Erste Verordnung
des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen
zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung
Vom

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:

Artikel 1
Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Die 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 (SächsGVBl. S. 626) wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 5 Satz 3 wird gestrichen.

2. § 5 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:
   „1. für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, denen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 147 SächsBG oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zusteht,“.

3. In § 7 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 werden die Worte „aus akutem Anlass“ durch die Worte „bei akutem Behandlungsbedarf oder zur Notfallversorgung“ ersetzt.

4. In § 10 Satz 3 wird die Angabe „§ 8 Abs. 1 Satz 2“ durch die Angabe „§ 8 Satz 2“ ersetzt.

5. In § 11 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. c wird das Wort „folikulärer“ durch das Wort „follikulärer“ ersetzt.

6. § 14 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden vor dem Wort „Aufwendungen“ die Worte „Gesondert berechenbare“ und nach dem Wort „beihilfefähig“ ein Semikolon und die Angabe „gesondert berechenbare Materialien nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G des Gebührenverzeichnisses zur GOZ sind nicht beihilfefähig“ eingefügt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Bei Indikationen nach § 11 Abs. 2 sind die Aufwendungen nach Satz 1 zu 100 Prozent beihilfefähig.“

7. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
„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,“.

bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
„2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,“.

cc) Die bisherigen Nummern 2 bis 4 werden die Nummern 3 bis 5.

b) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:
„(10) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach 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.
“

8. In § 19 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „begleitender Behandlung“ durch das Wort „Einbeziehung“ ersetzt.

9. In § 20 Abs. 3 Satz 3 wird die Angabe „des Satzes 3“ durch die Angabe „des Satzes 2“ ersetzt.

10. § 26 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach der Angabe „Absätze 3 bis 5“ die Angabe „und der Anlage 3“ eingefügt und die Angabe „in der Anlage 3 aufgeführt ist,“ wird gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) 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,

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

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.“

11. § 27 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Arzt“ durch die Worte „eines Arztes“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(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 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. “

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) 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.“

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:
„(4) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind für bis zu maximal achtzig Sitzungen je Krankheitsfall bei einer Behandlungsdauer von mindestens fünfzig Minuten beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen und von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht werden.“

e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und das Wort „berechnet“ wird durch das Wort „abgerechnet“ ersetzt.

12. § 32 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 Nr. 5 wird die Angabe „ ,wenn eine der Voraussetzungen des Satzes 3 vorliegt“ gestrichen.

bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:
aaa) In Nummer 1 wird das Komma nach dem Wort „nachweisen“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

bbb) Nummer 2 wird gestrichen.

ccc) Nummer 3 wird Nummer 2.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

bb) Folgenden Sätze werden angefügt:

„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 Absatzes 1 Satz 3 und Fahrten von Spendern nach § 47 Abs. 4.“

13. Nach § 33 Abs. 1 wird folgender Satz eingefügt:
„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.“

14. § 35 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „lebende“ ein Komma und das Wort „volljährige“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Nr. 2 werden nach dem Wort „wenn“ die Worte „nach ärztlicher Bescheinigung“ eingefügt.

15. § 37 wird wie folgt geändert:
a) In § Absatz 2 Nr. 5 werden die Worte „Suchtbehandlungen, die auch als Entwöhnung durchgeführt werden können“ durch die Worte „Entwöhnungen im Rahmen einer Suchtbehandlung“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „begrenzt“ die Angabe „und eine Minderung nach § 32 Abs. 3 Satz 3 nicht vorzunehmen“ eingefügt.

bb) In Nummer 5 Buchst. b wird das Wort „Sozialleistungsträger“ durch das Wort „Sozialversicherungsträger“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt
„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, die Unterkunft und die Verpflegung beinhalten, sind dem Grunde

nach 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. “

bb) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

16. In § 38 Abs. 1 Satz 3 werden nach dem Wort „stationäre“ die Worte „Entwöhnungen im Rahmen von“ eingefügt.

17. In § 40 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „sind“ die Worte „dem Grunde nach“ eingefügt.

18. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(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.“

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(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 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 2a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 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 Sätze 1 bis 6 gelten auch für als Spender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen."

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(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 im Zentralen Knochenmarkspender-Register erfolgt."

19. § 48 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„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), zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 53) sowie Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 54)."

20. § 49 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„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 und des § 123 SGB XI beihilfefähig, soweit sie von geeigneten Pflegekräften erbracht werden."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 37 Abs. 1“ die Angabe „und des § 123“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„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.“

c) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:
„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.“

d) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
„(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.“

21. In § 52 Abs. 2 wird nach der Angabe „§ 42 Abs. 3“ die Angabe „und 4“ eingefügt.

22. Dem § 54 wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(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.“

23. In § 55 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 wird die Angabe „70“ durch die Angabe „60“ ersetzt.

24. § 59 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Spendern nach § 47 Abs. 4 nicht abzuziehen. Eine Eigenbeteiligung nach Absatz 2 ist bei Spendern nach § 47 Abs. 4 nicht abzuziehen, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.“

25. § 60 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
a) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird nach der Angabe „(§ 44 Abs. 1)“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:
„4. des Spenders (§ 47 Abs. 4) und“.

cc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

b) In Satz 3 werden die Worte „Pauschale für Säuglings- und Kleinkinderausstattung“ durch das Wort „Geburtspauschale“ ersetzt.

26. § 61 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „sind“ die Worte „Minderungsbeträge nach § 32 Abs. 3 Satz 3 und“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 wird die Angabe „(SGB VII)“ gestrichen.

27. Anlage 1 Nr. 1 Buchst. L wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Buchstabe a.

b) Folgender Buchstabe b wird angefügt:
„b) Liposuktion bei Lipödem“.

28. Die Anlage 2 erhält die aus dem Anhang 1 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

29. Die Anlage 4 wird wie folgt geändert:

a) Teil A wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe G wird nach der Zeile „Goslar“ folgende Zeile eingefügt:

„Gottleuba-Berggießhübel	01816/ 01819 Bad Gottleuba-Berggießhübel	Bad Gottleuba Berggießhübel	Moorheilbad Kneippkurort“.

bbb) In Buchstabe L wird in der Zeile „Lausick“ in Spalte 3 die Angabe „G“ durch die Worte „Bad Lausick“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 Buchst. B wird nach der Zeile „Berg“ folgende Zeile eingefügt:

„Berggießhübel	Gottleuba“.

b) Teil B Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In der Zeile Österreich wird in Spalte 2 der Bindestrich zwischen den Worten „Bad“ und „Hall“ durch ein Leerzeichen ersetzt.

bbb) In der Zeile Polen werden in Spalte 2 unter der Zeile mit den Worten „Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj“ die Zeile mit den Worten „Kolberg/Kolobrzeg“ eingefügt und als letzte Zeile das Wort „Ustronie Morskie“ angefügt.

ccc) Nach der Zeile Slowakei werden in einer neuen Zeile in Spalte 1 das Wort „Spanien“ und in Spalte 2 die Worte „Archena (Murcia)“ eingefügt.

30. In Anlage 7 wird in der Zeile a) in Spalte 2 das Wort „Auflösung“ durch das Wort „Auslösung“ ersetzt.

31. Die Anlagen 8 bis 10 erhalten die aus dem Anhang 2 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

Dresden, den

Der Staatsminister der Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Anlage 2
(zu § 9)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
1-8	**Allgemeine Leistungen**	
1	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50
2.1	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00
2.2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens nach den Regeln der klassischen Homöopathie *Die Aufwendungen für die Leistungen nach der Nr. 2.1 oder 2.2 sind innerhalb von 6 Monaten höchstens dreimal beihilfefähig.*	35,00
3	Kurze Information, auch telefonisch, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	3,00
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 4 sind nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder 17.1 beihilfefähig.*	18,50
5	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung	9,00
6	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00
7	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, zwischen 20 und 7 Uhr (bei Nacht)	18,00
8	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, an Sonn- und Feiertagen	20,00
	Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Die Aufwendungen nach den Nummern 6 bis 8 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso sind die erhöhten Aufwendungen für Sonn- und Feiertage nur beihilfefähig, wenn der Heilpraktiker nicht gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.	
9	**Hausbesuch einschließlich Beratung**	
9.1	bei Tag	24,00
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00
9.3	bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen	29,00
10	**Nebengebühren für Hausbesuche**	
10.1	Für jede angefangene Stunde bei Tag von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00
10.2	Für jede angefangene Stunde bei Nacht von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00
10.5	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Tag von über 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00
10.6	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Nacht von über 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so sind für die ersten 25 Kilometer die Nummern 10.5 oder 10.6 anzuwenden und ab dem 26. Kilometer pro Kilometer an Reisekosten beihilfefähig	0,20
	Beihilfefähig sind nur die Wegkilometer des jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweges. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.	
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so sind auch an Stelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten des Heilpraktikers beihilfefähig sowie der Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit in Höhe von	16,00
11	**Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen**	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	5,00
11.2	a) Ausführlicher Krankheits- und Befundbericht oder Gutachten (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und	15,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	gegebenenfalls zur Therapie)	
	b) Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00
12	**Chemisch-physikalische Untersuchungen**	
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich *Die Aufwendungen für die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht beihilfefähig.*	3,00
12.2	Harnuntersuchung quantitativ *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn angegeben ist, auf welchen Stoff untersucht wurde (zum Beispiel: Zucker).*	4,00
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00
12.7	Blutstatus *Die Aufwendungen sind nicht neben den Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 12.9, 12.10 oder 12.11 beihilfefähig.*	10,00
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00
12.11	Zählung der Erythro-, Leuko- und Thrombozythen	
	a) mindestens eines der genannten Parameter: Erythozytenzahl, Hämatokrit, Hämoglobin, mittleres Zellvolumen (MCV) einschließlich der errechneten Kenngröße (zum Beispiel MCH, MCHC) und der Erythozytenverteilungskurve, Leukozytenzahl und Thrombozytenzahl.	3,00
	b) Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	3,00
12.13	Einfache mikroskopische oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld pro Untersuchung *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.*	6,00
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.*	7,00
13	**Sonstige Untersuchungen**	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach von Brehmer, Enderlein *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.*	6,00
14	**Spezielle Untersuchungen**	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.1 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.2 beihilfefähig.*	8,00
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.2 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.1 beihilfefähig.*	8,00
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.3 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.*	5,00
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.9 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.*	8,00
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- oder Strömungsmessungen	9,00
17	**Neurologische Untersuchungen**	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00
18-23	**Spezielle Behandlungen**	

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
20	**Atemtherapie, Massagen**	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00
20.2	Nervenpunktmassage zum Beispiel nach Cornelius und Aurelius, Spezialnervenmassage	6,00
20.3	Bindegewebsmassage	6,00
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00
20.5	Großmassage	6,00
20.6	Sondermassagen	
	a) Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00
	b) Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periotmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00
21	**Akupunktur**	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00
22	**Inhalationen**	
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00
24-30	**Blutentnahme - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren**	
24	**Eigenblut**	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00
25	**Injektionen, Infusionen**	
	Die Aufwendungen für die bei Infusionen eingebrachten Arzneitmittel sind nach Maßgabe des § 22 beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Präparate müssen angegeben sein.	
25.1	Injektion, subkutan	5,00
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,00
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,50
25.7	Infusion	8,00
25.8	Dauertropfinfusion	12,50
26	**Blutentnahmen**	
26.1	Blutentnahme	3,00
26.2	Aderlass	12,00
27	**Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren**	
27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00
27.2	Skarifikation der Haut	4,00
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00
27.5	Schröpfkopfmassage einschließlich Gleitmittel	5,00
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00
27.12	Biersche Stauung	5,00
28	**Infiltrationen**	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00
29	**Roedersches Verfahren**	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00
30	**Sonstiges**	
30.1	Spülung des Ohres	5,00
31-33	**Wundversorgung, Verbände und Verwandtes**	
31	**Abszesse, Akne**	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00
32	**Versorgung einer frischen Wunde**	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00
33	**Verbände (außer zur Wundbehandlung)**	

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00
33.2	Elastische Stütz- oder Pflasterverbände	7,00
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband *Die Aufwendungen für die für den Verband verbrauchten Materialien sind in Höhe der nachweisbaren Kosten beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Materialien müssen angegeben sein*	10,00
34	**Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung**	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule *Die Aufwendungen sind nur einmal je Sitzung beihilfefähig.*	19,00
35	**Osteopathische Behandlung**	
35.1	des Unterkiefers	11,00
35.2	des Schultergelenkes oder der Wirbelsäule	21,00
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes oder der Fußgelenke	21,00
35.4	des Schlüsselbeins oder der Kniegelenke	12,00
35.5	des Daumens	10,00
35.6	einzelner Finger oder Zehen	10,00
36-39	**Hydro- und Elektrotherapie**	
36	**Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen** *Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00
36.4	Kneippsche Güsse	4,00
37	**Elektrische Bäder und Heißluftbäder** *Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00
38	**Spezialpackungen** *Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.*	
38.1	Fangopackungen	3,00
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00
38.4	Kneippsche Wickel- oder Ganzpackungen, Prießnitz- oder Schlenzpackungen	3,00
39	**Elektro-physikalische Heilmethoden**	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00
39.4	Faradisation, Galvanisation oder verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- oder Mikrowellenbehandlung	3,00
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	4,00
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Anhang 2 zu Artikel 1 Nr. 30

Anlage 8
(zu § 62 Abs. 1)

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	**Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) (Zwingend anzugeben!)**
Anschrift		Eingangsstempel
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezügestelle Dresden
Referat 339/D – Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

Antrag auf Gewährung von Beihilfe

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 sowie 7 bis 14 zu beantworten. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.
Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.
➔ ☐ Anlage „Pflege“ ist beigefügt.
☐ Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:
☐ Langantrag ☐ Kurzantrag ☐ Anlage „Pflege“

1. Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?
☐ **Ja, bei Frage(n) Nr. _____** ☐ **Nein**. **Bitte weiter bei Frage 7.**
Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.

2. Angaben zum Dienstverhältnis

☐ Beamter/Richter seit:

☐ Beamter auf Widerruf von _____ bis _____

☐ Versorgungsempfänger seit _____

☐ Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____

☐ Vollständige Freistellung vom Dienst

von	bis	Grund[1]

[1] Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 142a Abs.1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.

3. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Wegfall Ja ab	Wiederaufnahme Ja ab
K1.		☐	☐
K2.		☐	☐
K3.		☐	☐
K4.		☐	☐
K5.		☐	☐

4. **Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?**
Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!

Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung			Zusatzversicherung[2]
		Normaltarif	Basistarif	Standardtarif	pflicht-	freiwillig	familienversichert bei	Ja (Art bitte angeben)
Antragsteller (A)		☐	☐	☐	☐	☐	E/L[3] ☐	☐
Ehegatte (E)		☐	☐	☐	☐	☐	A ☐	☐
1. Kind (K1)		☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E/L ☐	☐
2. Kind (K2)		☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E/L ☐	☐
3. Kind (K3)		☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E/L ☐	☐
4. Kind (K4)		☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E/L ☐	☐
5. Kind (K5)		☐	☐	☐	☐	☐	A ☐ E/L ☐	☐

[2] Zusatzverversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen.
Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1) _____

[3] L = eingetragener Lebenspartner

5. **Besteht für Sie oder einen Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?**

☐ **Ja, für** ☐ **Nein**

Name, Vorname:	Anspruch	Gegenüber wem? Ab wann?
	☐ aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen ☐ aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw. ☐ aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses ☐ als Arbeitnehmer ☐ als Beamter	

6. **Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?** (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils)

☐ **Ja** (**welche Person)** ☐ **Nein**

Name, Vorname	Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet?	Ab wann?

Bitte ab hier alle Fragen beantworten!

7. **Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?**

☐ **Ja, für:** ☐ **Nein**

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs

Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.

8. **Werden Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht?**

☐ **Ja, für:** ☐ **Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag** ☐ **Nein**

Vorname des Ehegatten und gegebenfalls abweichender Familienname:			Geburtsdatum:
☐ verheiratet	☐ verwitwet	☐ rechtskräftig geschieden	seit:

Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung 18 000 EUR?[4]
(Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.)

☐ Ja ☐ Nein

Nachweise bitte für eventuelle Anforderung aufbewahren!

[4] Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen ist für die Ermittlung der Einkünfte das Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung maßgebend.

9. **Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?** (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis bei dem eine Person einen Schaden erleidet.)

☐ **Ja** ☐ **Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag** ☐ **Nein**

Unfalldatum:	☐ Dienstunfall	☐ Schulunfall	☐ Arbeitsunfall	☐ sonstiger Unfall

Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter.

☐ Ja , gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen/Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen): ☐ Nein

10. **Sind Aufwendungen durch die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder durch Tätigkeit eines bei ihm abhängig beschäftigten Mitarbeiters, der nicht selbst liquidationsberechtigt ist, entstanden?**

☐ **Ja, folgende:** ☐ **Nein**

Beleg(e) Nr(n).	Name des Behandlers beziehungsweise Liquidationsberechtigten:		
Der Behandler/ Liquidationsberechtigte ist:	☐ Ehegatte (E)/eingetragener Lebenspartner (L)	☐ Elternteil (eigene Eltern oder von E/L)	☐ Kind (eigenes oder von E/L)

Sind Sachkosten entstanden? Bitte Nachweis beifügen!

11. **Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?** (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)

☐ **Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!** ☐ **Nein**

12. **Ich beantrage die Geburtspauschale**

☐ **Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!** ☐ **Nein**

13. **Auszahlung der Beihilfe**

Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten ☐ **Ja**, **in Höhe von** _____ EUR ☐ **Nein**

Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten überwiesen. Eine Überweisung an einen Dritten ist nur im Ausnahmefall und unter Angaben von Gründen möglich. Gegebenfalls Empfänger, Bankverbindung und Begründung auf einem gesonderten Blatt beifügen. Eine Auszahlung an mehrere Empfänger ist nicht möglich.

14. **Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.
Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ **EUR**

Anzahl der beigefügten Belege: _____

Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in **Kopie** vorlegen.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Vollmacht ☐ liegt dem LSF vor ☐ ist beigefügt

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn	vom
Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, K = Kind	

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in EUR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag				

Anlage 9
(zu § 62 Abs. 1)

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	**Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) (Zwingend anzugeben!)**
Anschrift		Eingangsstempel
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezügestelle Dresden
Referat 339/D – Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.
Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.
➔ ☐ Anlage „Pflege“ ist beigefügt.
☐ Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:
☐ Langantrag ☐ Kurzantrag ☐ Anlage „Pflege“

Bei Änderung der nachstehenden Sachverhalte
- **Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,**
- **Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,**
- **Krankenversicherungsschutz,**
- **anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen),**
- **Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,**
- **anderweitige Ansprüche oder Anspruch auf Kostenerstattung,**
- **Einkünfte des Ehegatten,**
- **Anschrift,**
- **Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen,**
- **Behandlung durch einen nahen Angehörigen,**
- **Anspruch auf eine Geburtspauschale,**
- **Auszahlung an Dritte im Ausnahmefall,**

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular „Antrag auf Gewährung von Beihilfe“.

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.
Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die durch das Tätigwerden von nahen Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, eigene Eltern oder Kinder sowie Eltern oder Kinder des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners) der behandelten Person entstanden sind.
Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ich habe für die beantragte Beihilfe einen **Abschlag** erhalten ☐ **Ja**, **in Höhe von _____ EUR** ☐ **Nein**

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ EUR

Anzahl der beigefügten Belege: _____

Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in **Kopie** vorlegen.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Vollmacht ☐ liegt dem LSF vor ☐ ist beigefügt

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn	vom
Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, K = Kind	

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in EUR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag				

Anlage 10
(zu § 62 Abs. 1)

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn	vom

1. **Angaben zur Pflegeversicherung**
(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)

Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung	
			Mitglied	Familienversichert bei
Antragsteller (A)		☐	☐	E/L ☐
Ehegatte (E)		☐	☐	A ☐
1. Kind (K1)		☐	☐	A ☐ E/L ☐
2. Kind (K2)		☐	☐	A ☐ E/L ☐
3. Kind (K3)		☐	☐	A ☐ E/L ☐

L = Eingetragener Lebenspartner

2. **Pflegebedürftige Person**

Name, Vorname	Pflegestufe				
	☐ 0	☐ I	☐ II	☐ III	☐ Härtefall

Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung **Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!**	☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ liegt vor

3. **Ich beantrage Leistungen für:**

Pflegezeitraum (Antragszeitraum) von bis

Häusliche Pflege (bitte Punkt 4 beachten!)	Stationäre Pflege (bitte Punkt 5 beachten!)	Sonstige Leistungen
☐ Pflegedienst	☐ Vollstationäre Pflege	☐ Ersatz-/Verhinderungspflege
☐ Pflegeperson	☐ Vergütungszuschläge	☐ Wohngruppenzuschlag
☐ Kombination	☐ Kurzzeitpflege	☐ zusätzliche Betreuungsleistungen
☐ Tages-/Nachtpflege		

☐ **Ich beantrage die Zahlung der Pflegepauschale als Abschlagszahlung.**
Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.

Ich beantrage Aufwendungen für

☐ **Pflegehilfsmittel** ☐ **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes**

Beleg vom	Betrag in EUR	Zuschüsse der Pflegeversicherung in EUR	Leistungsbescheid der Pflegeversicherung		
			liegt bei	wird nachgereicht	liegt vor
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

4. **Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:**

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege (gegebenfalls je Pflegeperson) in Stunden/Woche:

Unterbrechung der Pflege	☐ nein	☐ ja, wegen[1)]
☐ Häuslicher Krankenpflege	von	bis
☐ Krankenhausaufenthalt	von	bis
☐ Stationärer Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
☐ Auslandsaufenthalt der pflegebedürftigen Person	von	bis
☐ Urlaub der Pflegeperson	von	bis
☐ Erkrankung der Pflegeperson	von	bis
☐ Verhinderungspflege	von	bis
☐ Kurzzeitpflege	von	bis

[1)] Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Ersatz-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson), sind diese alle vollständig anzugeben.

Bestätigung der erbrachten Pflege:

Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder Bevollmächtigten	Unterschrift der Pflegeperson(en)

Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht,
Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!

☐ liegt bei
☐ wird nachgereicht
☐ liegt vor

5. **Bei vollstationärer Pflege:**

Unterbrechungszeiten ☐ nein ☐ ja (bitte Angaben unter 4.)

Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Abs. 4 SächsBhVO)
(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)
Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter beifügen!

Einkommen	Antragsteller (in EUR)	Ehegatte (in EUR)
Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags)		
Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG)		
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge		
Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
Einkünfte aus selbständiger Arbeit		
Lohnersatzleistungen		