Referentenentwurf

Zweite Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Vom

Auf Grund des § 80 Absatz 8 des Sächsischen Beamtengesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971) verordnet das Staatsministerium der Finanzen im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern:

Artikel 1

Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Die Sächsische Beihilfeverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. August 2016 (SächsGVBl. S. 383, 609) wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach der Angabe zu § 30 wird folgende Angabe eingefügt:

      „§ 30a Kurzzeitkrankenpflege“.

   b) Nach der Angabe zu § 48 wird folgende Angabe eingefügt:

      „§ 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1“.

   c) Nach der Angabe zu § 49 werden die folgenden Angaben eingefügt:

      „§ 49a Ambulant betreute Wohngruppen

      § 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen“.

   d) Die Angabe zu § 53 wird wie folgt gefasst:

      „Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag“.

   e) In der Angabe zu § 54 werden nach dem Wort „individuellen“ die Wörter „oder gemeinsamen“ eingefügt.

   f) Nach der Angabe zu § 65 wird folgende Angabe eingefügt:

      „§ 66 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes“.

2. In § 5 Absatz 3 Nummer 2 wird das Wort „und“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

3. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12

Kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. 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. Eine Verlängerung ist dem Grunde nach nur beihilfefähig, wenn der Behandlungszeitraum von vier Jahren ausgeschöpft, eine Weiterbehandlung medizinisch notwendig und vor Beginn der Verlängerung die Anerkennung der Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen durch die Festsetzungsstelle auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes erfolgt ist. Je Quartal der verlängerten Behandlung sind bis zu 6,25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. 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.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels zuzüglich der Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind in entsprechender Anwendung des § 29 Absatz 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.“

4. § 16 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 9 wird das Wort „wurde“ durch das Wort „wird“ ersetzt.

   b) In Absatz 11 Satz 2 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller“ ersetzt.

5. § 18 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

      „Die tiefenpsychologisch fundierte oder die analytische Psychotherapie ist auch dann beihilfefähig, wenn sie jeweils als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt wird, wobei die nach § 16 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 anerkannte Behandlungsform überwiegen muss.“

   b) Im neuen Satz 3 werden nach dem Wort „Ist“ die Wörter „im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ eingefügt.

6. In § 19 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Wörter „Satz 2 und 3“ ersetzt.

7. § 20 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 2 Buchstabe c wird die Angabe „500 Euro“ durch die Angabe „550 Euro“ ersetzt.

   b) In Nummer 3 werden nach dem Wort „und“ die Wörter „gesondert berechnete Kurtaxe sowie“ eingefügt.

   c) Folgender Satz wird angefügt:

      „Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a gilt entsprechend.“

8. Nach § 21 Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

   „Beihilfefähig sind auch gesondert ausgewiesene Versandkosten.“

9. Nach § 22 Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

   „§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

10. § 23 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 wird wie folgt geändert

      aa) Im Wortlaut werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

         „Ist im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit nach § 62 Absatz 7 die Notwendigkeit eines Hilfsmittels schriftlich dokumentiert, ersetzt das Gutachten die ärztliche Verordnung nach Satz 1.“

   b) In Absatz 4 Halbsatz 2 werden die Wörter „Reinigungsmittel für Sehhilfen, Perücken und sonstige Kopfhaarersatzstücke“ durch die Wörter „Reinigung von Hilfsmitteln“ ersetzt.

11. § 26 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.

   b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „dient“ die Wörter „oder eine Nagelkorrektur mit Orthonyxiespangen erfolgt“ eingefügt.

12. § 27 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller“ ersetzt.

   b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder mit Sozialversicherungsträgern vereinbart“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversi-

cherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen“ ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung vereinbart“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen“ ersetzt.

d) Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütung beihilfefähig, die nach den Verträgen zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder entsprechenden Vereinbarungen von privaten Krankenversicherungsunternehmen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind.“

13. In § 29 Absatz 1 Satz 1 wird nach den Wörtern „Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach der ersten Alternative der Wörter „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ werden die Wörter „oder durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassungsmanagements“ eingefügt.

14. Nach § 30 wird folgender § 30a eingefügt:

„§ 30a

Kurzzeitkrankenpflege

Ist die häusliche Krankenpflege nach § 30 Absatz 1 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 vor, sind die Aufwendungen einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen Kurzzeitkrankenpflege in einer vollstationären Einrichtung entsprechend § 52 Absatz 1 beihilfefähig.“

15. In § 32 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „die Pflegestufe II oder III“ durch die Wörter „den Pflegegrad 3 oder höher“ ersetzt.

16. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Fahrtkosten

a) nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1, wobei bei stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 5 der beihilfefähige Höchstbetrag für Aufwendungen der An- und Abreise je Gesamtmaßnahme auf 200 Euro begrenzt ist, und

b) der Eltern anlässlich des Besuchs ihres in einer stationären Rehabilitationseinrichtung im Sinne von Absatz 2 Nummer 1, 2, 4 oder Nummer 5 untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist,“.

bb) Nummer 5 Buchstabe b Doppelbuchtstabe bb und cc wird wie folgt gefasst:

„bb) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages und

cc) für eine Begleitperson auf 70 Prozent des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung für eine höchstens der Bewilligung für den Begleiteten entsprechenden Zeitdauer der Maßnahme zuzüglich des An- und Abreisetages“.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller“ ersetzt.

bb) In Satz 8 wird die Angabe „7,00 Euro“ durch die Angabe „11 Euro“ ersetzt.

17. § 41 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Aufwendungen für alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus, sind in entsprechender Anwendung des § 25 Absatz 1, 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig.“

18. § 42 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „geistige“ werden die Wörter „oder psycho-soziale“ eingefügt.

b) In Satz 2 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „bis 4 und Absatz 2“ eingefügt.

19. § 44 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Kontrazeptiva“ die Wörter „einschließlich Notfallkontrazeptiva“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

20. Abschnitt 6 wird wie folgt gefasst:

„Abschnitt 6

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48

Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1c des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. Die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähigen Aufwendungen nach Maßgabe dieses Abschnitts 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

§ 48a

Aufwendungen bei Pflegegrad 1

(1) Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für

1. Beratungsbesuche (§ 49 Absatz 6),

2. die Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 49a Absatz 2),

3. Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 54) sowie

4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§§ 50, 52 und 55)

und den pauschalen Zuschlag nach § 49a Absatz 1, ohne dass die Voraussetzungen des § 49a Absatz 1 Nummer 2 erfüllt sein müssen.

(2) Bei Pflegebedürftigen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung und Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe des § 49b Absatz 1 beihilfefähig. § 49b Absatz 2 Nummer 2 gilt entsprechend.

(3) Aufwendungen im Sinne von § 53 Absatz 2 für Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind nach Maßgabe des § 53 Absatz 2 beihilfefähig.

Der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 53 Absatz 2 kann auch für Aufwendungen gewährt werden, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der häuslichen Pflegehilfe (§ 49 Absatz 1),

2. der teilstationären Pflege (§ 50),

3. der Kurzzeitpflege (§ 52) oder

4. anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 53 Absatz 1)

entstehen.

(4) Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege im Sinne von § 55 Absatz 1 für Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind bis zu dem in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrag beihilfefähig. § 55 Absatz 4 findet keine Anwendung.

§ 49

Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflege in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) sind bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge 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 mit häuslicher Pflegehilfe versorgen,

2. bei der Pflegekasse angestellt sind,

3. von der privaten Pflegeversicherung zur häuslichen Pflegehilfe zugelassen sind oder

4. mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geschlossen haben.

(2) Wird die häusliche Pflegehilfe durch andere geeignete Personen erbracht, wird anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 eine Pauschalbeihilfe bis zur Höhe der in § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge 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 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 Absatz 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 Pflegehilfe nach Absatz 1 Satz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt (Kombinationspflege). Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 gewährt wird. Pauschalbeihilfe wird ungekürzt für Aufwendungen von Pflegebedürftigen in vollstati-

onären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.

(4) Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 oder der anteiligen Pauschalbeihilfe nach Absatz 3 wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und einer Kurzzeitpflege nach § 52 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(5) Übersteigen die notwendigen Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Absatz 1 Satz 1 die in Absatz 1 oder Absatz 3 genannten Höchstbeträge, sind die Aufwendungen in

1. Pflegegrad 2 bis höchstens 25 Prozent,

2. Pflegegrad 3 bis höchstens 50 Prozent,

3. Pflegegrad 4 bis höchstens 75 Prozent und

4. Pflegegrad 5 bis höchstens 100 Prozent

des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7a Stufe 5 beihilfefähig.

(6) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne von § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Werden Beratungsbesuche nicht abgerufen und kürzt oder entzieht die private oder soziale Pflegeversicherung deshalb nach § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Pflegegeld, wird die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 im gleichen Umfang gekürzt oder nicht gewährt.

§ 49a

Ambulant betreute Wohngruppen

(1) Für Pflegebedürftige ist ein pauschaler Zuschlag in Höhe des in § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrages beihilfefähig, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne von § 48 Absatz 1 sind,

2. sie Leistungen nach § 49 Absatz 1 bis 3 oder § 53 beziehen,

3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

(2) Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbringt.

(3) § 38a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

§ 49b

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Auf Antrag sind beihilfefähig

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab

1. für Pflegepersonen im Sinne von § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

   a) zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 8 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 44 Absatz 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie

   b) zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 12. Mai 2017 (BGBl. I S. 1121) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 44 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 44 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. bei Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 1 Nummer 2

   a) zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung nach § 347 Nummer 6b Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch,

   b) zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 249c Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und

c) zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden entsprechend des Bemessungssatzes des Pflegebedürftigen nach § 57 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 bis zur Höhe der in § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig. § 49 Absatz 5 und § 55 Absatz 2 gelten entsprechend.

(2) Wird ein pauschaler Zuschlag nach § 49a Absatz 1 gewährt, sind daneben Aufwendungen für teilstationäre Pflege nach Absatz 1 nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür entsprechende Leistungen erbringt.

§ 51

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson nach § 49 Absatz 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflegekraft (Verhinderungspflege) für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr bis zur Höhe des in § 39 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrages 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 des eineinhalbfachen Betrages der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 beihilfefähig. Notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegekraft im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, sind daneben auf Nachweis beihilfefähig; § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zusammen bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 beihilfefähig; Absatz 3 findet Anwendung. Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, finden die Absätze 1 und 3 Anwendung.

(3) In den Fällen des Absatzes 1 kann bei einer Verhinderungspflege der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 um den Betrag bis zur Höhe des halben beihilfefähigen Höchstbetrages aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

§ 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 acht Wochen im Kalenderjahr bis zur Höhe der in § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig. Erfolgt die Unterbringung vollstationär, wurde aber eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 nicht oder noch nicht festgestellt, sind die für die Pflege anfallenden Aufwendungen nach Maßgabe des Satzes 1 beihilfefähig.

(2) Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 Satz 1 kann um den beihilfefähigen Höchstbetrag nach § 51 Absatz 1 für Verhinderungspflege erhöht werden, soweit dieser Betrag noch nicht in Anspruch genommen wurde. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 51 Absatz 1 angerechnet.

(3) § 42 Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und § 55 Absatz 2 gelten entsprechend.

§ 53

Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag

(1) Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind dem Grunde nach beihilfefähig, soweit die beihilfefähigen Höchstbeträge nach § 49 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft wurden. Beihilfefähig nach Satz 1 sind Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 1 je Kalendermonat; sie mindern den Anspruch nach § 49 Absatz 1 entsprechend. Dies gilt im Rahmen der Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 entsprechend. § 49 Absatz 5 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag höchstens bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 5 je Kalendermonat beihilfefähig sind. § 49 Absatz 6 gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung von Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (§ 49 Absatz 1), in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,

2. der teilstationäre Pflege (§ 50),

3. der Kurzzeitpflege (§ 52) oder

4. anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag (Absatz 1),

entstehen, sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat, höchstens jedoch bis zu dem in

§ 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrag (Entlastungsbetrag). Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Monat nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in die folgenden Monate des Kalenderjahres übertragen werden. 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 oder gemeinsamen 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 oder gemeinsamen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen sind in entsprechender Anwendung des § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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.

§ 55

Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne von § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung entstehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 30 Beihilfe gewährt wird, bis zu den in § 43 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträgen. Abweichend von Satz 2 sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig, soweit die in Satz 2 genannten Aufwendungen den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Satz 2 nicht übersteigen. Die beihilfefähigen Aufwendungen im Sinne der Sätze 2 und 3 dürfen insgesamt den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Satz 2 nicht übersteigen. § 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, sind entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne von § 48 Absatz 1 ist.

(4) Die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 und der Zusatzleistungen im Sinne von § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verbleibenden Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil des Einkommens nach Absatz 5 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt bei Beihilfeberechtigten 55 Prozent des Einkommens. Der Eigenanteil nach Satz 2 vermindert sich für einen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner um 25 Prozent des Einkommens und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um 5 Prozent des Einkommens, höchstens jedoch um 55 Prozent des Einkommens.

(5) Einkommen im Sinne von Absatz 4 sind

1. die Dienstbezüge im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes ohne den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages nach § 42 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,

2. die Anwärterbezüge im Sinne von § 2 Absatz 2 Nummer 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,

3. der Altersteilzeitzuschlag nach § 83 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,

4. die Versorgungsbezüge im Sinne von § 3 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften mit Ausnahme

   a) des Unfallausgleichs nach § 38 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes,

   b) der Unfallentschädigung nach § 47 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes und

   c) des Unterschiedsbetrages nach § 55 Absatz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes,

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 Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit, wobei Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen sind, und

9. die Lohnersatzleistungen

des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder Lebenspartners. Bei Einkommen nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen im Sinne von Satz 2 bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Verringert sich das Einkommen vom Januar im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen. Bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummer 7 bis 9 gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend. Bei monatlich schwankenden Einkommen im Sinne von Satz 1 Nummer 7 bis 9 soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Ka-

lenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt werden. Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen.

§ 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

21. In § 57 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 6 wird die erste Alternative des Wortes „Prozent“ durch das Wort „Prozentpunkte“ ersetzt.

    b) In Absatz 9 Satz 1 wird die Angabe „§§ 49“ durch die Angabe „§§ 48a“ und die Wörter „eine Pflegestufe“ werden durch die Wörter „ein Pflegegrad“ ersetzt.

22. In § 61 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 werden die Wörter „der Pflegestufe II“ durch die Wörter „des Pflegegrades 3“ ersetzt.

23. In § 62 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 5 wird die Angabe „§§ 20 und 37“ durch die Wörter „§§ 20, 31 Absatz 2 und § 37“ ersetzt.

    b) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt.

24. § 65 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 wird aufgehoben.

    b) Absatz 3 wird Absatz 2.

25. Nach § 65 wird folgender § 66 eingefügt:

„§ 66

Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes

(1) Zur Überleitung der am 31. Dezember 2016 vorhandenen Pflegebedürftigen in die Pflegegrade gilt § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Für die Zuordnung zu einem Pflegegrad ist auf die Feststellung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung abzustellen.

(2) Für am 31. Dezember 2016 vorhandene Pflegebedürftige im Sinne von § 48 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sind abweichend von Abschnitt 6 Aufwendungen bis zur Höhe der in § 49 Absatz 1 bis 3 und 6, §§ 50 und 53 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genannten Höchstbeträ-

ge, die sich mit Ausnahme des § 49 Absatz 6 aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ergeben, beihilfefähig, wenn dies günstiger ist. Für den erhöhten beihilfefähigen Betrag nach § 53 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in Verbindung mit § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung gilt Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt. Im Übrigen gilt § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(3) Ein Zuschlag nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Leistungen gewährt. § 53 Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Ein Zuschlag nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung zu dem Zuschlag anteilige Leistungen gewährt. Die Beihilfe kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten unmittelbar an die Pflegeeinrichtung geleistet werden. Dem Antrag ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen. Im Fall des § 55 Absatz 4 gelten die Leistungen der Beihilfe nach Satz 1 und der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Teil der beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2.

(5) § 141 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Hierbei ist auf die Mitteilung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nach § 44 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzustellen.

(6) Für am 31. Dezember 2016 vorhandene Pflegebedürftige, die ambulant oder stationär von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, und deshalb unter den Anwendungsbereich des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fallen, sind Aufwendungen bis zur Höhe der in Abschnitt 6 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genannten Höchstbeträge, die sich aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ergeben, beihilfefähig, wenn dies günstiger ist. Dem Antrag ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.

(7) Wurde für den Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 53 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nicht ausgeschöpft, sind Aufwendungen, die im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2018 entstehen, in Höhe des nicht verbrauchten Betrages für Aufwendungen im Sinne von § 53 Absatz 2 zusätzlich dem Grunde nach beihilfefähig. Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde legt. § 144 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Abweichend von § 63 kann für die in Satz 1 genannten Aufwendungen, die im Zeitraum ab 1. Januar 2015 entstanden sind und für die die Antragsfrist nach § 63 abgelaufen ist, Beihilfe gewährt werden, wenn diese bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 beantragt wurde.

(8) Im Jahr 2017 ist § 55 Absatz 5 Satz 2 bis 5 mit der Maßgabe anzuwenden, dass an Stelle des Monats Januar der Monat [einsetzen: Monat des Inkrafttretens dieser Verordnung] zu Grunde zu legen ist.“

26. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) Großbuchstabe K wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe a wird aufgehoben.

bbb) Die Buchstaben b bis e werden die Buchstaben a bis d.

bb) Großbuchstabe M wird wie folgt geändert:

aaa) Dem Wortlaut wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

„a) Mikroimmuntherapie mit Spezifischen Nukleinsäuren (SNA)“.

bbb) Der bisherige Wortlaut wird Buchstabe b.

cc) Großbuchstabe P wird wie folgt geändert:

aaa) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

„a) Photodynamische Therapie in der Paradontologie“.

bbb) Die bisherigen Buchstaben a bis c werden die Buchstaben b bis d.

dd) Großbuchstabe R wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe a wird aufgehoben.

bbb) Die Buchstaben b bis d werden die Buchstaben a bis c.

ee) Großbuchstabe S wird wie folgt geändert:

aaa) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

„b) SIPARI-Methode (musiktherapeutische Behandlungsmethode bei chronischer Aphasie und Sprechapraxie – Singen, Intonation, Prosodie, Atmung, Rhythmus, Improvisation)“.

bbb) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

b) In Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

aa) Fokussierte Extrakorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT) im orthopädischen oder schmerztherapeutischen Bereich
Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung verkalkender Sehnenerkrankungen (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporn (Fasziitis plantaris), der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapierefraktäre Achillodynie) oder des therapieresistenten Tennisellenbogens (therapierefraktärere Epicondylitis humeri radialis). Beihilfefähig sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge, insbesondere nach Nummer 445 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ, sind nicht beihilfefähig.

bb) Radiale Extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT) im orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Beihilfefähig sind die Gebühren nach der Nummer 302 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge sind nicht beihilfefähig."

bb) In Buchstabe i Satz 1 wird das Wort „cerebralen" durch das Wort „zerebralen" ersetzt.

27. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 24-30 wird Nummer 25-30.

b) Die Nummern 24 und 24.1 werden gestrichen.

c) In Nummer 35.3 Spalte 2 werden die Wörter „der Handgelenke" durch die Wörter „des Handgelenkes" und die Wörter „der Fußgelenke" werden durch die Wörter „des Fußgelenkes" ersetzt.

d) Die Nummer 35.4 Spalte 2 werden die Wörter „der Kniegelenke" durch die Wörter „des Kniegelenkes" ersetzt.

e) Nummer 35.6 Spalte 2 wird wie folgt gefasst:

„des Fingers oder Zehs".

28. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Ziffer X wird wie folgt gefasst:

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
„	**X. Podologische Therapie**	
52	Hornhautabtragung an beiden Füßen	15,35
53	Hornhautabtragung an einem Fuß	9,00
54	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	14,15
55	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,65
56	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	28,05
57	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	15,50
58	Nagelkorrektur nach Ross Fraser	
	a) Ross-Fraser-Spange (einteilig, Federstahldraht) einschließlich Material, Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Negativabdruck, Positivnagelmodell, Anfertigung einer Passiv-Nagelkorrekturspange, Vorbereitung des Nagels, Aufsetzen, Aktivierung, Wiederaufsetzen, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen, Patientenaufklärung	155,00
	b) Regulierung der Ross-Fraser-Spange einschließlich Material, Abnehmen der Spange, Vorbereitung des Nagels, gegebenenfalls Nachformung, Kontrolle der Aktivierung, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	31,00
59	Nagelkorrektur mit einer bilateralen Orthonyxiespange (dreiteilig, vorgeformt, Federstahldraht) einschließlich Material, Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Vorbereitung des Nagels, individuelle Spangenformung, Aufsetzen, Aktivierung mit Drilldraht, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen, Pati-	71,00

	entenaufklärung	
60	Nagelkorrektur mit Klebespange (aus Metall regulierbar, aus Kunststoff nicht regulierbar) einschließlich Material, Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Vorbereitung des Nagels, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen, Patientenaufklärung	59,00“.

b) Die bisherigen Nummern 60 und 61 werden die Nummern 61 und 62.

29. Anlage 4 wird wie folgt geändert:

a) Das Kurorteverzeichnis Teil A wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe F wird nach der Zeile „Feilnbach“ folgende Zeile eingefügt:

Name ohne „Bad“	**PLZ/Gemeinde**	**Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)**	**Artbezeichnung**
„Feldberg	17258 Feldberger Seenlandschaft	K	Kneippkurort“.

bb) In Buchstabe M wird die Zeile „Murnau“ gestrichen.

cc) In Buchstabe W Zeile Wolkenstein Spalte 4 werden die Wörter „Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb“ durch das Wort „Heilbad“ ersetzt.

b) Das Kurorteverzeichnis Teil B Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) In der Zeile Italien Spalte 2 werden nach dem Wort „Montegrotto“ ein Zeilenumbruch und das Wort „Montepulciano“ eingefügt.

bb) Nach der Zeile Italien wird folgende Zeile eingefügt:

„Kroatien	Cres“.

cc) Die Zeile Österreich Spalte 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Das Wort „Badgastein“ wird durch die Wörter „Bad Gastein“ ersetzt.

bbb) Nach den Wörtern „Bad Schönau“ werden ein Zeilenumbruch und die Wörter „Bad Traunstein“ eingefügt.

dd) Die Zeile Tschechien Spalte 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach den Wörtern „Bad Joachimsthal / Jachymov“ werden ein Zeilenumbruch und die Wörter „Bad Luhatschowitz / Luhacovice“ eingefügt.

bbb) Das Wort „Luhacovice“ wird gestrichen.

30. In Anlage 8 Nummer 14 und Anlage 9 wird jeweils in der Zeile „Vollmacht“ die Angabe „dem LSF“ durch die Wörter „der Festsetzungsstelle“ ersetzt.

31. Anlage 10 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Dresden, den

Der Staatsminister der Finanzen

Prof. Dr. Georg Unland

Anhang zu Artikel 1 Nummer 31

Anlage 10
(zu § 62 Absatz 1)

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom	Aktenzeichen: (Org.-Nr./ Personalnummer)

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person
Nachname, Vorname des Pflegebedürftigen

Pflegegrad:

o 1 **o** 2 **o** 3 **o** 4 **o** 5

Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung:
Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!

o liegt bei
o wird nachgereicht
o liegt bereits vor

2. Angaben zur Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person

Für die pflegebedürftige Person besteht seit: _____
Versicherungsschutz bei: _____

o private Pflegeversicherung
o soziale Pflegeversicherung (gesetzliche Krankenversicherung)
o als Mitglied
o als Familienversicherter bei:
o Antragsteller
o Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

3. Angaben zu den beantragten Aufwendungen

Welche Pflegeaufwendungen werden beantragt?
Werden mehrere Arten der Pflege in Anspruch genommen, bitte entsprechende Pflegearten ankreuzen!

o Pflegegeld
o Pflegedienst
o Tages- und Nachtpflege
o Kombinationsleistungen aus oben genannten Leistungen
o vollstationäre Pflege
o Kurzzeit-/ Verhinderungspflege
o vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe
o Entlastungsbetrag
o Pflegehilfsmittel
o Wohnumfeldverbesserung
o Wohngruppenzuschlag
o Anschubfinanzierung zur Gründung einer Wohngruppe

Bitte fügen Sie bei den Aufwendungen immer eine Kopie der Leistungsmitteilung der für Sie zuständigen Pflegeversicherung bei!

Bei vollstationärer Pflege bitte Punkt 6 beachten!

Für welchen Zeitraum werden oben genannte Pflegeaufwendungen beantragt? (Leistungs-/ Rechnungszeitraum)

von: _____ bis: _____

Enthalten die Aufwendungen für Pflegeleistungen Unterbrechungszeiträume?

o ja **o** nein

wenn ja*:

Unterbrechung der Pflege wegen:

von: _____ bis: _____

* Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Kurzzeit-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson, Krankenhausaufenthalt, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen), sind diese alle vollständig anzugeben.

4. Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege je Pflegeperson in Stunden/Woche
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 1a SGB VI besteht. **Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!**	**o** liegt bei **o** wird nachgereicht **o** liegt bereits vor

5. Abschlagszahlung

Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.

o **Neuantrag**: Ich beantrage erstmalig eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate, ab (Monat/Jahr): _____

o **Folgeantrag**:

- **o** Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum ohne Kürzungen von der Pflegeversicherung gezahlt wurde:
  von: _____ (Monat/Jahr) bis: _____ (Monat/Jahr)
- **o** Es gab im zurückliegenden Zeitraum Unterbrechungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege und so weiter)
  von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____
  von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____
- **o** Ich beantrage gleichzeitig die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für weitere 6 Monate.

6. Bei vollstationärer Pflege

Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Absatz 4 SächsBhVO)

(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragsstellung oder bei Änderung)

Hinweise: Bei Einkommen nach Buchstabe a bis e ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen und hier anzugeben. Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen nach Buchstabe a bis e bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Dies gilt auch bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Buchstabe f bis h. Verringert sich dieses Einkommen im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen.

Bei monatlich schwankenden Einkommen nach Buchstabe f bis h soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt und angegeben werden. Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen.

Bei Einkünften nach Buchstabe g sind Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen.

Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter sind beizufügen!

	Einkommen (in Euro)	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner
a	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag,		

		Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
	b	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
	c	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag nach § 55 Absatz 2 Satz 1 SächsBeamtVG)		
	d	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge		
	e	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
	f	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
	g	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit		
	h	Lohnersatzleistungen		

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten
Vollmacht ¨ liegt der Festsetzungsstelle vor ¨ ist beigefügt

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Der Dienstherr beteiligt sich im Rahmen seiner Fürsorgepflicht an den Leistungen für Krankenfürsorge und Pflege für Beamte und Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit der Gewährung von Beihilfe (§ 80 Sächsisches Beamtengesetz). Dabei ist sicherzustellen, dass das Leistungsniveau der Beihilfe dem Fürsorgegedanken gerecht wird und nicht hinter dem sich ständig fortentwickelnden Versorgungsniveau anderer sozialer Sicherungssysteme zurückbleibt.

Der Verordnungsentwurf sieht in den wesentlichen Teilen vor, die am 1. Januar 2017 in Kraft getreten Leistungsverbesserungen im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung, die sich aus dem Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz ergeben, wirkungsgleich in das Beihilferecht des Freistaates Sachsen zu übertragen (§§ 48 ff.). Diese Leistungsverbesserungen sind zwingend in den Bereich der Beihilfe zu übernehmen, damit Beihilfegewährung und Pflegeversicherung aufeinander abgestimmt sind beziehungsweise bleiben. Letztlich besteht hierzu auch eine gesetzliche Verpflichtung der Beihilfe als Pflegekasse.

Daneben sollen Anpassungen vorgenommen werden, die die neueste Rechtsprechung, die aktuellen Entwicklungen in der medizinischen Versorgung berücksichtigen, soweit sie mit § 80 des Sächsischen Beamtengesetzes konform sind.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung)

Zu Nummer 1

Inhaltliche Anpassung und Ergänzung der Überschriften.

Zu Nummer 2

Klarstellung.

Zu Nummer 3

Absatz 1 entspricht inhaltlich der bisherigen Regelung ergänzt durch Kriterien für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Verlängerung einer kieferorthopädischen Behandlung. Mit der ergänzenden Regelung soll sichergestellt werden, dass die Aufwendungen für eine Verlängerung einer kieferorthopädischen Umformmaßnahme nur dann beihilfefähig sind, wenn der Behandlungszeitraum der Erstbehandlung von 4 Jahren entsprechend der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte ausgeschöpft ist. Aufwendungen für Verlängerungszeiträume von weniger als 4 Jahre sind nur anteilig beihilfefähig. Diese Auslegung ist durch Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 24. März 1997, 3 B 95.1895, bestätigt. Um Rechtssicherheit für den Vollzug zu gewährleisten wird diese Regelung in Verordnungsrang gehoben. Eine Voranerkennung der Verlängerung durch die Festsetzungsstelle ist erforderlich. Damit werden unangemessene Aufwendungen vermieden. Der Beihilfeberechtigte erhält durch die Voranerkennung Klarheit, welche Aufwendungen erstattungsfähig sind.

Die Regelung wird in Absatz 2 durch Aufnahme der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) ergänzt. Diese Behandlungen sind nur in Ausnahmefällen notwendig. Ob es sich um eine notwendige Behandlung handelt, ist in entsprechender Anwendung des § 29 Absatz 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu beurteilen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt danach in den Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung (KFO-Richtlinien) die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen eine solche Behandlung erforderlich ist.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Bereinigung zur Vereinheitlichung des Verordnungstextes.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Mit dieser erweiternden Regelung im Rahmen der ambulanten Psychotherapie werden Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Stand: 6. Januar 2016, für den Bereich der GKV, nachgezeichnet.

Zu Buchstabe b

Klarstellung.

Zu Nummer 6

Vergleiche Nummer 5.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Der beihilfefähige Höchstbetrag für Frührehabilitation Phase B wurde entsprechend der Kostenentwicklung angepasst.

Zu Buchstabe b

Findet eine stationäre Krankenhausbehandlung in einem Kurort in einer sogenannten gemischten Krankenanstalt (Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung) statt, kann nach dem jeweils geltenden Kommunalabgabenrecht eine Kurtaxe anfallen. Es wird klargestellt, dass die Aufwendungen für eine anfallende Kurtaxe bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung beihilfefähig sind.

Zu Buchstabe c

Wahlärztliche Leistungen sind auch beihilfefähig, wenn sie in einem Privat-Krankenhaus im Sinne des Absatzes 2 erbracht werden. Bisher war dies nur aus Nummer 20.2.1 der VwV-SächsBhVO ersichtlich. Zur Herstellung der Rechtssicherheit ist diese Regelung in die Verordnung zu übernehmen.

Zu Nummer 8

Klarstellende Regelung, dass gesondert ausgewiesene Versandkosten beim Bezug von Arzneimitteln auf dem Versandwege beihilfefähig sind.

Zu Nummer 9

Vergleiche Nummer 8.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, dass auch Zahnärzte Hilfsmittel verordnen können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die vereinfachte Verfahrensweise der Verordnung von Hilfsmitteln für Pflegebedürftige, die sich aus dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz ergibt, soll auch für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige übernommen werden.

Zu Buchstabe b

Inhaltliche Klarstellung.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, dass auch Zahnärzte Heilmittel verordnen können.

Zu Buchstabe b

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen der Podologische Therapie im Rahmen der Heilmittel wird erweitert. Aufwendungen für Leistungen von Medizinischen Fußpflegern oder Podologen sollen künftig für einen Nagelkorrekturtherapie mit Orthonyxiespangen auch außerhalb der Indikation „diabetisches Fußsyndrom“ im Rahmen der Höchstbeträge der Anlage 3 beihilfefähig sein. Bisher war eine Beihilfegewährung für Orthonyxiespangen nur im Rahmen der ärztlichen Hilfsmittelversorgung einschließlich Anpassung möglich. In Anlage 3 Abschnitt X werden nun die Leistungsbeschreibungen und beihilfefähigen Höchstbeträge für Orthonyxiebehandlungen festgelegt. Sie orientieren sich an den Leistungsbeschreibungen und Höchstbeträgen, die die Landwirtschaftliche Krankenkasse mit den maßgeblichen Berufsverbänden getroffen hat. Mit der Erweiterung soll den Betroffenen eine kostengünstigere beihilfefähige Behandlungsalternative zu einem operativen Eingriff zur Verfügung stehen.

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a bis c

Redaktionelle Bereinigung zur Vereinheitlichung des Verordnungstextes.

Zu Buchstabe d

Vergleiche Buchstabe a bis c sowie redaktionelle Bereinigung aufgrund der Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 13

Die Verordnung von Soziotherapie soll künftig auch im Rahmen des Entlassungsmanagements bei Entlassung aus dem Krankenhaus möglich sein. Damit wird einer Änderung der Soziotherapie-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses Rechnung getragen (Beschluss vom 17. Dezember 2015) und ein Gleichlauf der Verordnungsfähigkeit solcher Maßnahmen mit dem GKV-Bereich hergestellt.

Zu Nummer 14

Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind künftig auch Aufwendungen einer Kurzzeitpflege beihilfefähig, wenn diese nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen. Damit wird eine Lücke der Krankenpflegeleistungen für Betroffene geschlossen, die noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind, deshalb keinen Anspruch auf Pflegeleistungen im Sinne des Abschnitts 6 haben und die deren Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist. Es handelt sich um eine wirkungsgleiche Nachzeichnung einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die zum 1. Januar 2016 eingeführt wurde.

Zu Nummer 15

Redaktionelle Folgeänderung und Klarstellung.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen von Kindern wird künftig auch für Aufwendungen für medizinisch notwendige Besuchsfahrten der Eltern Beihilfe gewährt. Bisher war die Beihilfegewährung für Fahrtkosten bei Besuchsfahrten der Eltern nur bei stationären Krankenhausaufenthalten der Kinder geregelt. Damit wird eine Regelungslücke geschlossen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle und inhaltliche Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Bereinigung und Vereinheitlichung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Anpassung des beihilfefähigen Höchstbetrages für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung an den in den Vergütungsvereinbarungen der Träger gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung mit dem Sächsischen Behinderten- und Rehabilitationssportverband e. V. im Jahr 2016 vereinbarten Höchstkostensatz.

Zu Nummer 17

§ 41 Absatz 1 wird sprachlich an die Änderungen des § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angepasst. Da sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterhin

nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmen, sind inhaltlich damit keine Änderungen verbunden.

Zu Nummer 18

Zu Buchstabe a

§ 42 Satz 1 wird sprachlich an die Änderungen des § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angepasst. Da sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterhin nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmen, sind inhaltlich damit keine Änderungen verbunden.

Zu Buchstabe b

Die Erweiterung des Verweises in Satz 2 resultiert aus den Änderungen des § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 19

Zu Buchstabe a

Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass von einem Arzt schriftlich verordnete Notfallkontrazeptiva bei Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr auch dann beihilfefähig sind, wenn die Verordnung nicht aus Anlass einer Krankheit erfolgt. Die Regelung entspricht § 24a Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dort sind die Voraussetzungen geregelt, unter denen Frauen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva haben. Die Kosten für diese nicht verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mittel sind durch die Krankenkasse zu tragen, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Zu Buchstabe b

Vergleiche Nummer 8.

Zu Nummer 20

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

Dementsprechend wurden die Regelungen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes sowie des Artikels 1 des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes bereits in die Sächsische Beihilfeverordnung integriert.

Zum 1. Januar 2017 trat nunmehr auch Artikel 2 des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes in Kraft. Dessen Schwerpunkte sind insbesondere die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und von fünf Pflegegraden (Ersetzung des bisherigen (3) Pflegestufen-Modells), die Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA), Neuerungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung sowie die Neugestaltung der rentenversicherungsrechtlichen sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Für Pflegebedürftige des (neuen) Pflegegrades 1 ist ein Leistungskatalog vorgesehen, der auf die Gewährleistung und Sicherstellung der häuslichen Versorgung abzielt; vor diesem Hintergrund stehen für diesen Personenkreis nur bestimmte Leistungen zur Verfügung.

Im Rahmen der Umstellung auf die fünf neuen Pflegegrade sollen Benachteiligungen für Betroffene, die bereits Leistungen beziehen, durch Überleitungsregelungen möglichst ausgeschlossen werden. Zudem enthält es Regelungen für eine pauschale Überleitung bereits Pflegebedürftiger in die neuen Pflegegrade, ohne dass eine erneute Begutachtung erforderlich wird.

Auch das Dritte Pflegestärkungsgesetz, welches ebenfalls zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, enthält beihilferelevante Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Dies betrifft insbesondere Klarstellungen hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 und erweiterte Übergangs- beziehungsweise Besitzstandsschutzregelungen.

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

Aufgrund der umfassenden notwendigen Änderungen wird dabei Abschnitt 6 neu strukturiert und gefasst:

Zu § 48 - Dauernde Pflegebedürftigkeit

Mit der Änderung des Absatzes 1 wird neben einer redaktionellen Anpassung der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade Rechnung getragen.

Der bisherige Absatz 4 wird aus Gründen der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit in einen neuen § 49b überführt und ausführlicher gestaltet.

Zu § 48a - Aufwendungen bei Pflegegrad 1

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt.

Die Beeinträchtigungen der Menschen des Pflegegrades 1 sind gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende und edukative Unterstützungsangebote von Bedeutung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige, die alleine leben, aber auch für diejenigen, deren soziales Umfeld die erforderlichen Unterstützungsleistungen nicht erbringen kann oder will.

Mit § 48a wird insoweit § 28a des Elften Buches Sozialgesetzbuch nachgezeichnet und die Pflegeleistungen nach Abschnitt 6 für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 beschränkt. Ungeachtet dessen beteiligt sich die Festsetzungsstelle für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 gemäß § 48 Absatz 3 an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, da diese nicht unmittelbar an das Vorliegen eines Pflegegrades anknüpft. Vielmehr ist ausreichend, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wird insoweit auch klargestellt, dass § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 anzuwenden ist. Dies hat zur Folge, dass den „Pflegepersonen“, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 im Rahmen einer Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes pflegen, Zuschüs-

se zur Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren sind. Gleichfalls steht diesem Personenkreis Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes zu, welches wiederum der Sozialversicherungspflicht unterliegt (hierzu auch § 49b Absatz 2 Nummer 2).

Zu § 49 - Häusliche Pflege

Zu Absatz 1

Die Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe und die damit zusammenhängenden Änderungen des § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind bedingt durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit korrespondierenden Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Der Begriff der häuslichen Pflegehilfe wird in Absatz 1 nachgezeichnet und umfasst nunmehr körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Diese pflegerischen Maßnahmen beziehen sich auf die in § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit genannten Bereiche. Daneben umfasst häusliche Pflegehilfe auch Hilfen bei der Haushaltsführung. Zur Konkretisierung der bei der Haushaltsführung erforderlichen Hilfen im Sinne des § 14 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sollen auch die Ergebnisse der Begutachtung nach § 18 Absatz 5a des Elften Buches Sozialgesetzbuch herangezogen werden.

Durch die Anknüpfung an den Grad der Selbständigkeit ist es mit dem NBA erstmals möglich, körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung in einen Pflegegrad gleich zu behandeln. Daher entfällt auch die Berechtigung für Sonderregelungen, wie sie beispielsweise bisher in den §§ 123 und 124 des Elften Buches Sozialgesetzbuch enthalten sind. Sie werden deshalb mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgehoben.

Innerhalb der häuslichen Pflegehilfe stehen nunmehr alle drei Leistungsbereiche – körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung – gleichrangig zur Verfügung. Die bisherige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung – die unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Einklang mit dem veränderten Verständnis von Pflege ersetzt werden – im Einzelfall sichergestellt sein müssen, wird aufgegeben; sie ist mit dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht vereinbar. Die Pflegebedürftigen können somit aus den Angeboten zugelassener Pflegedienste nach ihren Wünschen und Bedürfnissen frei wählen, unabhängig davon, ob diese Angebote körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung betreffen. Betreuungsleistungen entsprechen vor allem den Wünschen von demenziell erkrankten Menschen und deren Angehörigen, da sie maßgeblich zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen. Aber auch somatisch erkrankte Pflegebedürftige erhalten neue Gestaltungsmöglichkeiten bei der Zusammenstellung ihrer Pflegeleistungen.

Der Begriff der körperbezogenen Pflegemaßnahmen bezieht sich insbesondere auf Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Mobilität und Selbstversorgung (vergleiche auch § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen können beispielsweise Spaziergänge in der näheren Umgebung, die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten sein. Auch Unterstützungsleistungen bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten kommen in Betracht. Zur Gestaltung des Alltags gehört auch die Unterstützung bei Hobby und Spiel. Dies schließt auch Hilfen mit ein, bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht. Dies gilt beispielsweise bei Beobachtung zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung oder bei einer bloßen Anwesenheit, um dem Pflegebedürf-

tigen emotionale Sicherheit zu geben. Beaufsichtigung durch eine räumlich nicht anwesende Person, insbesondere durch eine Videoüberwachung, ist jedoch keine häusliche Betreuung in diesem Sinne.

Daneben umfasst die häusliche Pflegehilfe – wie bisher auch – Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Änderung des Begriffs von hauswirtschaftlicher Versorgung in Hilfen bei der Haushaltsführung berücksichtigt die veränderte Perspektive des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Pflegebedürftige sollen nicht nur (passiv) versorgt, sondern (aktiv) bei der Haushaltsführung unterstützt werden. Leistungsinhalt ist eine Unterstützung bei den nach § 18 Absatz 5a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfassten Aktivitäten. Es handelt sich dabei einerseits – wie bereits bislang – um typische Hausarbeiten, wie zum Beispiel Hilfen beim Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche sowie der Kleidung und das Beheizen. Andererseits wird zukünftig auch die Unterstützung bei den für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belangen erfasst. Dabei muss es sich um Aktivitäten handeln, die aus pflegefachlicher Sicht besonders wichtig sind, um im eigenen Haushalt verbleiben zu können.

Zu den Absätzen 2 bis 4

Während einer Verhinderungspflege und einer Kurzzeitpflege wurde bislang Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) solange fortgewährt, wie die private oder soziale Pflegeversicherung das Pflegegeld fortzahlt. Die Dauer der Leistungspflicht der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ergibt sich aus § 37 Absatz 2 und § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr).

Die bislang gleichlautenden Regelungen in Absatz 2 und 3 werden nunmehr aus Gründen der Übersichtlichkeit in einen neuen Absatz 4 überführt. Inhaltlich werden künftig wieder hinsichtlich der Dauer der hälftigen Fortzahlung die Regelungen des § 37 Absatz 2 Satz 2 und § 38 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übernommen. Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz wurden die Ansprüche auf Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ausgebaut und flexibilisiert. Verhinderungspflege kann seitdem für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen und Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr gewährt werden. Hierdurch sind die zeitlichen Höchstgrenzen für die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege einerseits und der Dauer der hälftigen Pflegegeldfortzahlung während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege andererseits auseinandergefallen. Dies führte in der Praxis zu Umsetzungsschwierigkeiten und Auslegungsproblemen, weswegen daher hinsichtlich der Fortzahlung der hälftigen Pauschalbeihilfe auf die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung abgestellt wurde, um unterschiedliche Leistungen zwischen Beihilfe einerseits und privater oder sozialer Pflegeversicherung andererseits zu vermeiden. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden die Vorschriften zur hälftigen Fortzahlung des (anteiligen) Pflegegeldes in ihrem Wortlaut an die flexibilisierten zeitlichen Höchstgrenzen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege nach dem Ersten Pflegestärkungsgesetz angepasst. Vor diesem Hintergrund besteht keine Notwendigkeit mehr, im Hinblick auf die Beihilfegewährung auf die Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung abzustellen, weswegen nun die konkrete Leistungsdauer wieder geregelt wird. Gleichzeitig führt dies auch zur Verwaltungsvereinfachung, da keine Notwendigkeit zur Vorlage einer Leistungsmitteilung oder eines entsprechenden Nachweises der privaten oder sozialen Pflegeversicherung mehr besteht.

Zu Absatz 5

Die Beihilfeleistungen des Absatzes 5 (bisher Absatz 4) stellten auf das bisherige Pflegestufenmodell ab. Vor diesem Hintergrund war eine Anpassung an die neuen Pflegegrade erforderlich. Hierbei wurden die Abstufungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb der Pflegegrade 2 bis 5 bei den Pflegesachleistungen (§ 36 des Elften Buches Sozi-

algesetzbuch) sowie der teilstationären Pflege (§ 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) zu Grunde gelegt (Basis: Pflegegrad 5 = 100 Prozent), jedoch zu Gunsten einer abgewogenen Abstufung im Ergebnis mit niedrigeren prozentualen Anteilen festgelegt.

Innerhalb dieses Rahmens wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass diese Beträge auskömmlich sind und nicht zu erheblichen verbleibenden Aufwendungen führen. Eine besondere Prüfung nach § 4 Absatz 3 ist insoweit nicht erforderlich, wonach entsprechende Aufwendungen beihilfefähig sind, soweit die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes eine besondere Härte darstellen würde („Härtefallregelung“). Dies dient auch der Verwaltungsvereinfachung, da die besondere Härtefallregelung damit auf Ausnahmefälle beschränkt wird.

Da die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe (Absatz 1) und der teilstationären Pflege (§ 50) nicht Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gewährt werden, sollen die Beihilfeleistungen nach Absatz 5 diesem Personenkreis ebenfalls nicht eröffnet werden. Dementsprechend wurde die Beihilfeleistung nach Absatz 5 auch nicht in § 48a aufgenommen. Beihilfe nach Absatz 5 erhalten deshalb nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

Zu Absatz 6

Absatz 6 entspricht dem bisherigen Absatz 5, der unverändert übernommen wurde.

Zu § 49a - Ambulant betreute Wohngruppen

Die Regelungen zu ambulant betreuten Wohngruppen (pauschaler Zuschlag nach § 49 Absatz 6 a. F. und zur Anschubfinanzierung nach § 54 Absatz 3 a. F.) werden nunmehr in einem neuen Paragrafen zusammengefasst. Gleichzeitig werden die Regelungen zum pauschalen Zuschlag einschließlich dessen Höhe an die Neuregelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch angepasst.

Ziel des Wohngruppenzuschlages ist es, gemeinschaftliche Pflegewohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und außerhalb des klassischen „betreuten Wohnens“ leistungsrechtlich besonders zu unterstützen. Besonders in den Blick zu nehmen sind hier anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppen – also Wohngruppen, die nicht von den Bewohnern und ihren Angehörigen selbst organisiert werden, sondern bei denen ein bestimmter Anbieter oder ein Dritter den in der Wohngruppe lebenden Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet. Auch bei diesen Wohngruppen muss sich aus einer Gesamtschau ergeben, dass es sich weiterhin um eine ambulante Versorgungsform handelt, die sich in Anbetracht der insgesamt von dem Anbieter oder Dritten für die Wohngruppenmitglieder angebotenen oder gewährleisteten Leistungen von einer vollstationären Versorgung unterscheiden lässt. Durch die Anpassungen im Wortlaut wird noch deutlicher als bisher zum Ausdruck gebracht, dass Wohngruppen nicht als solche im Sinne des § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt werden können, in denen nach dem zugrundeliegenden Gesamtkonzept der Leistungserbringung vom Anbieter der Wohngruppe oder einem Dritten zugleich Leistungen angeboten werden, die insgesamt weitestgehend dem Umfang vollstationärer Pflege entsprechen. Dies wird in § 49a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 übernommen.

Zudem wird nunmehr die Beihilfefähigkeit des pauschalen Zuschlages geregelt. Bislang war der pauschale Zuschlag – wie die Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 – als Beihilfe konzipiert, auf den die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung anzurechnen waren. Auch wenn in diesem Falle – ebenso wie bei der Pauschalbeihilfe – keine konkreten Aufwendungen zu Grunde liegen, erscheint dies sachgerecht, da so nicht zwangsläufig eine Leistungsmitteilung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgelegt werden muss, um die Leistungen der Beihilfe (endgültig) festsetzen zu können.

Die bisherige Übergangsregelung des § 122 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wurde nunmehr in § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch überführt

und betrifft Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung hatten. Für diese wird der Wohngruppenzuschlag (pauschaler Zuschlag) weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

Zu § 49b - Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen waren bislang in § 48 Absatz 4 geregelt und beschränkten sich auf einen Verweis auf die §§ 44 und 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Zur besseren Verständlichkeit sollen die konkreten Leistungsinhalte nunmehr ausdrücklich benannt werden. Sowohl für die Festsetzungsstellen als auch für die Beihilfeberechtigten sind so die Beihilfeleistungen in übersichtlicher und strukturierter Form dargestellt.

Zudem wurden die Änderungen aufgrund des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes berücksichtigt:

Rentenversicherung:

Beiträge zur Rentenversicherung sind für Pflegepersonen zu leisten, die einen oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, zu Hause pflegen. Voraussetzung ist weiterhin, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die rentenrechtliche Absicherung für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen, nicht vorgesehen.

Pflegen Personen am 31. Dezember 2016 regelmäßig mindestens zehn Stunden in der Woche verteilt auf mindestens zwei Tagen nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe, jedoch mit eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte Pflegestufe 0), sind sie ab dem 1. Januar 2017 nach neuem Recht für diese Pflegetätigkeit aufgrund der gesetzlichen Überleitung des Pflegebedürftigen in den Pflegegrad 2 in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen wird in § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch neu geregelt. Sie sind nunmehr neben dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen in Abhängigkeit davon gestaffelt, ob der Pflegebedürftige Pflegesachleistung (§ 49 Absatz 1, § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), Pflegegeld/Pauschalbeihilfe (§ 49 Absatz 2, § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) oder Kombinationspflege (§ 49 Absatz 3 SächsBhVO, § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in Anspruch nimmt.

Unfallversicherung:

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde der an die neu geregelten Voraussetzungen angepasste bisherige § 44 Absatz 1 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in einen neuen § 44 Absatz 2a des Elften Buches Sozialgesetzbuch überführt. Der Wegfall der bisherigen Aufzählung verschiedener Paragraphen des Siebten Buches Sozialgesetzbuch hat nur redaktionelle Bedeutung. Die Versicherungspflicht der Pflegeperson in der Unfallversicherung setzt bei dem Pflegebedürftigen mindestens Pflegegrad 2 voraus. Die Versicherung erfolgt kraft Gesetzes; Beiträge sind hier nicht zu leisten, weswegen auf eine Aufzählung in § 49b verzichtet wurde.

Arbeitslosenversicherung:

In § 44 Absatz 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird die Versicherungspflicht von Pflegepersonen in der Arbeitsförderung im Elften Buch Sozialgesetzbuch verankert. Pfle-

gepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind künftig unter den Voraussetzungen des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig und damit in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen.

Dies galt bislang nur für Pflegepersonen während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes (vgl. § 44a Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F.). Bei Personen in einer nach dem 31. Dezember 2016 beginnenden Pflegezeit entfällt insoweit die Pflicht zur Abführung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung. Allerdings wird in diesen Fällen wohl regelmäßig eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung als Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

Nach § 26 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch ist grundsätzlich erforderlich, dass unmittelbar vor der Pflegetätigkeit eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung bestanden haben muss oder eine Leistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (zum Beispiel Arbeitslosengeld) bezogen wurde. Beamte als Pflegepersonen werden damit grundsätzlich nicht von der Versicherungspflicht erfasst.

Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Arbeitslosenversicherung nicht für Pflegepersonen geöffnet, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen (§ 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden aus 50 % der monatlichen Bezugsgröße berechnet; gegebenfalls ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet zu beachten (§ 347 Nummer 10 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).

Zu § 50 - Teilstationäre Pflege

Absatz 1 wird im Hinblick auf die Änderungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes angepasst. Der Verweis auf § 55 Absatz 2 wird aus Gründen der Rechtsklarheit eingefügt. Damit ist jedoch keine Neuregelung verbunden, da der bisherige § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehungsweise ab 1. Januar 2017 § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch bereits für alle stationären Pflegeeinrichtungen galt beziehungsweise gilt.

Mit dem neuen Absatz 2 wird die Regelung des § 38a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übernommen. Danach können Leistungen der teilstationären Pflege gemäß § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch neben den Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Hintergrund dieser Einschränkung ist, dass Anbieter Leistungen für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege in einer Weise verknüpfen, die nicht der Zwecksetzung des Gesetzgebers entspreche. Primäre Zielsetzung sei dabei, alle möglichen Leistungstatbestände zu kombinieren, ohne dass damit ein erkennbarer Zusatznutzen in der pflegerischen Versorgung erreicht werde. Mit der Änderung wird derartigen Kombinationsmöglichkeiten der Boden entzogen, ohne den Mitgliedern von ambulant betreuten Wohngruppen den Zugang zu Leistungen der teilstationären Pflege zu verschließen.

Da die private oder soziale Pflegeversicherung in diesen Fällen eine Prüfung vorzunehmen hat, wird insoweit die Beihilfefähigkeit von den Leistungen der Pflegeversicherung abhängig gemacht.

Zu § 51 - Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

§ 51 wurde unverändert übernommen.

Zu § 52 - Kurzzeitpflege

§ 52 wurde unverändert übernommen und um einen Verweis auf § 55 Absatz 2 ergänzt. Dieser Verweis wird aus Gründen der Rechtsklarheit eingefügt. Damit ist jedoch keine Neuregelung verbunden, da der bisherige § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehungsweise ab 1. Januar 2017 § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch bereits für alle stationären Pflegeeinrichtungen galt beziehungsweise gilt.

Zu § 53 - Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

§ 53 bedurfte aufgrund der Neuregelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes einer grundlegenden Überarbeitung.

Zu Absatz 1

Die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wurden mit dem neuen § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter dem neuen Oberbegriff der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst. Je nach der Ausrichtung der Angebote kann es sich dabei um „Betreuungsangebote“ (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung), „Angebote zur Entlastung von Pflegenden“ (zum Beispiel durch Pflegebegleiter) oder „Angebote zur Entlastung im Alltag“ (zum Beispiel in Form von praktischen Hilfen) handeln.

Der bislang in § 45b Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelte Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote unter Anrechnung auf den Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen – maximal in Höhe von 40 Prozent des jeweiligen Höchstbetrags für ambulante Sachleistungen – wird nun in § 45a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelt und in Absatz 1 übernommen. Da dieser Kostenerstattungsanspruch auf einer teilweisen Umwandlung des in § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags beruht, wird für ihn im Elften Buch Sozialgesetzbuch die Bezeichnung „Umwandlungsanspruch“ eingeführt. Die Regelungen werden inhaltsgleich in Absatz 1 übernommen. Der Verwendung oder expliziten Benennung der Bezeichnung „Umwandlungsanspruch“ bedarf es hierzu jedoch nicht.

Beihilfeleistungen nach Absatz 1 erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

Zu Absatz 2

Der bisherige Anspruch auf „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ wird nun wie im Elften Buch Sozialgesetzbuch besser verständlich als „Entlastungsbetrag“ bezeichnet. Da die Grundlage für die bisherige Unterscheidung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag – nämlich die Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu Ausmaß und Schwere der vorliegenden Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne des bisherigen § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch – entfällt, wird nunmehr allen Anspruchsberechtigten ein einheitlicher Entlastungsbetrag gewährt.

Es handelt sich bei der Leistung nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch unverändert um einen Kostenerstattungsanspruch, der zum Ersatz von Aufwendungen im Zusammenhang mit Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, zugelassener Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannter niedrigschwelliger Betreuungs- oder Entlastungsangebote eingesetzt werden kann.

Der Entlastungsbetrag soll Menschen, die als Pflegepersonen Verantwortung übernehmen und im Pflegealltag oftmals großen Belastungen ausgesetzt sind, Möglichkeiten zur Entlastung eröffnen. Außerdem sollen die Leistungen, für die der Entlastungsbetrag ein-

gesetzt wird, darauf ausgerichtet sein, den Pflegebedürftigen Hilfestellungen zu geben, die ihre Fähigkeit zur selbständigen und selbstbestimmten Gestaltung des Alltags fördern. Auf diese Zielsetzungen soll bei der Leistungserbringung besonderer Wert gelegt werden.

Da Betreuung jetzt – wie bereits bislang die hauswirtschaftliche Versorgung – integraler Bestandteil der Leistungen ambulanter Pflegedienste ist und sich insoweit der Anwendungsbereich des § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1) im Zusammenspiel mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erweitert und Leistungen umfasst, die zum Teil bislang als unter § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (a. F.) fallend betrachtet wurden, entfällt jedoch der bisherige „Sonderbereich“ für das Tätigwerden zugelassener Pflegedienste in § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Eine Erstattung erfolgt dementsprechend für die Leistungen ambulanter Pflegedienste im Sinne des § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1), nicht jedoch – wie bereits bislang – für Leistungen, die in Bezug auf körperbezogene Pflege (bislang: „Grundpflege“, nun: Selbstversorgung im Sinne des neuen § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) erbracht werden. Die entsprechende Beschränkung folgt der Empfehlung des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wonach die Verankerung eines separaten Betrages einen Anreiz setzen solle, dass Angehörige und andere Pflegepersonen sich tatsächlich entlasten. Hiermit war nicht vorrangig eine finanzielle Entlastung beabsichtigt, sondern eine praktische Entlastung im Sinne einer tatsächlichen Reduzierung der mit der Übernahme von Pflegeverantwortung einhergehenden Belastungen im Alltag. Dies kann regelmäßig insbesondere durch die Inanspruchnahme von Leistungen der pflegerischen Betreuung und von Hilfen bei der Haushaltsführung erreicht werden. Um den Bedarf an Leistungen der körperbezogenen Pflege (bislang: „Grundpflege“) abzudecken, steht Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 dagegen jeweils der reguläre Leistungsbetrag nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1) zur Verfügung.

Allerdings gilt dies nicht für Pflegegrad 1. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 hingegen können den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der körperbezogenen Pflege im Sinne des § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1) entstehen.

Bei Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege ist eine Differenzierung danach, ob es sich um Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen handelt, nicht geboten, da es sich in der teil- und vollstationären Pflege jeweils um einheitliche Gesamtleistungen handelt, die eine Trennung nach betreuerischem und körperpflegerischem Bereich nicht zulassen. Bei diesen Leistungen ist vielmehr davon auszugehen, dass sie insgesamt zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags beitragen. Gegenüber der bisherigen Rechtslage erfolgt also keine Änderung.

Zu § 54 - Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes

§ 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch enthält nicht nur Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen, sondern auch für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, wenn mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung leben. Die Änderungen der Überschrift und in Absatz 2 dienen damit lediglich der Klarstellung.

Zu § 55 - Vollstationäre Pflege

Zu Absatz 1

Die begriffliche Klarstellung erfolgt in Satz 2 dergestalt, dass nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach bisherigem Verständnis auf die sogenannte

Grundpflege beziehen, und den Aufwendungen für soziale Betreuung differenziert wird. Entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen.

Die Neuregelung in Satz 3 und 4 zeichnet § 43 Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach. Dieser stellt sicher, dass der Leistungsbetrag für vollstationäre Pflege für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden darf, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege sowie für Betreuung übersteigt.

Zu Absatz 2

Die Neuregelung des § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die mit Absatz 2 umgesetzt wird, gibt Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen einen individuellen Anspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung.

Bislang war die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen in § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch lediglich als vergütungsrechtliche Regelung ausgestaltet. Danach hatten stationäre Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Vereinbarung leistungsrechtlicher Zuschläge zur Pflegevergütung, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Erst mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung erhielt die anspruchsberechtigte Person einen Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung (§ 87b Absatz 2 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F.). Ein Individualanspruch aus der Pflegeversicherung bestand nicht. Dies wird mit der Neuregelung geändert.

§ 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt für alle stationären Einrichtungen, also neben den vollstationären Einrichtungen auch für die teilstationären und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, weswegen entsprechende Verweise auf Absatz 2 auch in § 50 Absatz 1 und § 52 Absatz 3 aufgenommen wurden. Er gilt ebenso für alle Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen, also auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

Zu Absatz 3

Die Änderungen sind Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Begriffes der Pflegegrade. Daneben wird in § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch der Erstattungsbetrag bei Rückstufung an die neuen Leistungsbeträge angepasst. Er entspricht mit 2 952 Euro der Differenz aus den Leistungsbeträgen der Pflegegrade 3 und 2 innerhalb eines Halbjahreszeitraumes.

Zu Absatz 4

In Satz 1 wird künftig auf die beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 Bezug genommen. Unter den beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 sind die in § 43 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge zu verstehen. Dies soll sicherstellen, dass in die weitere Beihilfe nach Absatz 4 nicht der Anteil der Pflegeversicherung einbezogen wird. Dies ist dann von Bedeutung, wenn der Beihilfeberechtigte keine Leistungen der Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege bezieht. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die Beihilfe gerade nicht für Leistungen einer Pflegeversicherung „einspringt“, beispielsweise weil gerade keine solche Versicherung besteht.

Die Vorschrift ist Ausfluss der in der Beihilfe konkretisierten Fürsorgepflicht des Dienstherrn, welche in den Fällen ein Eingreifen des Dienstherrn gebietet, in denen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Einkünften trotz ausreichender Eigenvorsorge nicht in der Lage sind, die unmittelbar mit der Pflege zusammenhängenden Aufwendungen zu bestreiten. Satz 2 bestimmt die zumutbaren Eigenanteile. Hinsichtlich der diese Eigenanteile übersteigenden Kosten besteht Anspruch

auf Beihilfe. Nach § 57 Absatz 8 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen auf 100 Prozent.

Mit dieser Regelung wird grundsätzlich in Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes (Urteil vom 24. Januar 2012, Az. 2 C 24/10) sichergestellt, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt auch nach Abzug der Kosten für die Eigenvorsorge gewahrt bleibt. Nach dem vorgenannten Urteil ist nämlich sicherzustellen, dass auch nach Abzug der Pflegekosten genügend Einkommen verbleibt, um den amtsangemessenen Lebensunterhalt bestreiten zu können.

Bei dieser Betrachtung ist auf das Nettoeinkommen abzustellen, das pauschalierend und typisierend festzustellen ist (hierzu auch BVerfG, Beschluss vom 22. März 1990, Az. 2 BvL 1/86 und Beschluss vom 24. November 1998, Az. 2 BvL 26/91 u. a., Rn. 37).

Der gemäß Artikel 33 Absatz 5 des Grundgesetzes verfassungsrechtlich gewährleistete Grundsatz der amtsangemessenen Alimentierung fordert zudem, dass die Dienstbezüge so zu bemessen sind, das sie einen je nach Dienstrang, Bedeutung und Verantwortung des Amtes und entsprechender Entwicklung der allgemeinen Verhältnisse angemessenen Lebensunterhalts gewähren. Was danach dem Beamten an Alimentierung kraft Verfassung zusteht, hängt - auch wenn es keinen aus Artikel 33 Absatz 5 des Grundgesetzes ableitbaren selbständigen Anspruch des Beamten auf ausreichende „Alimentation“ jedes einzelnen Familienangehörigen gibt - in der Bemessung auch von der Größe der Familie und des damit verbundenen höheren Aufwandes für den Unterhalt der Familie ab (BVerfG, Beschluss vom 24. November 1998, Az. 2 BvL 26/91 u. a., Rn. 38 ff.).

Diese Grundsätze sind auch bei der Bemessung der Beihilfe nach Absatz 4 zu beachten:

Um diesen Grundsätzen zu entsprechen, ist eine Veränderung der bisherigen Eigenanteile, die lediglich zwischen alleinstehenden Beihilfeberechtigten und Beihilfeberechtigten mit einem oder mehreren Angehörigen differenzieren, geboten. Zudem ist der Eigenanteil bei vorhandenen berücksichtigungsfähigen Angehörigen bislang abhängig von der Höhe des Einkommens ausgestaltet, was ebenfalls im Einzelfall zu nicht sachgerechten Ergebnissen führen kann.

Deshalb soll künftig für den Beihilfeberechtigten ein Eigenanteil von 55 Prozent festgelegt werden, der auch der nach Dienstrang, Bedeutung und Verantwortung des Amtes notwendigen Differenzierung gerecht wird. Hierbei ist zu beachten, dass die Bezugsgröße für den Eigenanteil die Bruttobezüge sind, aus welchem neben den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch die auf das (volle) Einkommen entfallende Einkommensteuer (und Solidaritätszuschlag) zu entrichten ist. Für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner verringert sich der Eigenanteil um 25 Prozent des Einkommens, so dass der Eigenanteil des verheirateten oder verpartnerten Beihilfeberechtigten 30 Prozent des Einkommens beträgt. Um dem mit steigender Kinderzahl einhergehenden erhöhten finanziellen Bedarf zur Aufrechterhaltung des dem Beamten zukommenden Lebenszuschnitt Rechnung zu tragen, verringert sich der Eigenanteil für jedes berücksichtigungsfähige Kind um weitere 5 Prozent des Einkommens.

Eine Differenzierung des Eigenanteils abhängig von der Höhe des Einkommens ist nicht mehr vorgesehen, da dies im Ergebnis als Ausdruck einer sozialen Staffelung nicht den höchstrichterlich aufgestellten Grundsätzen entspricht (vgl. BVerfG, Beschluss vom 17. November 2015, Az. 2 BvL 19/09, Rn. 91).

Zu Absatz 5

Das zur Berechnung des Eigenanteils nach Absatz 4 zu Grunde zu legende Einkommen wird in Nummer 8 um bislang nicht enthaltene Einkunftsarten ergänzt. Darüber hinaus wird klargestellt, dass Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen sind. Das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen hat mit Beschluss vom 30.

Mai 2016, Az. 1 A 765/15, entschieden, dass Verluste aus einem Gewerbebetrieb bei der Bestimmung des Einkommens des Beihilfeberechtigten im Rahmen der Berechnung der beihilfefähigen Aufwendungen für stationäre Pflege nicht zu berücksichtigen seien.

Ohne diesen Ausschluss wäre es durchaus möglich, dass der Beihilfeträger bei einer Berücksichtigung von Verlusten das wirtschaftliche Risiko eines Gewerbebetriebs des (Ruhestands-)Beamten (gegebenenfalls sogar über viele Jahre) mitzutragen hätte, was gerade nicht Sinn und Zweck der Beihilfe nach Absatz 4 entspricht. Die Beihilfe ist Ausfluss des Alimentationsprinzips, dessen Kernbestandteil es ist, den Beamten und Versorgungsempfängern einen angemessenen Lebensunterhalt zu sichern. Das Alimentationsprinzip verlange jedoch nicht, dass dem Dienstherrn das wirtschaftliche Risiko einer gewerblichen Tätigkeit des (Ruhestands-)Beamten auferlegt werde; ein solches Risiko müsse dieser vielmehr selbst tragen.

Das entspricht beispielsweise auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, wonach unter anderem das Zweite Buch Sozialgesetzbuch bei der Berechnung des der Leistungsgewährung zugrunde zu legenden Einkommens aus zwei Gewerbebetrieben keinen horizontalen Verlustausgleich zulässt (zum Beispiel BSG, Urteil vom 17. Februar 2016, Az. B 4 AS 17/15 R). Hier gilt es zu verhindern, dass mit öffentlichen Mitteln eine Einkommensart erhalten wird, in der die Verluste überwiegen; die unwirtschaftliche Tätigkeit ist vielmehr zu beenden. Wird die verlustreiche Tätigkeit aus einer Einkommensart gleichwohl fortgeführt, soll sie nicht mittelbar über einen Abzug des Verlusts von den Einnahmen aus einer anderen Einkommensart finanziert werden (vertikaler Verlustausgleich). Diese Überlegungen können nach dem vorgenannten Urteil zwanglos auf den horizontalen Verlustausgleich übertragen werden. Die Beendigung einer verlustbringenden Tätigkeit wird auch von demjenigen erwartet, der innerhalb derselben Einkommensart mehrere Tätigkeiten ausübt. Dieser Grundsatz muss letztlich auch im Bereich der Beihilfe bei der Anwendung des Absatzes 4 Anwendung finden.

Bei den Einkommensarten nach Satz 1 Nummern 1 bis 6 handelt es sich ausschließlich um solche, die sich im Laufe eines Jahres in der Regel kaum oder nur geringfügig verändern. Dies betrifft insbesondere Besoldungsanpassungen, die sich auch auf Versorgungsempfänger entsprechend auswirken, oder Rentenanpassungen. Um eine monatliche Überprüfung des tatsächlich bezogenen Einkommens zu vermeiden, soll aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung bei diesen Einkommen künftig das im Januar bezogene Einkommen zur Berechnung des Eigenanteils für das laufende Kalenderjahr zu Grunde gelegt werden. Hierbei werden auch Fallgestaltungen berücksichtigt, wenn ein entsprechendes Einkommen erst ab einem späteren Zeitpunkt bezogen wird (Satz 3, zum Beispiel Eintritt in das Beamtenverhältnis, erstmaliger Bezug einer Altersrente) oder sich die Einnahmen verringern (Satz 4, zum Beispiel bei Wechsel von einer Vollzeit- in eine Teilzeitbeschäftigung).

Bei den übrigen Einkommensarten gilt dies entsprechend, soweit diese monatlich gleichbleibend sind. Bei monatlich schwankenden Einkommen, was letztlich im Regelfall nur bei Einkommen im Sinne des Satzes 1 Nummern 7 bis 9 vorkommt, soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen berücksichtigt werden. Auch hier umfasst Satz 7 den Sonderfall, falls die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, was glaubhaft zu machen ist.

Zu § 56 - Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

§ 56 wurde unverändert übernommen.

Zu Nummer 21

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 22

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 23

Zu Buchstabe a

Erweiterung der Direktabrechnung auf Aufwendungen der stationären Palliativversorgung.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 24

Die Übergangsregelung ist nicht mehr erforderlich. Sie läuft ins Leere.

Zu Nummer 25

Kein Pflegebedürftiger, der vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits Leistungen bezogen hat, soll nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhalten oder einen völligen Verlust von Ansprüchen erleiden. Dies wird im Kern durch die Regelungen in § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur Überleitung der Hilfe- und Pflegebedürftigen in die neuen Pflegegrade in der Weise sichergestellt, dass ein Leistungsberechtigter nach dem sogenannten Stufensprung insgesamt keinen geringeren Leistungsanspruch hat als vor der Umstellung auf das neue Recht. Eine zusätzliche Absicherung des Prinzips der Vermeidung von Schlechterstellungen soll für mögliche und derzeit nicht oder noch nicht absehbare Konstellationen durch verschiedene Besitzstandsschutzregelungen gewährleistet werden.

In § 66 werden die für die Beihilfe relevanten Regelungen des Sechzehnten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Überleitungs- und Übergangsrecht) zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade sowie zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des entsprechenden neuen Begutachtungsverfahrens übernommen und an die Besonderheiten des Beihilferechts angepasst, ohne die beabsichtigten Wirkungen des Überleitungs- und Übergangsrechtes des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu beschränken.

Zu Absatz 1

Zur Überleitung der am 31. Dezember 2016 vorhandenen Pflegebedürftigen in die Pflegegrade ist auf die Feststellung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung abzustellen. Hierbei gilt § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der weiteren für das Vorliegen einer Anspruchsberechtigung erforderlichen Voraussetzungen bestimmt sich nach

dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht. Dieser Grundsatz umfasst das gesamte Verfahren (§ 140 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Für den Zeitpunkt der Antragstellung kommt es auf den Eingang des Antrags bei der Pflegeversicherung an.

Um die Leistungsansprüche der bisherigen Leistungsbezieher ab dem 1. Januar 2017 eindeutig zu klären, wurden Überleitungsregelungen geschaffen. Die Gestaltung der Überleitungsregelungen verfolgt zwei wesentliche Ziele:

Zum einen sollen bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter als bisher gestellt werden. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, wird ein Besitzstandsschutz geschaffen (§ 141 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Zum anderen sollen umfangreiche Neubegutachtungen vermieden werden, um eine Überlastung des MDK und des medizinischen Dienstes der privaten Krankenversicherung, der Medicproof GmbH, im Zuge der Umstellung zu vermeiden.

Der Personenkreis, der sich aus Pflegebedürftigen mit vorrangig psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen, etwa aufgrund einer demenziellen Erkrankung, zusammensetzt (§ 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F.), wird regelhaft einen Pflegegrad höher eingestuft als Pflegebedürftige mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen (sogenannter doppelter Stufensprung), um die Gleichstellung mit Personen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen auch im Rahmen der Überleitung so weit wie möglich zu verwirklichen.

Maßgeblich für das Vorliegen einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ist nach Absatz 1 das zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Recht. Anspruchsberechtigt in diesem Sinne sind Versicherte, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F. oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F. festgestellt wurde und die die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Insbesondere müssen die Anspruchsvoraussetzungen für mindestens eine der regelmäßig wiederkehrenden Leistungen des § 28 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F. vorliegen.

Der sich aus der Überleitung ergebende Pflegegrad besteht grundsätzlich bis zu einer erneuten Begutachtung, unabhängig davon, ob die Begutachtung aufgrund eines Höherstufungsantrags oder einer späteren Wiederholungsbegutachtung erfolgt. Soweit sich durch die Neubegutachtung keine Anhebung des Pflegegrads ergibt, verbleibt der Pflegebedürftige in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat. Damit wird auch für die Zukunft gewährleistet, dass Pflegebedürftige, die zum Umstellungsstichtag anspruchsberechtigt waren, aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden als nach dem bisherigen Recht (§ 140 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Ergibt die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, sind die Leistungen der Pflegeversicherung für die Zukunft einzustellen.

§ 140 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betrifft den Fall, dass ein Pflegebedürftiger, bei dem bereits eine Pflegebedürftigkeit oder das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F. festgestellt wurde und bei dem in der Zeit vor dem 1. Januar 2017 eine tatsächliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erfolgte, aber erst in der Zeit ab dem 1. Januar 2017 ein Höherstufungsantrag gestellt wird (zum Beispiel weil ärztlicherseits oder von Seiten der Pflegekräfte zunächst die weitere Entwicklung und Wirkung von therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen abgewartet werden sollte). In diesem Fall soll der Zeitpunkt der wesentlichen Änderung der Verhältnisse als maßgeblich angesehen werden. Entsprechende Leistungen wären rückwirkend ab diesem Zeitpunkt zu gewähren. Da

sich in diesem Fall aufgrund des Zeitpunkts der Antragstellung die Feststellung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sowie die dazugehörigen Leistungen nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht bemessen, ist eine Regelung erforderlich, mit der festgelegt wird, wie die Leistungen im Zeitraum ab tatsächlicher Verschlechterung bis zum 31. Dezember 2016 bemessen werden können. Da aus der Feststellung eines Pflegegrads keine empirisch begründbaren Aussagen darüber getroffen werden können, welche Pflegestufe ein Versicherter mit der gleichen gesundheitlichen Situation erhalten hätte, sollen sich in diesen Fällen die Leistungen auch dann nach dem neuen Recht bestimmen, wenn sie für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2017 zu leisten sind. Die Wirkung dieser Regelung wird auf den Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 beschränkt, da die bisherige Begutachtungspraxis zeigt, dass Fälle, in denen tatsächliche Verschlechterung und Antragstellung zeitlich um mehr als einige Tage auseinanderfallen, nur in Einzelfällen mehr als zwei Monate zurückreichen.

Die Auswirkungen dieser Rückwirkungsvorschrift im Bereich der sozialen Sicherung der Pflegepersonen werden für die Rentenversicherung in § 141 Absatz 4a des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelt. Für die Arbeitslosenversicherung bedarf es keiner Sonderregelung, da die Einbeziehung in den Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bis 31. Dezember 2016 nach dem bis dahin geltenden Recht – gegebenenfalls auch rückwirkend – möglich ist.

Für den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung ist es nicht erforderlich, dass Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt eines Unfalls der Pflegeperson bereits festgestellt worden ist; der Umfang der Leistungen der Unfallversicherung ändert sich durch die neuen Regelungen nicht, sodass auch im Bereich der Unfallversicherung für die hier zu regelnden Fälle kein gesonderter Regelungsbedarf besteht.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt in Anlehnung an § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch den erforderlichen Schutz des Besitzstandes für Beihilfeleistungen zur Pflege ab Geltung des neuen Rechts im Bereich der häuslichen Pflege. Danach gilt als Grundsatz, dass die dort genannten regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, die den Beihilfeberechtigten bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auch weiterhin ein Anspruch auf diese Beihilfeleistungen besteht.

Der Besitzstand bezieht sich auf die monatlich regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Bei einmaligen Leistungen, wie zum Beispiel Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, bedarf es keines Besitzstandsschutzes, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolgen. Auch bei der Kurzzeitpflege hat Besitzstandsschutz keine Bedeutung, weil der Leistungsbetrag nicht verändert wird.

Für die Geltung und die Anwendung der Besitzstandsschutzregelungen nach Absatz 2 sind nachfolgende Erwägungen und Grundsätze wesentlich:

Voraussetzung für die Geltung des Besitzstandsschutzes ist stets, dass die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen, die unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades vorliegen müssen, erfüllt sind. Das bedeutet auch, dass der Besitzstandsschutz endet, wenn kein Pflegebedarf mehr besteht.

Allgemeine Leistungsausschlussregelungen, wie das Ruhen von Leistungen nach § 34 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, finden Anwendung. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des neuen Rechts sind für die Gewährung des Besitzstandsschutzes ohne Bedeutung, zum Beispiel wenn die Leistungen wegen eines Krankenhausaufenthaltes im Monat vor der Rechtsänderung ruhten. Kurzfristige Unterbrechungen nach Inkrafttreten des neuen Rechts lassen den Besitzstandsschutz ebenfalls unberührt.

Besitzstandsschutz genießen im Bereich der Pflegeversicherung nicht nur die Leistungsbeträge im Dauerrecht des Vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 28 bis 45d des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), sondern auch die des Übergangsrechts in den §§ 123 und 124 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, die bereits von § 49 Absatz 1 bis 3 und § 50 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfasst waren.

Der Besitzstand gilt über § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowohl in der sozialen als auch in der privaten Pflegeversicherung. Er wird mit Absatz 1 in der Beihilfe nachvollzogen.

Der Besitzstandsschutz für den erhöhten Betrag für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 53 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie für vollstationäre Pflege nach § 55 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich nach Absatz 3 und 4.

Zu Absatz 3

Durch den Wegfall des bisherigen § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie der damit zusammenhängenden Regelungen und die Einführung eines für alle Pflegebedürftigen einheitlichen Entlastungsbetrages in § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch entfällt die Leistung eines erhöhten Betrages, wie er bislang in § 45b Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch a. F. vorgesehen war. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Belange von Pflegebedürftigen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nun – anstatt Sonderbestimmungen für sie vorzusehen – bereits im Rahmen der Einstufung in einen Pflegegrad mit einbezogen. Bei der Überleitung in die neuen Pflegegrade wird bei Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, zudem gemäß § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ein sogenannter doppelter Stufensprung vorgesehen, um die Gleichstellung mit Pflegebedürftigen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen möglichst weitgehend zu verwirklichen. Hierdurch werden die Pflegebedürftigen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Bezug auf ihre Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung bereits in großem Umfang besser gestellt als sie bis zum 31. Dezember 2016 standen. Infolgedessen schlägt sich der Verlust des Differenzbetrages zwischen dem bisherigen erhöhten Betrag in Höhe von 208 Euro monatlich und dem neu eingeführten einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich – das sind 83 Euro monatlich – bei ihnen regelmäßig nicht im Wegfall von Leistungen nieder.

Stehen die Pflegebedürftigen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben, nach dem für sie ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht trotz des sogenannten doppelten Stufensprungs nach § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Bezug auf einen der ihnen nach § 36 oder § 37 oder § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche § 49 Absatz 1 und 2 sowie § 50) zustehenden Ansprüche jedoch nicht um mindestens jeweils 83 Euro monatlich besser, so erhalten sie Besitzstandsschutz. Die Vorschrift des § 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ist dabei in die vergleichende Betrachtung mit einzubeziehen.

Zur Vereinfachung für die Anspruchsberechtigten und die Rechtsanwender wird dieser Besitzstandsschutz nicht durch Aufrechterhaltung des aus dem bisherigen § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch folgenden Anspruchs gewährt, sondern durch Gewährung eines Zuschlags auf den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Dieser Zuschlag kann ebenso verwendet werden wie der in § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab

dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung geregelte Entlastungsbetrag. Der monatliche Zuschlag kann insbesondere ebenso wie der Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch flexibel innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen und der nicht verbrauchte Betrag ebenfalls in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Der Zuschlag muss nicht gesondert beantragt werden.

Pflegebedürftige, die ab dem 1. Januar 2017 sowohl in Bezug auf den ihnen nach § 36 als auch § 37 als auch § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche § 49 Absatz 1 und 2 sowie § 50) zustehenden Leistungsanspruch im Umfang von mindestens 83 Euro monatlich besser gestellt sind als am 31. Dezember 2016, können ihren bis zur Umstellung praktizierten Leistungsbezug nach Wegfall des erhöhten Betrages hingegen auch ohne Anspruch auf einen Zuschlag unverändert fortführen. Haben sie für den wegfallenden Differenzbetrag bislang Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der Betreuung oder hauswirtschaftlichen Versorgung oder Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- oder Entlastungsangebote in Anspruch genommen, so können sie hierfür ab dem 1. Januar 2017 ihren höheren Anspruch aus § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1) – ggf. in Verbindung mit dem Umwandlungsanspruch gemäß § 45a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 1) – einsetzen. Haben sie für den Differenzbetrag bislang Leistungen der Tages- oder Nachtpflege bezogen, können sie hierfür ihren höheren Anspruch aus § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 50) nutzen. Haben sie den erhöhten Betrag im Jahresverlauf angespart, um hiermit Kosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege zu finanzieren, so können sie ihren höheren Anspruch auf Pflegegeld (Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2) einsetzen, um einen entsprechenden Betrag anzusparen und hierfür zu nutzen. Im Übrigen kann der höhere Anspruch auf Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) aufgrund der freien Verwendbarkeit des Pflegegeldes zur Sicherstellung der Pflege auch für alle anderen Leistungsarten eingesetzt werden, die bislang aus dem erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finanziert werden konnten. Sofern die den Pflegebedürftigen ab dem 1. Januar 2017 zustehenden Höchstleistungsansprüche nach den §§ 36, 37 und 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch jeweils um mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen am 31. Dezember 2016 zustanden, führt der Wegfall des Differenzbetrages bei ansonsten gleichbleibendem Leistungsbezug somit nicht zum Wegfall eines bisher möglichen Bezugs von Leistungen.

Die Höhe des Zuschlags errechnet sich aus der Differenz zwischen dem am 31. Dezember 2016 geltenden erhöhten Betrag – das sind 208 Euro – und dem Entlastungsbetrag, der jeweils in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung festgelegt ist. Zum 1. Januar 2017 beträgt der Entlastungsbetrag 125 Euro monatlich, so dass der Zuschlag dann bei 83 Euro monatlich liegt. Wird der Entlastungsbetrag in der Folge angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend, so dass stets eine Leistungshöhe von bis zu 208 Euro monatlich für Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch erreicht wird.

Aufgrund der ab 1. Januar 2017 geltenden Höchstbeträge für die Pflegesachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1), das Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2) und die teilstationäre Pflege nach § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 50) kommt die Regelung derzeit nur bei Pflegebedürftigen zum Tragen, die am 31. Dezember 2016 der Pflegestufe III zugeordnet waren und bei denen ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand im Sinne des § 36 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung vorliegt. Anzumerken ist, dass sich bei einer künftigen Änderung der jeweiligen Höchstleistungsbeträge im Elften Buch Sozialgesetzbuch für das Pflegegeld (Pauschalbeihilfe), die Pflegesachleistung, die teilstationäre Pflege und den Entlastungsbetrag der betroffene Personenkreis ändern kann.

Zu Absatz 4

Durch § 141 Absatz 3 und 3a des Elften Buches Sozialgesetzbuch soll sichergestellt werden, dass durch die Überleitung der Pflegesätze beziehungsweise deren Neuverhandlung kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat (Bestandsfall), einen höheren Eigenanteil am Pflegesatz entrichten muss. Der vorgesehene Zuschlag gleicht entsprechende Unterschiede ab dem Umstellungszeitpunkt aus. Er wird in der Pflegeversicherung dauerhaft und von Amts wegen gewährt, ohne dass ein gesonderter Antrag des Versicherten (Pflegebedürftigen) erforderlich ist. Der Zuschlag wird dabei unmittelbar von der Pflegeversicherung an die Pflegeeinrichtung geleistet.

Aufgrund des Wesens der Beihilfe setzt die Gewährung von Beihilfeleistungen stets einen Antrag des Beihilfeberechtigten voraus (§ 62 Absatz 1). Aufgrund dessen wird der Zuschlag nur auf Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. Er kann aber sodann unmittelbar an die Pflegeeinrichtung geleistet werden, was zum Beispiel im Rahmen der Direktabrechnung mit der vollstationären Pflegeeinrichtung verbunden werden kann (§ 62 Absatz 4 und 5).

Pflegebedürftige hatten bisher einen individuellen Eigenanteil abhängig von ihrer Pflegestufe zu zahlen. In der Regel stieg dieser mit zunehmender Pflegestufe. Der individuelle Eigenanteil setzt sich zusammen aus den pflegebedingten Aufwendungen inklusive der Ausbildungsumlage, die den Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übersteigen, und den Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten.

Ab 1. Januar 2017 haben Pflegebedürftige der Pflegerade 2 bis 5 neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten einen vom Pflegegrad unabhängigen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu entrichten.

Für die Berechnung des Besitzstandsschutzes sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, die vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, nicht zu berücksichtigen. Es werden lediglich die vom Pflegebedürftigen zu tragenden pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage zu Grunde gelegt. Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der individuelle Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen im Dezember 2016, ist im Rahmen des Besitzstandsschutzes ein Zuschlag in Höhe der Differenz an die Einrichtung zu zahlen.

Ändert sich die Differenz zwischen dem Leistungsbetrag nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und dem Pflegesatz in der Folgezeit, zum Beispiel durch eine Anhebung des Pflegesatzes, ist dieser Anstieg vom Pflegebedürftigen zu tragen. Reduziert sich die Differenz zum Beispiel durch eine Anhebung des Leistungsbetrags, so ist der Zuschlag entsprechend abzuschmelzen.

Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen. Dies gilt ferner auch für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch (Sach-)Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen. Sie soll also bei der den Jahreswechsel 2016/2017 übergreifenden Kurzzeitpflege einen Bestandsschutz bezüglich des zu zahlenden Eigenanteils gewährleisten. Außerdem wird eine unmittelbar an eine am 31. Dezember 2016 in Anspruch genommene Kurzeitpflege anschließende vollstationäre Dauerpflege bezüglich des Bestandsschutzes im Hinblick auf den Eigenanteil so behandelt, als wenn diese bereits im Dezember 2016 bestanden hätte.

Wechseln Pflegebedürftige ab dem 1. Januar 2017 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, besteht nach Maßgabe des § 141 Absatz 3b des Elften Buches Sozialgesetzbuch hinsichtlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils insoweit Bestandsschutz, als er sich auf den Eigenanteil bezieht, den der Pflegebedürftige in der neuen Einrichtung zu zahlen gehabt hätte, wenn er schon im Dezember 2016 in dieser versorgt worden wäre. Diese Regelung ist auf fünf Jahre begrenzt und umfasst damit Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Zeit vom 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021.

Zudem wird mit Absatz 4 klargestellt, dass der Besitzstandsschutz nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei der Ermittlung der Beihilfe nach § 55 Absatz 4 zu berücksichtigen ist und deshalb als Teil der beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2 gilt.

Zu Absatz 5

§ 141 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betrifft den Besitzstandsschutz zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.

Mit § 141 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird für Pflegepersonen, die als solche schon unmittelbar vor der Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade rentenversichert waren, eine Weiterzahlung von Rentenversicherungsbeiträgen auf Basis des am 31. Dezember 2016 geltenden Rechts ab dem Umstellungszeitpunkt vorgesehen, wenn diese höher sind als nach neuem Recht. Dadurch werden zeitnahe Neubegutachtungen in großer Anzahl vor allem in den Fällen, in denen mehrere Pflegepersonen den Pflegebedürftigen anteilig pflegen, vermieden. Die beitragspflichtigen Einnahmen sowohl nach altem Recht als auch nach neuem Recht knüpfen an einen bestimmten Prozentwert der (dynamischen) Bezugsgröße an. Der Besitzstandsschutz greift, wenn die aus dem jeweiligen Prozentwert der aktuellen Bezugsgröße resultierenden beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (Besitzschutzbetrag) höher sind als die entsprechenden beitragspflichtigen Einnahmen aus § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung.

Bei § 141 Absatz 4a des Elften Buches Sozialgesetzbuch handelt es sich um eine Folgeregelung zu der Rückwirkungsregelung in § 140 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ziel der Regelung ist es, für den kurzen Rückwirkungszeitraum von zwei Monaten durch pauschale Zuordnungen zu einer Pflegestufe eine einfach handhabbare und möglichst verwaltungseffiziente Vorgabe zur Ermittlung der Versicherungspflicht und Beitragsbemessungsgrundlage zu schaffen. Diese Vorschrift gilt nur für den Zeitraum vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016.

In den Fällen, in denen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad vorliegen, wird für die Frage der Versicherungspflicht als Pflegeperson und für die Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 das bis zum 31. Dezember 2016 geltende Rentenrecht für Pflegepersonen angewendet.

Für die Feststellung der Versicherungspflicht und die Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 3 und 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) ist eine höhere Pflegestufe anzusetzen. Die Erhöhung richtet sich nach dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad. Wird zum Beispiel von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3 übergeleitet und dann festgestellt, dass bereits vor dem 1. Januar 2017 die tatsächlichen Voraussetzungen für Pflegegrad 4 vorlagen, ist für die Beitragsbemessung Pflegestufe 3 anzusetzen. Wird nach einer Überleitung von der so genannten Pflegestufe 0 auf Pflegegrad 2 ein Pflegegrad 4 rückwirkend nach § 140 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt, ist für die Beitragsbemessung Pflegestufe 2 anzusetzen.

Soweit es im Rahmen der §§ 3 Satz 1 Nummer 1a und 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung darauf ankommt, wie viele Stunden gepflegt wurde (auch für die Aufteilung bei Mehrfachpflege) sind diese Stunden zu ermitteln (gegebenenfalls durch Befragung der Pflegepersonen).

§ 141 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch regelt schließlich die Beendigung des Besitzstandsschutzes. Der durch Absatz 4 begründete Besitzstandsschutz für die Pflegepersonen gilt nicht unbegrenzt. Er endet, wenn festgestellt wird (insbesondere auf der Grundlage einer Neubegutachtung oder auf andere Art und Weise, wie zum Beispiel aufgrund einer Änderungsmitteilung durch die Pflegeperson), dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben sind oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach neuem Recht entfallen sind.

Wird im Rahmen einer Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person ermittelt als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt der höhere Pflegegrad nach § 140 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend; dies gilt auch im Hinblick auf den Besitzstandsschutz nach § 141 Absatz 4 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Versicherungspflicht und die Beitragsbemessungsgrundlage richten sich also in diesen Fällen nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgt.

Der Besitzstandsschutz nach § 141 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch endet auch, wenn sich maßgebende Änderungen im Pflegeverhältnis ergeben. Solche Änderungen wären im Wesentlichen: ein höherer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person, bei einer pflegebedürftigen Person ändert sich der Status bezüglich Geld,- Kombinations- und Sachleistungsempfänger, es tritt eine Pflegeperson hinzu oder es kommt zu einer Änderung der jeweiligen Pflegequoten bei Mehrfachpflege. Durch die Anwendung des neuen Rechts bei einer wesentlichen Änderung in den Pflegeverhältnissen erfolgt dann eine Gleichstellung mit den Personen, die auch nach neuem Recht pflegen. Die Anwendung neues Rechts bei maßgebenden Änderungen im Pflegeverhältnis ist auch im Hinblick auf die verwaltungstechnische Praktikabilität erforderlich. Solange sich allerdings keine Änderungen in den Pflegeverhältnissen, die schon am 31. Dezember 2016 vorlagen, ergeben und das alte Recht günstiger ist, profitieren die Bestands-Pflegepersonen gegenüber den Neufällen grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung, längstens bis zum Bezug einer Altersvollrente.

Der Besitzstandsschutz gilt nach § 141 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, in gleicher Weise, wie für gesetzlich rentenversicherte Pflegepersonen.

Zu Absatz 6

Pflegebedürftige, die ambulant oder stationär von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, haben gemäß § 91 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, der ihnen auf Grund ihres Pflegegrades zustünde. Ist dieser Leistungsbetrag ab dem 01.01.2017 niedriger als der Leistungsbetrag, der ihnen am 31.12.2016 zustand, haben sie nunmehr weiterhin Anspruch auf den höheren Leistungsbetrag nach § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Da es für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ambulant oder stationär zugelassene Pflegeeinrichtungen grundsätzlich nicht darauf ankommt, ob diese eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, wird für den Bereich der Beihilfe bestimmt, dass die Pflegebedürftigen, die unter den Anwendungsbereich des

§ 141 Abs. 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die beihilfefähigen Höchstbeträge nach Abschnitt 6 der Sächsischen Beihilfeverordnung in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in Verbindung mit den dort zitierten Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung weitergelten, wenn dies günstiger ist. Durch den Beihilfeberechtigten ist nachzuweisen, dass ein Anwendungsfall des § 141 Abs. 8 SGB XI vorliegt. Hierzu ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.

Zu Absatz 7

Mit Absatz 7 wird die Regelung des § 144 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in das Beihilferecht übernommen. Dort wird die Übertragbarkeit von Ansprüchen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung einmalig verlängert. Das heißt: Soweit Pflegebedürftige im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder 1a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben, sie den Anspruch aber nicht oder nicht vollständig für den Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in diesem Zeitraum genutzt haben, erhalten sie die Möglichkeit, diese Leistungsbeträge noch bis zum 31. Dezember 2018 abzurufen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und Praktikabilität wird dabei nicht danach unterschieden, aus welchem Grund jeweils eine (vollständige) Ausnutzung der Leistungsbeträge nicht erfolgt ist. Die im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 von den Anspruchsberechtigten nicht abgerufenen Mittel gelten vielmehr pauschal als nicht verfallene, sondern „angesparte“ Mittel, die bis Ende 2018 noch zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung eingesetzt werden können. Dies gilt, sofern und solange die betroffenen Versicherten ab dem 1. Januar 2017 jeweils auch die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung dem Grunde nach erfüllen, also weiterhin als pflegebedürftig eingestuft sind und sich in häuslicher Pflege befinden.

Satz 3 bestimmt darüber hinaus, dass für die im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 entstandenen Aufwendungen nach § 53 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, für die keine Beihilfe beantragt wurde und bei denen die Antragsfrist nach § 63 bereits abgelaufen ist, diese noch bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 beantragt werden kann. Die Regelung entspricht der „verlängerten“ Antragsfrist des § 144 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und wirkt aufgrund der zweijährigen Antragsfrist nach § 63 insoweit für alle Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Sinne des § 53 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, die bis zum 31. Dezember 2016 entstanden sind. Für nach dem 31. Dezember 2016 entstandene Aufwendungen gilt ausschließlich die Regelung des § 63.

Die Leistungsansprüche, die den Pflegebedürftigen ab dem 1. Januar 2017 in regulärer Anwendung des § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zustehen, bleiben dabei, ebenso wie § 53 Absatz 2, unberührt.

Zu Absatz 8

Aufgrund der Änderungen des § 55 Absatz 5 bedarf es einer Regelung für das Kalenderjahr 2017, welches Monatseinkommen für das restliche Kalenderjahr zur Bestimmung des maßgeblichen Eigenanteiles nach § 55 Absatz 4 zu Grunde zu legen ist. Absatz 8 regelt dabei, dass an Stelle des Monats Januar der Monat des Inkrafttretens dieser Verordnung tritt.

Zu Nummer 26

Zu Buchstabe a

Auf Bund-Länder-Ebene werden vom Ausschuss für Gebühren- und Leistungsrecht regelmäßig Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf der Grundlage von fachlichen Stellungnahmen auf ihre allgemeine wissenschaftliche Anerkennung und ihren medizinischen Nutzen geprüft. Damit ist eine Bewertung der Notwendigkeit von Aufwendungen im Sinne des § 4 Absatz 3 und 4 möglich. Aufwendungen für nicht allgemein wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden (nicht notwendige Aufwendungen) können von der Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen werden. Dies erfordert zum einen die Fürsorgepflicht des Dienstherrn und zum anderen die sparsame Verwaltung öffentlicher Mittel. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse können aber auch zur Aufhebung von Ausschlüssen führen.

Zu Doppelbuchstabe aa

Eine Überprüfung auf der Grundlage eines vom Ministerium der Finanzen Rheinland-Pfalz eingeholten beratungszahnärztlichen Gutachtens hat ergeben, dass der Ausschluss der Diagnostik mit einem Kariesdetektor (färbende Flüssigkeit zum Erkennen von Karies) nicht mehr zeitgemäß ist. Das Verfahren dient einer verbesserten Kariesexkavation und der Schonung gesunder Zahnsubstanz. Es kann je nach Indikation notwendig sein. Der Ausschluss des Verfahrens wird daher aufgehoben.

Zu Doppelbuchstaben bb

Die Mikroimmuntherapie mit Spezifischen Nukleinsäuren (SNA) ist eine Variante der Homöopathie zur Behandlung von Infektions- und Krebserkrankungen, die darauf abzielt, das Immunsystem über die potenzierte Wirkung von Zytokinen zu modellieren. Nach einer Stellungnahme des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland Pfalz werden die zur Anwendung kommenden Präparate (beispielweise von der Firma Labo`Life) als pharmazeutisch nicht geeignet bewertet, auch nicht als ergänzende Therapie bei chirurgischen Eingriffen und konventionellen Behandlungen wie Chemotherapien. Entsprechend soll die Liste der ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ergänzt werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Aufgrund neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse wird der vollständige Ausschluss der radialen Stoßwellentherapie aufgehoben und in einen teilweisen Ausschluss geändert. Vergleiche hierzu die Ausführungen in Buchstabe b Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der Ausschluss der Photodynamischen Therapie in der Paradontologie erfolgt auf Basis der gemeinsamen wissenschaftlichen Mitteilung „Photodynamische Therapie in der Parodontologie – Viele Studien, wenig Evidenz“ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (Stand: November 2014), nach der eine evidenzbasierte Bewertung der antimikrobiellen Therapie zur Behandlung der Parodontitis derzeit nicht möglich ist. Vom Ausschuss für Gebühren- und Leistungsrecht wurde ein Ausschluss der Behandlungsmethode empfohlen, der hiermit umgesetzt werden soll.

Zu Doppelbuchstabe ee

Nach der vom Bayerischen Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat eingeholten Stellungnahme des Instituts für Phonetik und Sprachverarbeitung der Ludwigs-Maximilians-Universität vom 16. November 2015 kann nicht davon ausgegangen

werden, dass es sich bei der SIPARI-Methode (musiktherapeutisches Angebot für Schlaganfall-Patienten) um eine der Logopädie überlegene neue Therapieform handelt. Zudem hat die Methode bislang keinen Eingang in Leitlinien und sonstige Studien gefunden. Zur Wirksamkeit des Verfahrens gibt es in der internationalen Fachpresse keine Belege. Angesicht dieser fachlichen Einschätzung wurde vom Ausschuss für Gebühren- und Leistungsrecht eine Aufnahme der SIPARI-Methode in die Liste der von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Verfahren empfohlen, die hiermit umgesetzt werden soll.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Auf der Basis einer vom Bayerischen Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat eingeholten Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) vom 22. August 2016 war der Ausschluss der Radialen Extrakorporalen Stoßwellentherapie und der Fokussierten Extrakorporalen Stoßwellentherapie bezüglich der Behandlung des therapieresistenten Tennisellenbogens neu zu bewerten. Der vollständige beziehungsweise teilweise Ausschluss der Behandlungsmethoden wird daher entsprechend modifiziert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nummer 27

Buchstabe a

Redaktionelle Bereinigung

Zu Buchstabe b

Inhaltliche Anpassung an die in Anlage 1 ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Zu Buchstaben c bis e

Inhaltliche und redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 28

Zu Buchstabe a

Neuregelung der Höchstbeträge der Podologischen Therapie im Rahmen der Heilmittelerbringung durch Podologen oder medizinische Fußpfleger (vergleiche Nummer 11).

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 29

Zu Buchstabe a

Aktualisierung des Kurorteverzeichnisses Inland entsprechend dem anerkannten Status im jeweiligen Bundesland.

Zu Buchstabe b

Aktualisierung (Erweiterung) und redaktionelle Bereinigung des Kurorteverzeichnis Ausland.

Zu Nummer 30

Inhaltliche Klarstellung.

Zu Nummer 31

Inhaltliche und redaktionelle Anpassung des Formblatts an die geänderte Rechtslage.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Artikel 2 regelt das Inkrafttreten.