren sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Kurmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und
3. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient.

Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist, seine Entlassung beantragt hat, das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird oder vorläufig vom Dienst enthoben ist. § 38 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(5) Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für eine ambulante Kur am Toten Meer wegen Erkrankung an Neurodermitis oder Psoriasis in einem in der Anlage 4 enthaltenen Kurort im Umfang des Absatzes 3 beihilfefähig, wenn

1. die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind,
2. durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und
3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach vorher anerkannt hat.

Aufwendungen für Fahrtkosten einschließlich Flug- und Fährkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 600 EUR je Gesamtmaßnahme beihilfefähig. Ist die Einrichtung als stationäre Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Abs. 2 SGB V anerkannt und hat diese eine pauschale Vergütungsvereinbarung mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, in der Aufwendungen für Flug, Transfer, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung enthalten sind, sind die Aufwendungen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Pauschale beihilfefähig.

(6) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt § 38 Abs. 4 Satz 3 und 4 entsprechend.

Abschnitt 4
Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten

§ 40
Schutzimpfungen

(1) Aufwendungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nr. 9 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 20d Abs. 1 Satz 3 SGB V gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Schutzimpfungen vorsehen kann.

(2) § 59 Abs. 1 findet auf Impfstoffe keine Anwendung.

§ 41
Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

(1) Aufwendungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus, sind in entsprechender Anwendung des § 25 Abs. 1, 3 und 4 SGB V jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig.

(2) Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind in entsprechender Anwendung des § 25 Abs. 2 bis 4 SGB V einmal im Kalenderjahr beihilfefähig.

(3) Das Staatsministerium der Finanzen kann für geeignete Gruppen eine von § 25 Abs. 1 und 2 SGB V abweichende Altersgrenze und eine von den Absätzen 1 und 2 abweichende Häufigkeit der Untersuchungen sowie weitere Untersuchungen bestimmen.

(4) Aufwendungen, die Frauen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren nach Maßgabe der Anlage 5 beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion sind bei Frauen bis zum vollendeten fünfundzwanzigsten Lebensjahr einmal im Kalenderjahr beihilfefähig.

§ 42
Kinderuntersuchungen

Bei Kindern, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, beihilfefähig. § 26 Abs. 1 und 2 SGB V gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vorsehen kann.

§ 43
Verhütung von Zahnerkrankungen

(1) Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind beihilfefähig. § 26 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 SGB V gilt entsprechend.

(2) Zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind die Aufwendungen für Kinder, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, einmal in jedem Kalenderhalbjahr beihilfefähig. § 22 SGB V gilt entsprechend.

(3) Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4005, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind beihilfefähig.

Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44
Schwangerschaft und Geburt

(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind dem Grunde nach beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung,
2. entsprechend Abschnitt 2 und § 47 Abs. 1,
3. für die Hebamme,
4. für von Hebammen geleitete Einrichtungen bis zur Höhe der nach § 134a Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Verträge,
5. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 30 gepflegt wird; § 30 Abs. 3 gilt entsprechend,
6. für das Kind entsprechend § 20 und
7. für Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins für den Dienstherrn des Beihilfeberechtigten.

Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d SGB V. Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 1 bis 5 und 7 gelten als Aufwendungen der Schwangeren. Dies gilt auch für Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 6 für das gesunde Neugeborene.

(2) Aufwendungen für Leistungen von Hebammen sind angemessen, soweit sie die Höchstbeträge der Anlage 6 nicht übersteigen. Ist in der Anlage 6 eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, so ist diese der Rechnung beizufügen. Zuschläge als erhöhte Leistungsnummer sind allgemein oder in besonderen Fällen beihilfefähig; ein allgemeiner Zuschlag ist für Leistungen, die in der Zeit zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, an Samstagen ab 12 Uhr und an Sonn- und Feiertagen erbracht werden, beihilfefähig; ein besonderer Zuschlag ist beihilfefähig, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage 6 aufgeführt ist. Auslagen von Hebammen sind Aufwendungen für angewandte Arzneimittel und verwendete oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien. Materialien sind bis zur Höhe der in der Anlage 6 (Teil F) festgelegten Pauschalbeträge beihilfefähig. Angewandte Arzneimittel sind in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig; § 59 Abs. 1 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind nach Maßgabe des § 24a Abs. 1 SGB V beihilfefähig. Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterinpessare sind bei Personen bis zum vollendeten zwanzigsten Lebensjahr auch dann beihilfefähig, wenn die Verordnung nicht aus Anlass einer Krankheit erfolgt.

(4) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150 EUR gewährt (Geburtspauschale). Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur

Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird diese Beihilfe nur einmal gezahlt; sie soll der Mutter gewährt werden.

(5) Ist bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne eigenen Haushalt im Inland in Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet, sind zusätzlich die am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft für die Schwangere bis zur Höhe von 70 EUR je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 30 EUR je Übernachtung beihilfefähig, wenn der Entbindungsort im Inland liegt. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt von nahen Angehörigen im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 2. Aufwendungen für die Unterkunft am Entbindungsort nach Satz 1 sind bis zur Dauer von sechs Wochen vor und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. Fahrtkosten vom Dienstort zum Entbindungsort nach Satz 1 sind nach Maßgabe des § 32 Abs. 3 Satz 1 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten für eine Begleitperson sind der Schwangeren zuzurechnen.

§ 45
Künstliche Befruchtung

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung notwendig sind,
2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,
3. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und die künstliche Befruchtung von einem der Ärzte oder einer der Einrichtungen durchgeführt wird, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

Die beihilfefähigen Behandlungsmethoden und die Voraussetzungen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 richten sich nach Anlage 7. Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet haben. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für weibliche Personen, die das vierzigste Lebensjahr und für männliche Personen, die das fünfzigste Lebensjahr vollendet haben. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Maßnahmen, die beim Beihilfeberechtigten selbst durchgeführt werden. Aufwendungen für Maßnahmen, die beim berücksichtigungsfähigen Ehegatten durchgeführt werden, sind diesem zuzuordnen. Sie sind nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 vorliegen.

(2) Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 ist nur bei künstlichen Befruchtungen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht, anzuwenden.

(3) Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen sind beihilfefähig, wenn diese im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfolgt und die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen nach Satz 1 sind beihilfefähig, soweit und solange die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen, längstens jedoch für die Dauer von drei Jahren.

(4) In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen als beihilfefähig anerkannt werden. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten Samenzellen nach Satz 1 sind höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4, längstens jedoch für die Dauer von fünfzehn Jahren beihilfefähig.

§ 46
Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

(1) Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit notwendig ist. Aufwendungen für eine Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung sind beihilfefähig, wenn die Sterilisierung aufgrund einer Krankheit notwendig war.

(2) Aufwendungen für einen nach den Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 und 3 des Strafgesetzbuches (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Juni 2012 (BGBl. I S. 1374) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig. Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft sind die Aufwendungen mit Ausnahme der in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Aufwendungen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in den Fällen des Satzes 2 auch die Aufwendungen einer erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches.

§ 47
Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende

(1) Aufwendungen im Zusammenhang mit Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen (Erste Hilfe) sind neben Aufwendungen nach Abschnitt 2 und § 44 Abs. 1 beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport sowie Organisation für die Bereitstellung von Organ- und Gewebespenden sind beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. ~~Aufwendungen für Organtransplantationen, Gewebe- und Stammzellspenden sind beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.~~

(4) Aufwendungen für Spender von Organen und Geweben (Spender) sind entsprechend den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Dies gilt auch für Aufwendungen des Spenders, die über die Leistungen nach den Abschnitten 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Behandlung von Folgeerkrankungen des Spenders. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von dem Spender nachgewiesen wird. Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a des Gesetzes über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601, 1608) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung ~~entsprechend~~ des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Der landwirtschaftlichen Krankenkasse des Spenders wird auf Antrag nach § 8 Abs. 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel ~~5~~2a des Gesetzes vom ~~20. Dezember 2012~~3. April 2013 (BGBl. I S. ~~2789~~617, 622) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. ~~Die Abschnitte 2 und 3 sind entsprechend anzuwenden, soweit die Aufwendungen bei den für die Organtransplantation, Gewebe- oder Stammzellspende notwendigen Maßnahmen entstehen. Beihilfefähig ist auch der vom Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen.~~ Die Sätze 1 bis ~~3~~ 6 gelten auch für als Spender ~~Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender~~ vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender~~Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender~~ nicht in Betracht kommen.

(~~4~~5) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan~~,~~ und nach Geweben sind beihilfefähig. Bei der Suche nach einem nicht verwandten Stammzellspender sind Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen nur beihilfefähig, wenn diese ~~oder einem nicht verwandten Stammzellspender in das~~im Zentralen Knochenmarkspender-Register ~~sind beihilfefähig~~erfolgt.

Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48
Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI erfüllt sind. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne von § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für häusliche Pflege (§ 49 Abs. 1 bis 3), Beratungsbesuche (§ 49 Abs. 5), Verhinderungspflege (§ 51), ~~und~~ zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 53) sowie Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 54). Die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach Abschnitt 2 beihilfefähigen Aufwendungen nach Maßgabe dieses Abschnittes dem Grunde nach beihilfefähig.

(2) Beihilfe zu Pflegeleistungen wird ab Beginn des Monats der Antragstellung, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, gewährt.

(3) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

§ 49
Häusliche Pflege

(1) Bei häuslicher Pflege sind Aufwendungen für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne von § 14 Abs. 4 SGB XI sowie Aufwendungen für die häusliche Betreuung im Sinne von § 124 Abs. 2 SGB XI nach Maßgabe des § 36 Abs. 3 und 4 ~~sowie~~und des § 123 SGB XI beihilfefähig, soweit sie von geeigneten Pflegekräften erbracht werden. Geeignete Pflegekräfte sind solche, die

1. bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen,
2. bei der Pflegekasse angestellt sind,
3. von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
4. mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.

(2) Wird die häusliche Pflege durch andere geeignete Personen erbracht, wird anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 eine Pauschalbeihilfe nach Maßgabe des § 37 Abs. 1 und des § 123 SGB XI gewährt. Sind die Voraussetzungen nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 und einer Kurzzeitpflege nach § 52 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld ist auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen; § 6 Abs. 1 bleibt unberührt. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

(3) Erfolgt die häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird. Anteilige Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 und einer Kurzzeitpflege nach § 52 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pauschalbeihilfe wird ungekürzt für Aufwendungen von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.

(4) Übersteigen die notwendigen Pflegeaufwendungen bei der häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Absatz 1 die in den Absätzen 1 oder 3 genannten Höchstbeträge, sind die Aufwendungen in Pflegestufe I bis höchstens 680 EUR, in Pflegestufe II bis höchstens 1 350 EUR, in Pflegestufe III bis höchstens 2 020 EUR und in Einzelfällen im Sinne von § 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI bis höchstens 3 370 EUR beihilfefähig.

(5) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne von § 37 Abs. 3 SGB XI ohne Anrechnung auf die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 SGB XI. Werden Beratungsbesuche nicht abgerufen und kürzt oder entzieht die private oder soziale Pflegeversicherung deshalb gemäß § 37 Abs. 6 SGB XI das Pflegegeld, wird die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 im gleichen Umfang gekürzt oder nicht gewährt.

(6) Pflegebedürftige erhalten einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 EUR monatlich, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
2. sie Leistungen nach Absatz 1, 2 oder 3 beziehen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet und
4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehender pauschaler Zuschlag ist auf den pauschalen Zuschlag nach Satz 1 anzurechnen; § 6 Abs. 1 bleibt unberührt. § 38a Abs. 2 SGB XI gilt entsprechend. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird der pauschale Zuschlag nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

§ 50
Teilstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung einschließlich der Aufwendungen für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 41 Abs. 2 SGB XI und § 49 Abs. 4 gelten entsprechend.

(2) Wird die teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung in Kombination mit häuslicher Pflege durch

1. geeignete Pflegekräfte (§ 49 Abs. 1),
2. andere geeignete Personen (§ 49 Abs. 2) oder
3. geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Personen (§ 49 Abs. 3)

erbracht, sind die Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 4 bis 6 SGB XI beihilfefähig. Beihilfefähig ist jedoch mindestens der jeweilige pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4.

§ 51
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson nach § 49 Abs. 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflegekraft (Verhinderungspflege) für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zur Höhe der in § 39 Satz 3 SGB XI genannten Höchstbeträge beihilfefähig.

(2) Bei einer Verhinderungspflege durch Ersatzpflegekräfte, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe der Pauschalbeihilfe gemäß § 49 Abs. 2 beihilfefähig. Notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegekraft im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, sind auf Nachweis bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 beihilfefähig; § 32 Abs. 3 Satz 1 gilt entsprechend. Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Absatz 1 Anwendung.

§ 52
Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege nach § 49 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, sind die Aufwendungen für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens vier Wochen im Kalenderjahr entsprechend § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI beihilfefähig. Erfolgt die Unterbringung vollstationär, wurde aber eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Abs. 1 nicht oder noch nicht festgestellt, sind die für die Pflege anfallenden Aufwendungen nach Maßgabe des Satzes 1 beihilfefähig.

(2) § 42 Abs. 3 und 4 SGB XI gilt entsprechend.

§ 53
Zusätzliche Betreuungsleistungen

Personen, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. § 45b SGB XI gilt entsprechend. Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat. Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

§ 54
Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

(1) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt.

(2) Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen sind in entsprechender Anwendung des § 40 Abs. 4 SGB XI beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt; beihilfefähig ist der Betrag, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird. Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nach Satz 1 nur zur Hälfte gewährt.

(3) Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45e SGB XI längstens bis 31. Dezember 2015 beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbringt.

§ 55
Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne von § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI oder einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung entstehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 30 Beihilfe gewährt wird, und Aufwendungen für soziale Betreuung bis zu den in § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI genannten Pauschalbeträgen. § 43 Abs. 5 SGB XI gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind entsprechend § 87b SGB XI beihilfefähig.

(3) Leistungen entsprechend § 87a Abs. 4 SGB XI sind beihilfefähig, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

(4) Die nach Abzug der pauschalierten Leistungen nach Absatz 1 sowie der Zusatzleistungen im Sinne von § 88 Abs. 1 SGB XI verbleibenden Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil des Einkommens nach Absatz 5 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 der Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes (Bundesbesoldungsordnungen A und B), in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 gemäß § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nummer 27 Abs. 1 Buchst. a Doppelbuchst. bb zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung,
   a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent des Einkommens,
   b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
   a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent des Einkommens,
   b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent des Einkommens und
3. bei Beihilfeberechtigten ohne berücksichtigungsfähige Angehörige oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen ~~70~~ 60 Prozent des Einkommens.

(5) Einkommen im Sinne von Absatz 4 sind

1. die Dienstbezüge im Sinne von § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Bundesbesoldungsgesetzes, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, ohne den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages gemäß § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung,
2. die Anwärterbezüge im Sinne von § 1 Abs. 3 Nr. 1 des Bundesbesoldungsgesetzes, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung,
3. der Altersteilzeitzuschlag gemäß § 6 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung,
4. die Versorgungsbezüge im Sinne von § 2 Abs. 1 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften mit Ausnahme
   a) des Unfallausgleichs nach § 35 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung,
   b) der Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, und
   c) des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung,
5. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt,
6. der Zahlbetrag der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
7. das Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit,
8. die Einkünfte aus selbstständiger Arbeit und
9. die Lohnersatzleistungen

des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten.

§ 56
Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Aufwendungen für Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 43a SGB XI gilt entsprechend.

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

§ 57
Bemessung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe wird als prozentualer Anteil der erstattungsfähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz in dem in § 4 Abs. 1 genannten Zeitpunkt. Pauschalen können gezahlt werden, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist.

(2) Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. Beihilfeberechtigte nach § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SächsBG	50 Prozent,
2. Beihilfeberechtigte nach § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SächsBG mit Ausnahme von Waisen	70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegatten	70 Prozent,
4. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen	80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten nach Absatz 2 Nr. 1 70 Prozent; er vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn nach dem 31. Dezember 2012 zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent; § 3 Abs. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn eine vergleichbare Beihilfeberechtigung aufgrund anderer Rechtsvorschriften besteht.

(4) Der Bemessungssatz für Aufwendungen entpflichteter Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 3 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustünde. Wäre ein Beihilfeberechtigter nach § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SächsBG bei einem Beihilfeberechtigten ohne Anwendung des § 102 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und 3 SächsBG als Angehöriger berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für seine Aufwendungen als Ehegatte 70 Prozent und als Kind 80 Prozent.

(5) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent. Soweit die erstattungsfähigen Aufwendungen die jeweiligen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, sind die Absätze 2 bis 4 und 8 anzuwenden.

(6) Für erstattungsfähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozent, jedoch höchstens auf 90 Prozent, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(7) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 verbleibender erstattungsfähiger Differenzbetrag zu 100 Prozent erstattet (Differenzkostenbeihilfe). Erstattungsfähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung weder Leistungen noch Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach den Absätzen 2 bis 4 maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.

(8) In den Fällen des § 55 Abs. 4 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen auf 100 Prozent.

(9) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach § 48 Abs. 3 und den §§ 49 bis 56 auf 100 Prozent, wenn eine Pflegestufe vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. Beschränkt sich die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung in den Fällen des Satzes 1 lediglich auf das Pflegegeld im Sinne von § 37 SGB XI, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung auf die Beihilfe anzurechnen ist.

(10) Für Aufwendungen nach § 36 beträgt der Bemessungssatz 100 Prozent.

(11) Die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für erstattungsfähige Aufwendungen infolge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen Beschädigung, die sich der Beamte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat, soweit keine Ansprüche auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bestehen und
2. in besonderen Ausnahmefällen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 BeamtStG zwingend geboten ist.

(12) Bei der Berechnung der Beihilfe sind die sich ergebenden Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden. Zwischenrechnungen werden jeweils auf zwei Dezimalstellen durchgeführt.

§ 58
Begrenzung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen, unberücksichtigt.

(2) Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Prozentsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Prozentsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.

§ 59
Eigenbeteiligungen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um eine Eigenbeteiligung je verordnetes Arzneimittel, stoffliches Medizinprodukt und Verbandmittel zu mindern. Diese beträgt 4 EUR bei einem Apothekenabgabepreis bis 16 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels oder Produkts, 4,50 EUR bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 EUR bis 26 EUR und 5 EUR bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26 EUR. Eine Minderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt nicht bei Aufwendungen für

1. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen,
2. Versorgungsempfänger mit Versorgungsbezügen bis zur Höhe des um 10 Prozent erhöhten Mindestruhegehaltes gemäß § 17c Abs. 3 Satz 2 und 3 SächsBesG unter Berücksichtigung des Familienzuschlages der Stufe 1 nach § 50 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, in Verbindung mit § 40 Abs. 1 des Bundesbesoldungsgesetzes, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung,
3. Personen, die Leistungen nach § 55 Abs. 4 erhalten und
4. Schwangere.

(2) Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung nach § 20 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b ist von den beihilfefähigen Aufwendungen eine Eigenbeteiligung von 14,50 EUR pro Aufenthaltstag in der stationären Einrichtung abzuziehen. Aufnahme- und Entlassungstag sind insgesamt als ein Tag anzusehen.

~~(3) Bei Fahrten nach § 32 Abs. 1 Satz 1 und 2 und § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 ist der beihilfefähige Betrag um 10 EUR je einfache Fahrt zu mindern. Dies gilt nicht in den Fällen, in denen die Fahrtkosten durch einen Höchstbetrag begrenzt sind.~~

(~~4~~3) Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Spendern nach § 47 Abs. 4 nicht abzuziehen. Eine Eigenbeteiligung~~en~~ nach Absatz 2 ~~sind~~ ist bei Spendern nach § 47 Abs. 4 nicht abzuziehen, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.

§ 60
Selbstbehalt

(1) Die festgesetzte Beihilfe ist für jedes Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen entstanden sind, um einen Selbstbehalt von 80 EUR zu kürzen. Der Selbstbehalt entfällt für Aufwendungen

1. des sich in Elternzeit befindenden Beihilfeberechtigten und dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 102 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SächsBG),

2. bei Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (Abschnitt 4),
3. im Rahmen der Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung (§ 44 Abs. 1),
4. des Spenders (§ 47 Abs. 4) und
~~4~~5. in Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 6).

Auf die ~~Pauschale~~ Geburtspauschale ~~für Säuglings- und Kleinkinderausstattung~~ (§ 44 Abs. 4) ist Satz 1 ebenfalls nicht anzuwenden.

(2) Der Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 entfällt weiterhin für Beihilfeberechtigte, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und für beihilfeberechtigte Waisen.

(3) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Abs. 2 genannten Dienstherrn, ist der beim bisherigen Dienstherrn geleistete Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 in voller Höhe zu berücksichtigen.

§ 61
Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind Minderungsbeträge nach § 32 Abs. 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 von den beihilfefähigen Aufwendungen und der Selbstbehalt nach § 60 von der festgesetzten Beihilfe bis zum Ende des Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, wenn die Belastungsgrenze überschritten ist. Dabei sind die Beträge nur insoweit zu berücksichtigen als sie zu einer Minderung des zu erstattenden Betrages führen würden. Die Abzugsbeträge für die Eigenbeteiligungen gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht; die Abzugsbeträge für den Selbstbehalt sind für Aufwendungen des laufenden Kalenderjahres zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent des Gesamtbetrages der Einkünfte des Beihilfeberechtigten im Sinne von § 2 Abs. 3 EStG.

(2) Die Belastungsgrenze beträgt 1 Prozent der nach Absatz 1 Satz 4 maßgeblichen Einkünfte, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger schwerwiegend chronisch krank ist. Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit mindestens der Pflegestufe II nach dem Zweiten Kapitel des SGB XI vor,
2. es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch ~~(SGB VII)~~ – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601, 1611) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 Prozent vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss oder
3. es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

(3) Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils der Gesamtbetrag der Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags nach Absatz 1 Satz 1. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist bei Antragstellung mit Vorlage einer Kopie des Einkommensteuerbescheids oder anderer geeigneter Unterlagen zu belegen. Steht der Gesamtbetrag der Einkünfte im Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht fest und macht der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass seine Belastungsgrenze im maßgebenden Kalenderjahr bereits überschritten ist, kann ein Abzug der Beträge nach Absatz 1 Satz 1 unterbleiben.

(4) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Abs. 2 genannten Dienstherrn, sind die beim bisherigen Dienstherrn in Abzug gebrachten Eigenbeteiligungen und der Selbstbehalt bei der Ermittlung der Belastungsgrenze beim neuen Dienstherrn zu berücksichtigen.

Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften

§ 62
Verfahren

(1) Die Beihilfe muss vom Beihilfeberechtigten schriftlich oder elektronisch bei der zuständigen Festsetzungsstelle beantragt werden. Hierfür sind im staatlichen Bereich die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formulare nach den Anlagen 8 bis 10 zu verwenden. Zulässig sind auch entsprechende Formulare der elektronischen Datenverarbeitung. Wenn die Festsetzungsstelle es zulässt, können bei einem elektronischen

Beihilfeantrag die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann bei elektronischer Beantragung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.

(2) Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit in dieser Verordnung hierzu nichts anderes bestimmt ist. Für den Nachweis sind Zweitschriften oder Kopien der Belege ausreichend.

(3) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten zulässig. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Rabatte aus Arzneimittelverordnungen nach § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), in der jeweils geltenden Fassung, benötigt werden, werden diese einbehalten. Die übrigen, in Papierform zugegangenen Belege werden an den Beihilfeberechtigten nach Festsetzung der Beihilfe zurückgesandt. Erstellt die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen, werden die übersandten Belege vernichtet, soweit diese nicht zurückgesandt werden. Spätestens vier Monate nach Bestandskraft des Beihilfebescheides oder nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belege für Prüfungen nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, sind einbehaltene Belege zu vernichten sowie elektronische Abbildungen und elektronisch übermittelte Dokumente zu löschen.

(4) Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im staatlichen Bereich auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf das Konto nach Satz 1 gezahlt werden. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in Ausnahmefällen auf Antrag des Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen. Auf Antrag des Beihilfeberechtigten kann die Festsetzungsstelle Abschlagszahlungen leisten.

(5) Nimmt der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger notwendige stationäre Leistungen nach den §§ 20 und 37 Abs. 2 Nr. 1 und 2 oder § 55 im Inland für eine voraussichtliche oder tatsächliche Dauer von mindestens zehn Tagen in Anspruch, kann der Beihilfeberechtigte den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Ein nach § 60 anfallender Selbstbehalt ist von der Beihilfe des nächsten Beihilfeantrages abzuziehen.

(6) Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Beihilfeberechtigten die Beihilfe für bei ihnen entstandene Aufwendungen selbst beantragen. Satz 1 gilt entsprechend bei Aufwendungen für Kinder des Antragstellers, sofern diese beim Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das vom Antragsteller angegebene Konto.

(7) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der beantragten Aufwendungen, über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Abs. 1 und die Zuordnung zu einer Pflegestufe im Sinne von § 15 SGB XI entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu Gutachten oder Stellungnahmen eines Amts- oder Vertrauensarztes oder sonstiger geeigneter Sachverständiger einholen. In Pflegefällen nach Abschnitt 6 sollen der Entscheidung die für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellten Gutachten zu Grunde gelegt werden. Der Beihilfeberechtigte ist bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen und der Angemessenheit und Notwendigkeit der Aufwendungen zur Mitwirkung verpflichtet, soweit es für ihn zumutbar ist.

(8) Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen an einen Sachverständigen übermittelt werden. Ist eine Mitwirkung des Betroffenen an der Begutachtung nicht erforderlich, sind die personenbezogenen Daten vor der Übermittlung so zu verändern, dass der Sachverständige einen Personenbezug nicht herstellen kann.

(9) Soweit ein Beleg über Aufwendungen im Ausland inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für einen Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen nach billigem Ermessen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der im Wesentlichen erbrachten Leistungen vorlegt. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfegewährung von der Vorlage einer Übersetzung der Belege abhängig machen.

§ 63
Antragsfrist

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Bei Pflegeleistungen ist für das Entstehen der Aufwendungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. In den Fällen des § 44 Abs. 4 beginnt die Antragsfrist mit dem Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 64
Verwaltungsvorschriften

Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Abschnitt 9
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 65
Übergangsvorschriften

(1) Für Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bis dahin maßgebenden Beihilfevorschriften anzuwenden. Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Ehegatten gelten abweichend von § 4 Abs. 2 die am 31. Dezember 2012 hierzu geltenden Beihilfevorschriften.

(2) Die im Sommersemester 2006 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschriebenen Kinder des Beihilfeberechtigten gelten für die Dauer des Studiums als berücksichtigungsfähige Angehörige, wenn und solange die in § 32 Abs. 4 und 5 EStG, in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung, oder die in § 2 Abs. 2 und 3 des Bundeskindergeldgesetzes (BKGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 2005 (BGBl. I S. 458), in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung, genannten Voraussetzungen für den Kindergeldbezug gegeben sind. Die Fortgeltung der Berücksichtigungsfähigkeit wirkt sich nicht erhöhend auf den Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten aus.

(3) Bei schwerwiegend chronisch Kranken, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung von Eigenbeteiligungen befreit waren und die sich wegen dieser Krankheit weiterhin in Behandlung befinden, sind abweichend von § 61 bis zum 31. Dezember 2015 keine Eigenbeteiligungen nach § 59 und kein Selbstbehalt nach § 60 abzuziehen.

§ 66
Inkrafttreten und Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2013 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO) vom 2. Oktober 2009 (SächsGVBl. S. 524) außer Kraft.

Dresden, den 16. November 2012

Der Staatsminister der Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Anlagen

Anlage 1

Anlage 2

Anlage 3

Anlage 4

Anlage 5

Anlage 6

Anlage 7

Anlage 8

Anlage 9

Anlage 10