Derzeitige Fassung (ohne Anlagen)	Lesefassung laut Verordnungsentwurf (ohne Anlagen)
Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO)	**Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO)**
Inhaltsübersicht	**Inhaltsübersicht**
Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen	Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen
§ 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur § 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige § 3 Konkurrenzen § 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen § 5 Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit § 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen § 7 Aufwendungen im Ausland	§ 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur § 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige § 3 Konkurrenzen § 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen § 5 Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit § 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen § 7 Aufwendungen im Ausland § 7a Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland
Abschnitt 2 Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen	Abschnitt 2 Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen
Unterabschnitt 1 Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen	Unterabschnitt 1 Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen
§ 8 Ärztliche Leistungen § 9 Heilpraktikerleistungen	§ 8 Ärztliche Leistungen § 9 Heilpraktikerleistungen
Unterabschnitt 2 Ambulante zahnärztliche Leistungen	Unterabschnitt 2 Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10 Zahnärztliche Leistungen § 11 Implantologische Leistungen § 12 Kieferorthopädische Leistungen § 13 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen § 14 Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne § 15 Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf	§ 10 Zahnärztliche Leistungen § 11 Implantologische Leistungen § 12 Kieferorthopädische Leistungen § 13 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen § 14 Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne § 15 Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf
Unterabschnitt 3 Ambulante psychotherapeutische Leistungen	Unterabschnitt 3 Ambulante psychotherapeutische Leistungen
§ 16 Psychotherapeutische Leistungen § 17 Psychosomatische Grundversorgung § 18 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie § 19 Verhaltenstherapie	§ 16 Psychotherapeutische Leistungen § 16a und Psychotherapeutische Akutbehandlung § 16b Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie § 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren § 18 Verhaltenstherapie § 19 Psychosomatische Grundversorgung
Unterabschnitt 4 Stationäre Leistungen	Unterabschnitt 4 Stationäre Leistungen
§ 20 Krankenhausleistungen	§ 20 Krankenhausleistungen
Unterabschnitt 5 Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen	**Unterabschnitt 5 Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen**
§ 21 Arzneimittel § 22 Medizinprodukte § 23 Hilfsmittel § 24 Sehhilfen § 25 Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel	§ 21 Arzneimittel § 22 Medizinprodukte § 23 Hilfsmittel § 24 Sehhilfen § 25 Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel
Unterabschnitt 6 Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung	Unterabschnitt 6 Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26 Heilmittel § 27 Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen § 28 Mobilitätstraining für Blinde § 29 Soziotherapie § 30 Häusliche Krankenpflege § 30a Kurzzeitkrankenpflege § 31 Palliativversorgung § 31a Klinisches Krebsregister	§ 26 Heilmittel § 27 Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen § 28 Mobilitätstraining für Blinde § 29 Soziotherapie § 30 Häusliche Krankenpflege § 30a Kurzzeitkrankenpflege § 31 Palliativversorgung § 31a Klinisches Krebsregister
Unterabschnitt 7 Ergänzende Leistungen	Unterabschnitt 7 Ergänzende Leistungen
§ 32 Fahrtkosten § 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten § 34 Kommunikationshelfer § 35 Familien- und Haushaltshilfe § 36 Überführungskosten in Todesfällen	§ 32 Fahrtkosten § 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten § 34 Kommunikationshelfer § 35 Familien- und Haushaltshilfe § 36 Überführungskosten in Todesfällen
Abschnitt 3 Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren	Abschnitt 3 Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren
§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen § 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen § 39 Kuren	§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen § 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen § 39 Kuren
Abschnitt 4 Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten	Abschnitt 4 Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten
§ 40 Schutzimpfungen § 41 Früherkennungs- *und Vorsorge*untersuchungen § 42 Kinderuntersuchungen § 43 Verhütung von Zahnerkrankungen	§ 40 Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen § 41 Früherkennungsuntersuchungen § 42 Kinderuntersuchungen § 43 Verhütung von Zahnerkrankungen

<table>
<tr>
<td>Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44 Schwangerschaft und Geburt
§ 45 Künstliche Befruchtung
§ 46 Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
§ 47 Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende

Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit
§ 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1
§ 49 Häusliche Pflege
§ 49a Ambulant betreute Wohngruppen
§ 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
§ 50 Teilstationäre Pflege
§ 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
§ 52 Kurzzeitpflege
§ 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag
§ 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
§ 55 Vollstationäre Pflege
§ 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

§ 57 Bemessung der Beihilfe
§ 58 Begrenzung der Beihilfe
§ 59 Eigenbeteiligungen
§ 60 Selbstbehalt
§ 61 Belastungsgrenzen</td>
<td>Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44 Schwangerschaft und Geburt
§ 45 Künstliche Befruchtung
§ 46 Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
§ 47 Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende

Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit
§ 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1
§ 49 Häusliche Pflege
§ 49a Ambulant betreute Wohngruppen
§ 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
§ 50 Teilstationäre Pflege
§ 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
§ 52 Kurzzeitpflege
§ 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag
§ 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
§ 55 Vollstationäre Pflege
§ 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

§ 57 Bemessung der Beihilfe
§ 58 Begrenzung der Beihilfe
§ 59 Eigenbeteiligungen
§ 60 Selbstbehalt
§ 61 Belastungsgrenzen</td>
</tr>
</table>

Abschnitt 8 Verfahrensvorschriften	Abschnitt 8 Verfahrensvorschriften
§ 62 Verfahren § 63 Antragsfrist § 64 Verwaltungsvorschriften	§ 62 Verfahren § 63 Antragsfrist § 64 Verwaltungsvorschriften
Abschnitt 9 Übergangsvorschriften	Abschnitt 9 Übergangsvorschriften
§ 65 Übergangsvorschriften § 66 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes	§ 65 Übergangsvorschriften § 66 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes
Anlage 1 (zu § 4 Absatz 4 Satz 2) Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anlage 1 (zu § 4 Absatz 4 Satz 2) Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
Anlage 2 (zu § 9) Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern	Anlage 2 (zu § 9) Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern
Anlage 3 (zu § 26 Absatz 2 und 5) Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel	Anlage 3 (zu § 26 Absatz 2) Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel
Anlage 4 (zu § 39 Absatz 2 und 5) Kurorteverzeichnis	Anlage 4 (zu § 39 Absatz 2 und 5) Kurorteverzeichnis
Anlage 5 (zu § 41 Absatz 4) Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung	Anlage 5 (zu § 41 Absatz 4) Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung
	Anlage 5a (zu § 41 Absatz 5) Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem

	erhöhten familiären Darmkrebsrisiko
Anlage 6 (zu § 44 Absatz 2) Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen	Anlage 6 (zu § 44 Absatz 2) Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen
Anlage 7 (zu § 45 Absatz 1) Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung	Anlage 7 (zu § 45 Absatz 1) Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung
Anlage 8 (zu § 62 Absatz 1) Antrag auf Gewährung von Beihilfe	Anlage 8 (zu § 62 Absatz 1) Antrag auf Gewährung von Beihilfe
Anlage 9 (zu § 62 Absatz 1) Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe	Anlage 9 (zu § 62 Absatz 1) Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe
Anlage 10 (zu § 62 Absatz 1) Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)	Anlage 10 (zu § 62 Absatz 1) Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)
Abschnitt 1 **Allgemeine Regelungen**	**Abschnitt 1** **Allgemeine Regelungen**
§ 1 **Anwendungsbereich und Rechtsnatur**	**§ 1** **Anwendungsbereich und Rechtsnatur**
(1) Diese Verordnung regelt das Nähere hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Beihilfe sowie des Verfahrens der Beihilfegewährung.	(1) Diese Verordnung regelt das Nähere hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Beihilfe sowie des Verfahrens der Beihilfegewährung.
(2) Diese Verordnung gilt für die Beamten und Versorgungsempfänger der in § 1 des Sächsischen Beamtengesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), in der jeweils geltenden Fassung, genannten Dienstherrn.	(2) Diese Verordnung gilt für die Beamten und Versorgungsempfänger der in § 1 des Sächsischen Beamtengesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Dienstherrn.
(3) Der Anspruch auf Beihilfe kann nicht abgetreten, verpfändet oder	(3) Der Anspruch auf Beihilfe kann nicht abgetreten, verpfändet oder

gepfändet werden. Abweichend von Satz 1 ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger zulässig, solange und soweit für dessen Forderung ein Anspruch auf Beihilfe besteht.	gepfändet werden. Abweichend von Satz 1 ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger zulässig, solange und soweit für dessen Forderung ein Anspruch auf Beihilfe besteht.
(4) Stirbt der Beihilfeberechtigte, erhält derjenige die Beihilfe zu den bis zum Tod und aus Anlass des Todes entstandenen Aufwendungen, wer die Belege und den Erbschein zuerst vorlegt.	(4) Stirbt der Beihilfeberechtigte, erhält derjenige die Beihilfe zu den bis zum Tod und aus Anlass des Todes entstandenen Aufwendungen, wer die Belege und den Erbschein zuerst vorlegt.
(5) Für die Berechnung der auszuzahlenden Beihilfe gelten folgende Begriffsbestimmungen: 1. Aufwendungen sind die durch einen Rechnungsbetrag nachgewiesenen tatsächlichen Kosten einer Leistung oder Pauschalen, die einen tatsächlichen Aufwand abgelten sollen. 2. Dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 1 für Leistungen, zu denen aufgrund des in dieser Verordnung festgelegten Leistungsprogramms im Einzelfall Geldleistungen gewährt werden könnten. 3. Beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 2 unter Beachtung von Höchstgrenzen, Begrenzungen und sonstigen Einschränkungen. 4. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die in Nummer 3 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung von Anrechnungen von Erstattungen und Sachleistungen (§ 6) sowie von Eigenbeteiligungen (§ 59). 5. Festgesetzte Beihilfe sind die in Nummer 4 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes (§ 57). 6. Beihilfe ist die in Nummer 5 genannte Beihilfe abzüglich des Selbstbehaltes (§ 60).	(5) Für die Berechnung der auszuzahlenden Beihilfe gelten folgende Begriffsbestimmungen: 1. Aufwendungen sind die durch einen Rechnungsbetrag nachgewiesenen tatsächlichen Kosten einer Leistung oder Pauschalen, die einen tatsächlichen Aufwand abgelten sollen. 2. Dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 1 für Leistungen, zu denen aufgrund des in dieser Verordnung festgelegten Leistungsprogramms im Einzelfall Geldleistungen gewährt werden könnten. 3. Beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 2 unter Beachtung von Höchstgrenzen, Begrenzungen und sonstigen Einschränkungen. 4. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die in Nummer 3 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung von Anrechnungen von Erstattungen und Sachleistungen (§ 6) sowie von Eigenbeteiligungen (§ 59). 5. Festgesetzte Beihilfe sind die in Nummer 4 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes (§ 57). 6. Beihilfe ist die in Nummer 5 genannte Beihilfe abzüglich des Selbstbehaltes (§ 60).
(6) Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,	(6) Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,

verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juni 2017 (BGBl. I S. 1570) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.	verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juni 2017 (BGBl. I S. 1570) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.
§ 2 **Berücksichtigungsfähige Angehörige**	**§ 2** **Berücksichtigungsfähige Angehörige**
(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten sind der Ehegatte (berücksichtigungsfähiger Ehegatte), der Lebenspartner (berücksichtigungsfähiger Lebenspartner) und die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten nach § 42 Absatz 2 oder Absatz 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1005), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächsGVBl. S. 348) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder § 55 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1045), das zuletzt durch das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächsGVBl. S. 348) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, berücksichtigungsfähigen Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder).	(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten sind der Ehegatte (berücksichtigungsfähiger Ehegatte), der Lebenspartner (berücksichtigungsfähiger Lebenspartner) und die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten nach § 42 Absatz 2 oder Absatz 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1005), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder § 55 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1045), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, berücksichtigungsfähigen Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder).
(2) Kinder sind auch berücksichtigungsfähig, wenn für sie Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 66 des Sächsischen Besoldungsgesetzes in Verbindung mit § 53 Absatz 4 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom	(2) Kinder sind auch berücksichtigungsfähig, wenn für sie Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 66 des Sächsischen Besoldungsgesetzes in Verbindung mit § 53 Absatz 4 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom

19. Juni 2009 (BGBl. I S. 1434), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1822) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, besteht oder ein solcher nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.	19. Juni 2009 (BGBl. I S. 1434), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1822) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, besteht oder ein solcher nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.
(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind bei diesen nicht berücksichtigungsfähig.	(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind bei diesen nicht berücksichtigungsfähig.
§ 3 **Konkurrenzen**	**§ 3** **Konkurrenzen**
(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem aktiven Dienstverhältnis auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs aus. Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines nach beamtenrechtlichen Vorschriften zustehenden Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche aus. Satz 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.	(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem aktiven Dienstverhältnis auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs aus. Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines nach beamtenrechtlichen Vorschriften zustehenden Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche aus. Satz 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.
(2) Beihilfe wird nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt, wenn diese aufgrund eines aktiven Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind.	(2) Beihilfe wird nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt, wenn diese aufgrund eines aktiven Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind.
(3) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 80 Absatz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes genannten Gesetzen gleich.	(3) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 80 Absatz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes genannten Gesetzen gleich.
(4) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.	(4) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(5) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung schriftlich bestimmt haben (Wahlrecht). Das Wahlrecht kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. Das Wahlrecht gilt als ausgeübt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung des Angehörigen erfolgt ist. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, wird der Angehörige bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den in § 2 Absatz 1 genannten Familienzuschlag, den Auslandszuschlag nach § 2 Absatz 2 oder vergleichbare Leistungen für diese Person erhält.	(5) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung schriftlich bestimmt haben (Wahlrecht). Das Wahlrecht kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. Das Wahlrecht gilt als ausgeübt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung des Angehörigen erfolgt ist. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, wird der Angehörige bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den in § 2 Absatz 1 genannten Familienzuschlag, den Auslandszuschlag nach § 2 Absatz 2 oder vergleichbare Leistungen für diese Person erhält.
§ 4 **Beihilfefähigkeit der Aufwendungen**	**§ 4** **Beihilfefähigkeit der Aufwendungen**
(1) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dessen Berücksichtigungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.	(1) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dessen Berücksichtigungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.
(2) Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder berücksichtigungsfähigen Lebenspartner sind nur beihilfefähig, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der letzten drei Jahre 18 000 Euro nicht übersteigen. Dies gilt nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 35 Absatz 4 Satz 2, § 36 oder § 44 Absatz 1, 2, 4 oder Absatz 5 handelt. Maßgebend für die durchschnittlichen Einkünfte nach Satz 1 sind die in	(2) Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder berücksichtigungsfähigen Lebenspartner sind nur beihilfefähig, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der letzten drei Jahre 18 000 Euro nicht übersteigen. Dies gilt nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 35 Absatz 4 Satz 2, § 36 oder § 44 Absatz 1, 2, 4 oder Absatz 5 handelt. Maßgebend für die durchschnittlichen Einkünfte nach Satz 1 sind die in

den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung erzielten Einkünfte. Wird der Höchstbetrag nach Satz 1 unterschritten, ist dies auf Verlangen der Festsetzungsstelle durch Kopien der Einkommensteuerbescheide der Bezugsjahre oder andere geeignete Unterlagen zu belegen. Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 4 nachgewiesen werden, kann Beihilfe gewährt werden, wenn der Beihilfeberechtigte glaubhaft macht, dass der Höchstbetrag nach Satz 1 in dem nach Satz 3 maßgeblichen Zeitraum nicht überschritten wurde.	den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung erzielten Einkünfte. Wird der Höchstbetrag nach Satz 1 unterschritten, ist dies auf Verlangen der Festsetzungsstelle durch Kopien der Einkommensteuerbescheide der Bezugsjahre oder andere geeignete Unterlagen zu belegen. Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 4 nachgewiesen werden, kann Beihilfe gewährt werden, wenn der Beihilfeberechtigte glaubhaft macht, dass der Höchstbetrag nach Satz 1 in dem nach Satz 3 maßgeblichen Zeitraum nicht überschritten wurde. Der Höchstbetrag nach Satz 1 wird unter Berücksichtigung der Entwicklung der allgemeinen wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse regelmäßig angepasst. Der Höchstbetrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie sich der aufgrund einer Rechtsverordnung der Bundesregierung nach § 11 Absatz 1 des Mindestlohngesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2739) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, festgesetzte Mindestlohn erhöht; § 57 Absatz 12 Satz 1 gilt entsprechend. Er erhöht sich mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 7 folgende Kalenderjahr und ist erstmalig für Leistungserbringungen im Jahr 2020 zu Grunde zu legen.
(3) Beihilfefähig sind nach Maßgabe dieser Verordnung nur Aufwendungen für medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind und für die die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Andere Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes eine besondere Härte darstellen würde.	(3) Beihilfefähig sind nach Maßgabe dieser Verordnung nur Aufwendungen für medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind und für die die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Andere Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes eine besondere Härte darstellen würde.
(4) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, einschließlich der hierbei verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte, setzt voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode vorgenommen werden. Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, die	(4) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, einschließlich der hierbei verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte, setzt voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode vorgenommen werden. Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, die

1. in Anlage 1 Nummer 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig und 2. in Anlage 1 Nummer 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.	1. in Anlage 1 Nummer 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig und 2. in Anlage 1 Nummer 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.
(5) Die Angemessenheit von Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), die durch § 5 Satz 3 der Verordnung von 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung. Liegen keine begründeten besonderen Umstände vor, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens (Schwellenwert) nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden.	(5) Die Angemessenheit von Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), die durch § 5 Satz 3 der Verordnung von 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung. Liegen keine begründeten besonderen Umstände vor, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens (Schwellenwert) nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen.
(6) Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen bewertet werden. Die Dienstherren, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, oder der Kommunale Versorgungsverband Sachsen können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über erstattungsfähige Aufwendungen in Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren	(6) Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen bewertet werden. Die Dienstherren, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, oder der Kommunale Versorgungsverband Sachsen können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über erstattungsfähige Aufwendungen in Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren

Krankenfürsorge liegt. Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. Sofern die in Satz 2 genannten Kostenträger Verträge im Sinne von Satz 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfefestsetzung ebenfalls zugrunde gelegt werden. Beurteilt sich die Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen nach Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen, kann die Beihilfefähigkeit nur anerkannt werden, wenn die Vereinbarung der Festsetzungsstelle bekannt ist und der Rechnungssteller auf der Rechnung vermerkt, welche Vereinbarung der Rechnungsstellung zugrunde liegt.	Krankenfürsorge liegt. Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. Sofern die in Satz 2 genannten Kostenträger Verträge im Sinne von Satz 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfefestsetzung ebenfalls zugrunde gelegt werden. Beurteilt sich die Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen nach Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen, kann die Beihilfefähigkeit nur anerkannt werden, wenn die Vereinbarung der Festsetzungsstelle bekannt ist und der Rechnungssteller auf der Rechnung vermerkt, welche Vereinbarung der Rechnungsstellung zugrunde liegt.
(7) Für Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind (Beamte im Ausland) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen.	(7) Für Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind (Beamte im Ausland) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit gilt § 7a.
§ 5 **Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit**	**§ 5** **Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit**
(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen 1. für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, denen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zusteht, 2. für Beihilfeberechtigte, soweit ein Anspruch auf Leistungen der Unfallfürsorge nach den §§ 35 bis 37 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes oder vergleichbarer bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften besteht, 3. für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,	(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen 1. für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, denen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zusteht, 2. für Beihilfeberechtigte, soweit ein Anspruch auf Leistungen der Unfallfürsorge nach den §§ 35 bis 37 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes oder vergleichbarer bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften besteht, 3. für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,

4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte, 5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und pädagogische Maßnahmen, 6. für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen entstehen, insbesondere nach einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und 7. soweit ein Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht oder im Einvernehmen mit diesem übertragen worden ist.	4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte, 5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und pädagogische Maßnahmen, 6. für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen entstehen, insbesondere nach einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und 7. soweit ein Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht oder im Einvernehmen mit diesem übertragen worden ist.
(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme. Nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind der Ehegatte, der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der behandelten Person. Wurde die Heilmaßnahme von einer Person erbracht, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu dem nahen Angehörigen steht und selbst nicht liquidationsberechtigt ist, gelten die von dem nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig. Satz 1 gilt nicht in den Fällen des § 47 Absatz 1 oder wenn die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden konnte oder es dem Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar war, eine andere Praxis aufzusuchen, und der Umfang der Behandlung das Maß dessen deutlich übersteigt, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird.	(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme. Nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind der Ehegatte, der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der behandelten Person. Wurde die Heilmaßnahme von einer Person erbracht, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu dem nahen Angehörigen steht und selbst nicht liquidationsberechtigt ist, gelten die von dem nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig. Satz 1 gilt nicht in den Fällen des § 47 Absatz 1 oder wenn die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden konnte oder es dem Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar war, eine andere Praxis aufzusuchen, und der Umfang der Behandlung das Maß dessen deutlich übersteigt, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird.
(3) Nicht beihilfefähig sind 1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen und 2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von	(3) Nicht beihilfefähig sind 3. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen und 4. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von

Untersuchungen oder Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist.	Untersuchungen oder Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist.
(4) Beihilfeleistungen sind bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen auf Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt. Dies gilt nicht für berücksichtigungsfähige, von der Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung erfasste Kinder des Beihilfeberechtigten, der nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, wenn für das Kind eine beihilfekonforme private Krankenversicherung besteht.	(4) Beihilfeleistungen sind bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen auf Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt. Dies gilt nicht für berücksichtigungsfähige, von der Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung erfasste Kinder des Beihilfeberechtigten, der nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, wenn für das Kind eine beihilfekonforme private Krankenversicherung besteht.
(5) In den Fällen der Absätze 1 bis 4 ist § 4 Absatz 3 Satz 2 nicht anzuwenden.	(5) In den Fällen der Absätze 1 bis 4 ist § 4 Absatz 3 Satz 2 nicht anzuwenden.
§ 6 **Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen**	**§ 6** **Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen**
(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören und für Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.	(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören und für Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
(2) Von beihilfefähigen Aufwendungen für Zahnersatz ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.	(2) Von beihilfefähigen Aufwendungen für Zahnersatz ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.
(3) Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche sind bei der Beihilfefestsetzung auch dann in voller Höhe zu berücksichtigen, wenn sie gegenüber Dritten nicht geltend gemacht wurden. Dies gilt nicht für	(3) Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche sind bei der Beihilfefestsetzung auch dann in voller Höhe zu berücksichtigen, wenn sie gegenüber Dritten nicht geltend gemacht wurden. Dies gilt nicht für

Kinder im Fall des § 5 Absatz 4 Satz 2.	Kinder im Fall des § 5 Absatz 4 Satz 2.
(4) Bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.	(4) Bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.
§ 7 **Aufwendungen im Ausland**	**§ 7** **Aufwendungen im Ausland**
(1) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 4 Absatz 5 findet keine Anwendung. *Aufwendungen für Leistungen nach Abschnitt 6 sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder Dienstort beihilfefähig wären.*	(1) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 4 Absatz 5 findet keine Anwendung.
(2) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dabei sind Fahrtkosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 abweichend von § 5 Absatz 3 Nummer 2 entsprechend § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 beihilfefähig. Ohne die Beschränkung nach Satz 1 sind diese Aufwendungen beihilfefähig, wenn 1. sie bei einer Dienstreise des Beihilfeberechtigten entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können, 2. sie für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,	(2) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dabei sind Fahrtkosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 abweichend von § 5 Absatz 3 Nummer 2 entsprechend § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 beihilfefähig. Ohne die Beschränkung nach Satz 1 sind diese Aufwendungen beihilfefähig, wenn 1. sie bei einer Dienstreise des Beihilfeberechtigten entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können, 2. sie für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,

3. bei akutem Behandlungsbedarf oder zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder 4. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt nur in Betracht, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines anderen von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes (Vertrauensarztes) die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.	3. bei akutem Behandlungsbedarf oder zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder 4. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt nur in Betracht, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines anderen von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes (Vertrauensarztes) die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.
(3) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind, soweit in der Verordnung nichts anderes bestimmt ist, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären.	(3) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind, soweit in der Verordnung nichts anderes bestimmt ist, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären.
	§ 7a **Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland**
	(1) Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland für Beihilfeberechtigte im Sinne des § 4 Absatz 7 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln; die Absätze 3 bis 5, 7 und 8 finden keine Anwendung. § 54 Absatz 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass eine anteilige Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nicht erforderlich ist.
	(2) Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nach Maßgabe der Absätze

	3 bis 8 beihilfefähig. (3) Soweit die private oder soziale Pflegeversicherung zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland keine oder nicht ausreichende Leistungen erbringt, ist eine über die Regelungen des Abschnitts 6 hinausgehende Beihilfegewährung ausgeschlossen. (4) Bei Anwendung des § 49 Absatz 2 und 3 ist die Pauschalbeihilfe auf den sich nach Anwendung des Bemessungssatzes nach § 57 ergebenden Betrag begrenzt. (5) § 49a Absatz 1 gilt mit der Maßgabe, dass der Zuschlag nur gewährt wird, wenn für mindestens zwei weitere Personen in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 durch eine private oder soziale Pflegeversicherung im Inland festgestellt wurde. § 49a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, finden keine Anwendung. (6) Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 49b werden nur gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Leistungen erbringt. (7) Wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Sinne des § 54 Absatz 1 Satz 2 keine anteiligen Zuschüsse zahlt, sind diese Aufwendungen nur bei Anlegung eines strengen Maßstabes beihilfefähig. (8) § 55 Absatz 3 findet keine Anwendung. § 55 Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 und 4 insgesamt nicht die Höchstbeträge des § 49 Absatz 5 übersteigen dürfen.

Abschnitt 2 **Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen**	**Abschnitt 2** **Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen**
Unterabschnitt 1 **Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen**	**Unterabschnitt 1** **Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen**
§ 8 **Ärztliche Leistungen**	**§ 8** **Ärztliche Leistungen**
Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Ist dem Dienstherrn vom Beihilfeberechtigten für ein Fernbleiben vom Dienst eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, sind die Aufwendungen hierfür beihilfefähig.	Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Ist dem Dienstherrn vom Beihilfeberechtigten für ein Fernbleiben vom Dienst eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, sind die Aufwendungen hierfür beihilfefähig.
§ 9 **Heilpraktikerleistungen**	**§ 9** **Heilpraktikerleistungen**
Aufwendungen für ambulante Leistungen von Heilpraktikern sind nach Maßgabe der Anlage 2 beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Aufwendungen für Auslagen sind beihilfefähig, wenn eine Berechnung in entsprechender Anwendung des § 10 der Gebührenordnung für Ärzte zulässig wäre.	Aufwendungen für ambulante Leistungen von Heilpraktikern sind nach Maßgabe der Anlage 2 beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Aufwendungen für Auslagen sind beihilfefähig, wenn eine Berechnung in entsprechender Anwendung des § 10 der Gebührenordnung für Ärzte zulässig wäre.
Unterabschnitt 2 **Ambulante zahnärztliche Leistungen**	**Unterabschnitt 2** **Ambulante zahnärztliche Leistungen**
§ 10 **Zahnärztliche Leistungen**	**§ 10** **Zahnärztliche Leistungen**
Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Die Beihilfefähigkeit von implantologischen, kieferorthopädischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen richtet sich nach den §§ 11 bis 13 und für Auslagen, Material- und Laborkosten	Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Die Beihilfefähigkeit von implantologischen, kieferorthopädischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen richtet sich nach den §§ 11 bis 13 und für Auslagen, Material- und Laborkosten

nach § 14 Absatz 1. § 8 Satz 2 gilt entsprechend.	nach § 14 Absatz 1. § 8 Satz 2 gilt entsprechend.
§ 11 **Implantologische Leistungen**	**§ 11** **Implantologische Leistungen**
(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig. Die Höchstzahl der Implantate nach Satz 1 schließt vorhandene Implantate, zu denen Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, ein. Sind Aufwendungen für Implantate über die Höchstzahl nach Satz 1 und unter Berücksichtigung des Satzes 2 hinaus entstanden, sind die Gesamtaufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern.	(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig. Die Höchstzahl der Implantate nach Satz 1 schließt vorhandene Implantate, zu denen Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, ein. Sind Aufwendungen für Implantate über die Höchstzahl nach Satz 1 und unter Berücksichtigung des Satzes 2 hinaus entstanden, sind die Gesamtaufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern.
(2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind ohne Begrenzung auf eine Höchstzahl der Implantate beihilfefähig bei 1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in a) Tumoroperationen, b) Entzündungen des Kiefers, c) Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer follikulärer Zysten oder Keratozysten, d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder f) Unfällen, 2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung, 3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen oder 4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken, und wenn der behandelnde Zahnarzt das Vorliegen der Indikationen bescheinigt hat.	(2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind ohne Begrenzung auf eine Höchstzahl der Implantate beihilfefähig bei 1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in a) Tumoroperationen, b) Entzündungen des Kiefers, c) Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer follikulärer Zysten oder Keratozysten, d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder f) Unfällen, 2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung, 3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen oder 4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken, und wenn der behandelnde Zahnarzt das Vorliegen der Indikationen bescheinigt hat.

§ 12 Kieferorthopädische Leistungen	§ 12 Kieferorthopädische Leistungen
(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels 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. Die Aufwendungen für eine Verlängerung sind dem Grunde nach nur beihilfefähig, wenn der Behandlungszeitraum von vier Jahren ausgeschöpft ist, eine Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist 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.	(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels 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. Die Aufwendungen für eine Verlängerung sind dem Grunde nach nur beihilfefähig, wenn der Behandlungszeitraum von vier Jahren ausgeschöpft ist, eine Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist 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 4 des Fünften Buches	(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 4 des Fünften Buches

Sozialgesetzbuch dem Grunde nach beihilfefähig.	Sozialgesetzbuch dem Grunde nach beihilfefähig.
§ 13 **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**	**§ 13** **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**
Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei 1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen, 2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung, 3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte, 4. umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen einschließlich kombinierter kieferorthopädischer und kieferchirurgischer Maßnahmen, 5. Gebisssanierungen, wenn die zentrische Okklusion durch Veränderungen in der horizontalen oder vertikalen Kieferrelation oder Frontzahnführung verloren gegangen ist oder 6. umfangreichen Gebisssanierungen; diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist und wenn der Befund vom Zahnarzt dokumentiert ist.	Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei 1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen, 2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung, 3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte, 4. umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen einschließlich kombinierter kieferorthopädischer und kieferchirurgischer Maßnahmen, 5. Gebisssanierungen, wenn die zentrische Okklusion durch Veränderungen in der horizontalen oder vertikalen Kieferrelation oder Frontzahnführung verloren gegangen ist oder 6. umfangreichen Gebisssanierungen; diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist und wenn der Befund vom Zahnarzt dokumentiert ist.
§ 14 **Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne**	**§ 14** **Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne**
(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten sowie Lagerhaltung nach § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nummer 2150 bis 2320, den Abschnitten F und H Nummer 7080 bis 7100 sowie Abschnitt K des	(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten sowie Lagerhaltung nach § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nummer 2150 bis 2320, den Abschnitten F und H Nummer 7080 bis 7100 sowie Abschnitt K des

Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 60 Prozent beihilfefähig; gesondert berechenbare Materialien nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind nicht beihilfefähig. Bei Indikationen nach § 11 Absatz 2 sind die Aufwendungen nach Satz 1 zu 100 Prozent beihilfefähig. Wenn in einer Rechnung zahnärztliche Leistungen, Auslagen, Material- und Laborkosten nicht getrennt ausgewiesen sind, sind bei der Beihilfefestsetzung 60 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages als Aufwendungen anzusetzen.	Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 60 Prozent beihilfefähig; gesondert berechenbare Materialien nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind nicht beihilfefähig. Bei Indikationen nach § 11 Absatz 2 sind die Aufwendungen nach Satz 1 zu 100 Prozent beihilfefähig. Wenn in einer Rechnung zahnärztliche Leistungen, Auslagen, Material- und Laborkosten nicht getrennt ausgewiesen sind, sind bei der Beihilfefestsetzung 60 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages als Aufwendungen anzusetzen.
(2) Die Aufwendungen des Heil- und Kostenplanes für medizinisch notwendige Leistungen nach Nummer 0030 oder 0040 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig.	(2) Die Aufwendungen des Heil- und Kostenplanes für medizinisch notwendige Leistungen nach Nummer 0030 oder 0040 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig.
§ 15 **Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf**	**§ 15** **Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf**
(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.	(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.
(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für 1. prothetische Leistungen, 2. Inlays und Zahnkronen, 3. implantologische Leistungen nach § 11 und 4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach § 13. Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.	(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für 1. prothetische Leistungen, 2. Inlays und Zahnkronen, 3. implantologische Leistungen nach § 11 und 4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach § 13. Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Unterabschnitt 3 **Ambulante psychotherapeutische Leistungen** **§ 16** **Psychotherapeutische Leistungen** (1) Psychotherapeutische Leistungen umfassen ambulante Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie. (2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 13 und der §§ 17 bis 19 beihilfefähig, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. (3) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn 1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung der in Absatz 6 genannten seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, 2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens 5, bei analytischer Psychotherapie höchstens 8 probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und 3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat. Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 1 Nummer 3 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage	**Unterabschnitt 3** **Ambulante psychotherapeutische Leistungen** **§ 16** **Psychotherapeutische Leistungen** (1) Psychotherapeutische Leistungen umfassen ambulante Leistungen in den Behandlungsformen der psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie sowie ambulante Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung. Zu den ambulanten psychotherapeutischen Leistungen gehört auch die psychotherapeutische Akutbehandlung. (2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 sowie der §§ 16a bis 19 beihilfefähig, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. (3) Vor Behandlungen durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach § 16a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung ist von einem Arzt vorzunehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich oder elektronisch zu bestätigen. (4) Aufwendungen für die gleichzeitige Durchführung von Behandlungsverfahren nach den §§ 17 und 18 in Kombination sind nicht beihilfefähig. **§ 16 a Psychotherapeutische Akutbehandlung** Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind für höchstens 24 Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig, wenn 1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Einzelsitzung festgestellt wird,

aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) oder des Arztes ergeben. (4) Vor Behandlungen durch einen Psychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung ist von einem Arzt vorzunehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich zu bestätigen. (5) Für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist. (6) Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei 1. affektiven Störungen, insbesondere depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymie, 2. Angststörungen und Zwangsstörungen, 3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen, insbesondere Konversionsstörungen, 4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen, 5. Essstörungen, 6. nichtorganischen Schlafstörungen, 7. sexuellen Funktionsstörungen, 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder 9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, und wenn eine Sitzung eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung umfasst.	2. ein Begutachtungsverfahren nach § 16a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zur Durchführung einer Therapie nach § 17 oder 18 bei der Festsetzungsstelle beantragt worden ist und 3. die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, in Einheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt wird. Ist das Begutachtungsverfahren im Sinne von Satz 1 Nummer 2 nach 24 Behandlungen noch nicht abgeschlossen, können weitere psychotherapeutische Akutbehandlungen durchgeführt werden. Im Fall der Anerkennung einer Behandlung nach § 17 oder § 18 durch die Festsetzungsstelle werden die durchgeführten psychotherapeutischen Akutbehandlungen auf das genehmigte Kontingent dieser Behandlungen angerechnet. Dabei sind auf eine in Einzelbehandlung genehmigte Sitzung zwei Sitzungen Akutbehandlung und auf eine in Gruppenbehandlung genehmigte Sitzung eine Sitzung Akutbehandlung anzurechnen. **§ 16 b Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie** (1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren oder Verhaltenstherapien sind beihilfefähig bei 1. affektiven Störungen, insbesondere depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymie, 2. Angststörungen und Zwangsstörungen, 3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen, insbesondere Konversionsstörungen, 4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen, 5. Essstörungen, 6. nichtorganischen Schlafstörungen, 7. sexuellen Funktionsstörungen, 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder 9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der

(7) Aufwendungen für eine Katathym-Imaginative Psychotherapie sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Behandlungskonzepts beihilfefähig. (8) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Verhaltenstherapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig. (9) Aufwendungen einer Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen beihilfefähig, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und die Behandlung im Rahmen eines umfassenden Konzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie durchgeführt wird. (10) Psychotherapeutische Leistungen sind neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen dem Grunde nach beihilfefähig, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet. Indikationen hierfür sind insbesondere: 1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von 10 Sitzungen erreicht werden kann, 2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit, 3. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen, 4. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer	Kindheit und Jugend. und wenn eine Sitzung eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung umfasst. (2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind die in Absatz 1 genannten Behandlungsformen dem Grunde nach beihilfefähig, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet. Indikationen hierfür sind insbesondere: 1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann, 2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit, 3. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen, 4. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und 5. schizophrene und affektive psychotische Störungen. (3) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn 1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung der in Absatz 1 genannten seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, 2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und

Krankheitsverläufe und 5. schizophrene und affektive psychotische Störungen. (11) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach beihilfefähig. Pauschal abgerechnete Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt. (12) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für 1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte oder 2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte auch in Form eines internetgestützten Therapieverfahrens dem Grunde nach beihilfefähig. Für internetgestützte Therapieverfahren sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. (13) Aufwendungen sind im gleichen Behandlungszeitraum nur für ein Behandlungsverfahren nach den §§ 17, 18 oder 19 beihilfefähig. **§ 17** **Psychosomatische Grundversorgung** (1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst	gegebenenfalls nach höchstens 5, bei analytischer Psychotherapie höchstens 8 probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und 3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat. Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 1 Nummer 3 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Psychotherapeuten oder des Arztes ergeben. (4) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für 1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte oder 2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte auch in Form eines telekommunikationsgestützten Therapieverfahrens dem Grunde nach beihilfefähig. Aufwendungen für telekommunikationsgestützte Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt

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

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

1. übende Interventionen, insbesondere autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie, als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu 12 Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich,
2. suggestive Interventionen, insbesondere Hypnose, als Einzelbehandlung für bis zu 12 Sitzungen und
3. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form.

Leistungen nach Satz 1 Nummer 3, die in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 kombiniert werden, sind nicht beihilfefähig. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

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

(4) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und

hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(5) Aufwendungen einer Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen beihilfefähig, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und die Behandlung im Rahmen eines umfassenden Konzepts der psychoanalytisch begründenden Verfahren oder der Verhaltenstherapie durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn die behandelnde Person neben den Voraussetzungen des § 17 Absatz 2 bis 4 oder des § 18 Absatz 3 bis 5 über eine hinreichende fachliche Befähigung in Form einer Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR verfügt.

§ 17
Psychoanalytisch begründete Verfahren

(1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren sind für die Behandlungsformen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere	weitere

Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Urologie durchgeführt wird.

§ 18
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

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

2. Analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	40 Sitzungen	20 Sitzungen.

2. Analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen.

3. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

4. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzel-behandlung	**Gruppen-behandlung**
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

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

3. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

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

4. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzel-behandlung	Gruppen-behandlung

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend genehmigten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet. Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu 25 Prozent und bei Gruppenbehandlung bis zu 50 Prozent der bewilligten Anzahl der Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Anzahl der Sitzungen angerechnet.

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

1. Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche ist:
   a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   b) Psychiatrie und Psychotherapie oder
   c) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

   oder
2. Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ ist.

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

im Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 40 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

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. Ist im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, notwendig, sind Aufwendungen für die dafür vorgesehenen Sitzungen bei Einzelbehandlung bis zu 25 Prozent und bei Gruppenbehandlung bis zu 50 Prozent der bewilligten Anzahl der Sitzungen zusätzlich beihilfefähig.

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

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

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

(3) Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, durchgeführt, sind die Aufwendungen nur für diejenige anerkannte Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Person eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt und ist diese Person zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen, sind Leistungen nur für diejenige Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Zulassung oder Eintragung erfolgt ist. Verfügt die Person über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, sind sowohl Maßnahmen der tiefenpsychologisch fundierten als auch der analytischen Psychotherapie beihilfefähig. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine Ausbildung an einem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich.

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

(3) Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, durchgeführt, sind die Aufwendungen nur für diejenige anerkannte Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Person eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt und ist diese Person zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen, sind Leistungen nur für diejenige Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Zulassung oder Eintragung erfolgt ist. Verfügt die Person über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, sind sowohl Maßnahmen der tiefenpsychologisch fundierten als auch der analytischen Psychotherapie beihilfefähig. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine Ausbildung an einem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich. (4) Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Absätzen 2 und 3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt, neben der Berechtigung nach den Absätzen 2 und 3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.	(5) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 4 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig. (6) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für weitere Sitzungen über den anerkannten Umfang hinaus ist stets, dass jeweils vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. (7) In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 16b Absatz 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen. (8) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie nicht beihilfefähig. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Antrages beihilfefähig sein. (9) Aufwendungen für eine Katathym-Imaginative Psychotherapie sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

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

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

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

§ 19
Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapien nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind

§ 18
Verhaltenstherapie

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

	Einzel-behandlung	Gruppen-behandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

§ 17 Absatz 1 Satz 2 bis 5 und Absatz 5 bis 7 gilt entsprechend.

(2) Von dem Begutachtungsverfahren nach § 16b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt hat, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen und bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 16b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen. § 16b Absatz 3 Satz 2 und 3 ist anzuwenden.

(3) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn die Person eine der in § 17 Absatz 2 Satz 1 genannten Qualifikationserfordernisse erfüllt und sie

je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

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

2. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

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

§ 18 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(2) Von dem Begutachtungsverfahren nach § 16 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Beihilfeberechtigte der den Nachweis erbringt, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat.

(4) Werden Behandlungen von einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen durch einen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person die in § 17 Absatz 3 Satz 2 genannten Qualifikationsanforderungen erfüllt oder über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt.

(5) Für den Nachweis der fachlichen Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und für Gruppenbehandlungen gilt § 17 Absatz 4 entsprechend.

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

§ 19
Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst
1. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte und
2. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte.

Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt hat, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als 10 Sitzungen und bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 16 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen. § 16 Absatz 3 Satz 2 ist anzuwenden. (3) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn die Person eine der in § 18 Absatz 2 Satz 1 genannten Qualifikationserfordernisse erfüllt und sie den Nachweis erbringt, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat. (4) Werden Behandlungen von einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen durch einen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person die in § 18 Absatz 3 Satz 2 genannten Qualifikationsanforderungen erfüllt oder über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt. (5) Für den Nachweis der fachlichen Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und für Gruppenbehandlungen gilt § 18 Absatz 4 entsprechend.	(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall dem Grunde nach beihilfefähig für 1. übende Interventionen, insbesondere autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie, als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, 2. suggestive Interventionen, insbesondere Hypnose, als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen und 3. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form. Leistungen nach Satz 1 Nummer 3, die in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 kombiniert werden, sind nicht beihilfefähig. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig. (3) Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Psychotherapeuten oder Arzt durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügt. (4) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Urologie durchgeführt wird.

	(5) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach beihilfefähig. Pauschal abgerechnete Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.
Unterabschnitt 4 **Stationäre Leistungen** **§ 20** **Krankenhausleistungen** (1) Beihilfefähig sind aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen für Leistungen in nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für 1. vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 1 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 1 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung, 2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung und 3. Wahlleistungen in Form	**Unterabschnitt 4** **Stationäre Leistungen** **§ 20** **Krankenhausleistungen** (1) Beihilfefähig sind aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen für Leistungen in nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für 1. vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 1 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 1 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung, 2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung

a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung, b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder, wenn Zweibettzimmer weder als allgemeine Krankenhausleistung noch als Wahlleistung angeboten werden, bis zur Hälfte der Kosten eines Einbettzimmers, und c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen nach den §§ 21, 22 oder für ärztliche Leistungen.	3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärzte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und 4. Wahlleistungen in Form a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung, b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder, wenn Zweibettzimmer weder als allgemeine Krankenhausleistung noch als Wahlleistung angeboten werden, bis zur Hälfte der Kosten eines Einbettzimmers, und c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen nach den §§ 21, 22 oder für ärztliche Leistungen.
(2) Bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig: 1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors ergibt, 2. in allen anderen Fällen ein täglicher Basis- und Abteilungspflegesatz bei Untersuchung und Behandlung von a) Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, aa) vollstationär bis zu 333,20 Euro,	(2) Bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig: 1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors ergibt, 2. in allen anderen Fällen ein täglicher Basis- und Abteilungspflegesatz bei Untersuchung und Behandlung von a) Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, aa) vollstationär bis zu 333,20 Euro,

bb) teilstationär bis zu 282,40 Euro, b) Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aa) vollstationär bis zu 462,80 Euro, bb) teilstationär bis zu 345,80 Euro, c) Personen vollstationär bei einer Frührehabilitation Phase B bis zu 550 Euro, 3. gesondert berechnete Wahlleistung für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des gemäß § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors und gesondert berechnete Kurtaxe und 4. Kosten einer Notfallversorgung, wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss. Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a gilt entsprechend.	bb) teilstationär bis zu 282,40 Euro, b) Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aa) vollstationär bis zu 462,80 Euro, bb) teilstationär bis zu 345,80 Euro, c) Personen vollstationär bei einer Frührehabilitation Phase B bis zu 550 Euro, 3. gesondert berechnete Wahlleistung für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des gemäß § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors und gesondert berechnete Kurtaxe und 4. Kosten einer Notfallversorgung, wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss. Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a gilt entsprechend.
(3) Beihilfefähig ist auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft im Krankenhaus nach Maßgabe des Absatzes 1 Nummer 2; bei Untersuchungen und Behandlungen in einem Krankenhaus nach Absatz 2 gilt Halbsatz 1 entsprechend. Die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Bescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Beihilfefähig ist in den Fällen des Satzes 2 ein Betrag von bis zu 23 Euro täglich.	(3) Beihilfefähig ist auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft im Krankenhaus nach Maßgabe des Absatzes 1 Nummer 2; bei Untersuchungen und Behandlungen in einem Krankenhaus nach Absatz 2 gilt Halbsatz 1 entsprechend. Die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Bescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Beihilfefähig ist in den Fällen des Satzes 2 ein Betrag von bis zu 23 Euro täglich.
(4) Aufwendungen von Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b entspricht, wenn aus medizinischen Gründen keine Unterbringung in einem Einbettzimmer notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von	(4) Aufwendungen von Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b entspricht, wenn aus medizinischen Gründen keine Unterbringung in einem Einbettzimmer notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von

Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.	Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.
Unterabschnitt 5 **Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen**	**Unterabschnitt 5** **Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen**
§ 21 **Arzneimittel**	**§ 21** **Arzneimittel**
(1) Arzneimittel sind die in § 2 Absatz 1, 2 Nummer 1, Absatz 3a und 4 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen, Gegenstände oder Erzeugnisse.	(1) Arzneimittel sind die in § 2 Absatz 1, 2 Nummer 1, Absatz 3a und 4 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen, Gegenstände oder Erzeugnisse.
(2) Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn diese bestimmt sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper der Heilung oder Linderung einer Erkrankung oder der Erkennung eines Krankheitsbildes zu dienen. Aufwendungen für Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies sind bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch gesondert ausgewiesene Versandkosten. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Arzneimittel, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.	(2) Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn diese bestimmt sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper der Heilung oder Linderung einer Erkrankung oder der Erkennung eines Krankheitsbildes zu dienen. Aufwendungen für Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies sind bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch gesondert ausgewiesene Versandkosten. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Arzneimittel, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.
(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die 1. überwiegend zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen, der Anreizung oder Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen oder 2. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. Das ist dann der	(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die 1. überwiegend zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen, der Anreizung oder Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen oder 2. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. Das ist dann der

Fall, wenn das Arzneimittel nach seiner objektiven Zweckbestimmung üblicherweise auch von Gesunden benutzt wird.	Fall, wenn das Arzneimittel nach seiner objektiven Zweckbestimmung üblicherweise auch von Gesunden benutzt wird.
§ 22 **Medizinprodukte**	**§ 22** **Medizinprodukte**
(1) Medizinprodukte sind, unabhängig von der konkreten Zweckbestimmung durch den Hersteller, die in § 3 Nummer 1 bis 3 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Gegenstände, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sowie deren Zubehör (§ 3 Nummer 9 Satz 1 des Medizinproduktegesetzes), es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Arzneimittelgesetzes. Stoffliche Medizinprodukte sind Medizinprodukte, die aus Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen bestehen.	(1) Medizinprodukte sind, unabhängig von der konkreten Zweckbestimmung durch den Hersteller, die in § 3 Nummer 1 bis 3 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Gegenstände, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sowie deren Zubehör (§ 3 Nummer 9 Satz 1 des Medizinproduktegesetzes), es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Arzneimittelgesetzes. Stoffliche Medizinprodukte sind Medizinprodukte, die aus Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen bestehen.
(2) Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete stoffliche Medizinprodukte sind beihilfefähig, wenn diese geeignet sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper eine Erkrankung zu heilen oder zu lindern oder wenn sie der Erkennung eines Krankheitsbildes dienen.	(2) Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete stoffliche Medizinprodukte sind beihilfefähig, wenn diese geeignet sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper eine Erkrankung zu heilen oder zu lindern oder wenn sie der Erkennung eines Krankheitsbildes dienen.
(3) Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete andere als in Absatz 2 genannte Medizinprodukte sind nach Maßgabe der §§ 23 und 24 beihilfefähig. § 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Medizinprodukte, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.	(3) Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete andere als in Absatz 2 genannte Medizinprodukte sind nach Maßgabe der §§ 23 und 24 beihilfefähig. § 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Medizinprodukte, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.
(4) Aufwendungen für Medizinprodukte, die den in § 21 Absatz 3 genannten Zwecken dienen, sind nicht beihilfefähig.	(4) Aufwendungen für Medizinprodukte, die den in § 21 Absatz 3 genannten Zwecken dienen, sind nicht beihilfefähig.

§ 23 Hilfsmittel	§ 23 Hilfsmittel
(1) Hilfsmittel sind Medizinprodukte, soweit es sich nicht um stoffliche nach § 22 Absatz 1 Satz 2 handelt, und Blindenführhunde. Beihilfefähig sind unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 11 die Aufwendungen für Anschaffung, Anpassung, Unterweisung in den Gebrauch, Betrieb, Reparatur, Ersatz und Unterhaltung der Hilfsmittel.	(1) Hilfsmittel sind Medizinprodukte, soweit es sich nicht um stoffliche nach § 22 Absatz 1 Satz 2 handelt, und Blindenführhunde. Beihilfefähig sind unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 11 die Aufwendungen für Anschaffung, Anpassung, Unterweisung in den Gebrauch, Betrieb, Reparatur, Ersatz und Unterhaltung der Hilfsmittel.
(2) Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt schriftlich verordnete Hilfsmittel sind beihilfefähig, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und sofern sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Krankenhaus- oder Praxisausstattung anzusehen sind. 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.	(2) Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt schriftlich verordnete Hilfsmittel sind beihilfefähig, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und sofern sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Krankenhaus- oder Praxisausstattung anzusehen sind. 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.
(3) Aufwendungen für die Reparatur eines beihilfefähigen Hilfsmittels sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen beihilfefähigen Hilfsmittels sind in der bisherigen Ausführung ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels erfolgt und in dieser Verordnung keine gesonderten Zeiträume für eine erneute Beschaffung festgelegt sind.	(3) Aufwendungen für die Reparatur eines beihilfefähigen Hilfsmittels sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen beihilfefähigen Hilfsmittels sind in der bisherigen Ausführung ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels erfolgt und in dieser Verordnung keine gesonderten Zeiträume für eine erneute Beschaffung festgelegt sind.
(4) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von beihilfefähigen Hilfsmitteln sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100 Euro hinausgehen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege und Reinigung von Hilfsmitteln.	(4) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von beihilfefähigen Hilfsmitteln sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100 Euro hinausgehen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege und Reinigung von Hilfsmitteln.

(5) Aufwendungen für Hilfsmittel zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Aufwendungen für die Miete solcher Hilfsmittel sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.	(5) Aufwendungen für Hilfsmittel zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Aufwendungen für die Miete solcher Hilfsmittel sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.
(6) Aufwendungen für Perücken und sonstige Kopfhaarersatzstücke einschließlich Verkleben sind bis zum Betrag von 520 Euro beihilfefähig, wenn ein totaler, sehr weitgehender oder krankhaft entstellender partieller Haarausfall oder eine erhebliche Verunstaltung des Kopfes vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind zusätzlich beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke oder eines sonstigen Kopfhaarersatzstückes einschließlich einer Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung des zu ersetzenden Kopfhaarersatzstückes mindestens drei Jahre vergangen sind. Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.	(6) Aufwendungen für Perücken und sonstige Kopfhaarersatzstücke einschließlich Verkleben sind bis zum Betrag von 520 Euro beihilfefähig, wenn ein totaler, sehr weitgehender oder krankhaft entstellender partieller Haarausfall oder eine erhebliche Verunstaltung des Kopfes vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind zusätzlich beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke oder eines sonstigen Kopfhaarersatzstückes einschließlich einer Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung des zu ersetzenden Kopfhaarersatzstückes mindestens drei Jahre vergangen sind. Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
(7) Aufwendungen für Hörgeräte sind dem Grunde nach beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr begrenzt auf einen Betrag von 1 500 Euro je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung. Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung eines Hörgerätes ist die schriftliche Verordnung eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Für Folgegeräte genügen die Feststellungen eines Hörgeräteakustikers, wenn keine neue ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung eines Hörgerätes sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind. Satz 5 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.	(7) Aufwendungen für Hörgeräte sind dem Grunde nach beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr begrenzt auf einen Betrag von 1 500 Euro je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung. Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung eines Hörgerätes ist die schriftliche Verordnung eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Für Folgegeräte genügen die Feststellungen eines Hörgeräteakustikers, wenn keine neue ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung eines Hörgerätes sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind. Satz 5 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(8) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für 1. die Aufrichtfunktion eines Aufrichtstuhls bis zu 150 Euro, 2. die Spezialhard- und -software einer Computerspezialausstattung für Menschen mit Behinderungen bis zu insgesamt 3 500 Euro; für Braillezeilen für Blinde mit 40 Modulen zusätzlich bis zu insgesamt 5 400 Euro, 3. Brustprothesenhalter in Höhe des 15 Euro übersteigenden Betrages und 4. Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnnen in Höhe des 40 Euro übersteigenden Betrages.	(8) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für 1. die Aufrichtfunktion eines Aufrichtstuhls bis zu 150 Euro, 2. die Spezialhard- und -software einer Computerspezialausstattung für Menschen mit Behinderungen bis zu insgesamt 3 500 Euro; für Braillezeilen für Blinde mit 40 Modulen zusätzlich bis zu insgesamt 5 400 Euro, 3. Brustprothesenhalter in Höhe des 15 Euro übersteigenden Betrages und 4. Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnnen in Höhe des 40 Euro übersteigenden Betrages.
(9) Aufwendungen für Schuhe sind nur unter den Voraussetzungen der Nummern 1 bis 3 beihilfefähig: 1. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur dauerhaften Versorgung sind jeweils in Höhe des 64 Euro übersteigenden Betrages und nach folgenden Höchstgrenzen beihilfefähig für a) Orthesenschuhe, b) Spezialschuhe für Diabetiker und c) Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, bei folgender Ausführung: aa) Straßenschuhe: Erstausstattung zwei Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren, bb) Hausschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren, cc) Sportschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren dd) Badeschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach vier Jahren. 2. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur vorübergehenden Versorgung sind beihilfefähig für	(9) Aufwendungen für Schuhe sind nur unter den Voraussetzungen der Nummern 1 bis 3 beihilfefähig: 1. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur dauerhaften Versorgung sind jeweils in Höhe des 64 Euro übersteigenden Betrages und nach folgenden Höchstgrenzen beihilfefähig für a) Orthesenschuhe, b) Spezialschuhe für Diabetiker und c) Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, bei folgender Ausführung: aa) Straßenschuhe: Erstausstattung zwei Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren, bb) Hausschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren, cc) Sportschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren dd) Badeschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach vier Jahren. 2. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur vorübergehenden Versorgung sind beihilfefähig für

a) Fußteilentlastungsschuhe, b) Innenschuhe, c) Korrektursicherungsschuhe, d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehnenschädigung oder Lähmungszuständen und e) Verbandschuhe. 3. Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen oder für orthopädische Einlagen, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse sind an jeweils bis zu sechs Paar Schuhen je Jahr beihilfefähig.	a) Fußteilentlastungsschuhe, b) Innenschuhe, c) Korrektursicherungsschuhe, d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehnenschädigung oder Lähmungszuständen und e) Verbandschuhe. 3. Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen oder für orthopädische Einlagen, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse, sind an jeweils bis zu sechs Paar Schuhen je Jahr beihilfefähig.
(10) Aufwendungen für einen Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zweimal je Jahr bis zur Höhe von 80 Euro je Overall beihilfefähig.	(10) Aufwendungen für einen Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zweimal je Jahr bis zur Höhe von 80 Euro je Overall beihilfefähig.
(11) Aufwendungen für Sehhilfen sind nach Maßgabe des § 24 beihilfefähig. Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln für Blinde sind nach Maßgabe des § 28 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln, die der Pflege von Pflegebedürftigen dienen (Pflegehilfsmittel), richtet sich ausschließlich nach § 54 Absatz 1.	(11) Aufwendungen für Sehhilfen sind nach Maßgabe des § 24 beihilfefähig. Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln für Blinde sind nach Maßgabe des § 28 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln, die der Pflege von Pflegebedürftigen dienen (Pflegehilfsmittel), richtet sich ausschließlich nach § 54 Absatz 1.
§ 24 **Sehhilfen**	**§ 24** **Sehhilfen**
(1) Sehhilfen sind Brillen, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen.	(1) Sehhilfen sind Brillen, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen.
(2) Aufwendungen für Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe oder zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 8 und des § 23 Absatz 3 und 4 beihilfefähig.	(2) Aufwendungen für Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe oder zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 8 und des § 23 Absatz 3 und 4 beihilfefähig.
(3) Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes; bei erstmaliger Beschaffung einer vergrößernden Sehhilfe auch dann, wenn bereits eine schriftliche Verordnung für eine Brille oder für Kontaktlinsen vorliegt. Bei erneuter	(3) Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes; bei erstmaliger Beschaffung einer vergrößernden Sehhilfe auch dann, wenn bereits eine schriftliche Verordnung für eine Brille oder für Kontaktlinsen vorliegt. Bei erneuter

Beschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 15 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.	Beschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 15 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.
(4) Aufwendungen für Brillengläser oder Kontaktlinsen sind dem Grunde nach beihilfefähig. Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist die Beihilfefähigkeit begrenzt auf einen Betrag von 80 Euro je Auge alle zwei Jahre, einschließlich Handwerksleistung und Reparaturkosten. Eine Übertragung nicht genutzter Beträge auf nachfolgende Jahre ist nicht möglich. Aufwendungen für Brillenfassungen sind nur im Fall des Absatzes 8 beihilfefähig.	(4) Aufwendungen für Brillengläser oder Kontaktlinsen sind dem Grunde nach beihilfefähig. Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist die Beihilfefähigkeit begrenzt auf einen Betrag von 80 Euro je Auge alle zwei Jahre, einschließlich Handwerksleistung und Reparaturkosten. Eine Übertragung nicht genutzter Beträge auf nachfolgende Jahre ist nicht möglich. Aufwendungen für Brillenfassungen sind nur im Fall des Absatzes 8 beihilfefähig.
(5) Aufwendungen für Kontaktlinsen mit einer regelmäßigen Tragedauer bis zu sieben Tagen (Kurzzeitlinsen), sind ohne die Begrenzungen nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig, wenn folgende Indikationen vorliegen: 1. Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger, 2. Ektropium, 3. Entropium, 4. Lidschlussinsuffizienz, 5. Symblepharon oder 6. Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme.	(5) Aufwendungen für Kontaktlinsen mit einer regelmäßigen Tragedauer bis zu sieben Tagen (Kurzzeitlinsen), sind ohne die Begrenzungen nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig, wenn folgende Indikationen vorliegen: 1. Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger, 2. Ektropium, 3. Entropium, 4. Lidschlussinsuffizienz, 5. Symblepharon oder 6. Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme.
(6) Aufwendungen für Brillengläser einer augenärztlich verordneten zusätzlichen Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen sind bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig. Bei Vorliegen einer augenärztlich festgestellten Aphakie sind darüber hinaus auch die Aufwendungen für die Brillengläser einer zusätzlichen Brille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig.	(6) Aufwendungen für Brillengläser einer augenärztlich verordneten zusätzlichen Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen sind bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig. Bei Vorliegen einer augenärztlich festgestellten Aphakie sind darüber hinaus auch die Aufwendungen für die Brillengläser einer zusätzlichen Brille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig.
(7) Aufwendungen für vergrößernde Sehhilfen sind auch neben Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen alle drei Jahre beihilfefähig für: 1. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf als Hellfeldlupe, Hand- und	(7) Aufwendungen für vergrößernde Sehhilfen sind auch neben Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen alle drei Jahre beihilfefähig für: 1. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf als Hellfeldlupe, Hand- und

Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder als Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser), in begründeten Einzelfällen als Fernrohrlupenbrillensystem, gegebenenfalls einschließlich der Systemträger, 2. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als Handfernrohre oder fokussierbare Monokulare und 3. elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens sechsfachen Vergrößerungsbedarf.	Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder als Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser), in begründeten Einzelfällen als Fernrohrlupenbrillensystem, gegebenenfalls einschließlich der Systemträger, 2. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als Handfernrohre oder fokussierbare Monokulare und 3. elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens sechsfachen Vergrößerungsbedarf.
(8) Aufwendungen für eine Brillenfassung für eine während des Schulsports zu tragende Sportbrille sind für Schüler bis zum vollendeten 20. Lebensjahr alle zwei Jahre bis zu 55 Euro beihilfefähig. Daneben sind die Aufwendungen für Brillengläser der Sportbrille beihilfefähig.	(8) Aufwendungen für eine Brillenfassung für eine während des Schulsports zu tragende Sportbrille sind für Schüler bis zum vollendeten 20. Lebensjahr alle zwei Jahre bis zu 55 Euro beihilfefähig. Daneben sind die Aufwendungen für Brillengläser der Sportbrille beihilfefähig.
§ 25 **Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel**	**§ 25** **Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel**
(1) Aufwendungen für Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind nur unter den Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 beihilfefähig.	(1) Aufwendungen für Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind nur unter den Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 beihilfefähig.
(2) Aufwendungen für enterale Ernährung in Form von Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen und diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig ist bei: 1. Ahornsirupkrankheit, 2. AIDS-assoziierten Diarrhöen, 3. angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel, 4. angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden, 5. Colitis ulcerosa, 6. Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine	(2) Aufwendungen für enterale Ernährung in Form von Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen und diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig ist bei: 1. Ahornsirupkrankheit, 2. AIDS-assoziierten Diarrhöen, 3. angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel, 4. angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden, 5. Colitis ulcerosa, 6. Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine

ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt, 7. erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, insbesondere bei Mundboden- und Zungenkarzinom, 8. Kurzdarmsyndrom, 9. Morbus Crohn, 10. Mukoviszidose, 11. Multipler Nahrungsmittelallergie, 12. Niereninsuffizienz, 13. Phenylketonurie, 14. postoperativer Nachsorge oder 15. Tumortherapien, auch nach der Behandlung.	ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt, 7. erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, insbesondere bei Mundboden- und Zungenkarzinom, 8. Kurzdarmsyndrom, 9. Morbus Crohn, 10. Mukoviszidose, 11. Multipler Nahrungsmittelallergie, 12. Niereninsuffizienz, 13. Phenylketonurie, 14. postoperativer Nachsorge oder 15. Tumortherapien, auch nach der Behandlung.
(3) Aufwendungen für Elementardiäten sind für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr auch beihilfefähig bei 1. Kuhmilcheiweißallergie oder 2. Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.	(3) Aufwendungen für Elementardiäten sind für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr auch beihilfefähig bei 1. Kuhmilcheiweißallergie oder 2. Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.
Unterabschnitt 6 **Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung**	**Unterabschnitt 6** **Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung**
§ 26 **Heilmittel**	**§ 26** **Heilmittel**
(1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen auf den Gebieten der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie.	(1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen auf den Gebieten der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie.
(2) Aufwendungen für ein von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnetes Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 und der Anlage 3 beihilfefähig, wenn dieses von einem Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandt wird, der die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine	(2) Aufwendungen für ein von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnetes Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 4 und der Anlage 3 beihilfefähig, wenn dieses von einem Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandt wird, der die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine

entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt und die jeweils erbrachten Leistungen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen. (3) Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sind, auch als Bestandteil einer Gerätegestützten Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten, bis zu maximal 25 Sitzungen je Krankheitsfall und nur beihilfefähig, wenn 1. dadurch eine Erkrankung der Wirbelsäule behandelt wird, 2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und 3. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann. *(4) Aufwendungen für Maßnahmen der Podologischen Therapie sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (Diabetisches Fußsyndrom) dient oder eine Nagelkorrektur mit Orthonyxiespangen erfolgt.* *(5) Werden Heilmittel in Einrichtungen erbracht, die der Betreuung und Behandlung von Kranken oder Menschen mit Behinderungen dienen, für die die §§ 20 und 37 bis 39 keine Anwendung finden, und wird an Stelle der in der Anlage 3 genannten Höchstbeträge ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig.*	entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt und die jeweils erbrachten Leistungen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen. (3) Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sind, auch als Bestandteil einer Gerätegestützten Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten, nach Nummer 16 der Anlage 3 beihilfefähig, wenn 1. damit Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat behandelt werden, 2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und 3. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann. (4) Aufwendungen für Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Nummer 21 der Anlage 3 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 31 Absatz 1 umfasst sind. Sie werden als beihilfefähig anerkannt bei 1. passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen, 2. aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder –insuffizienz, 3. atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen, 4. spastischen Lähmungen (zerebral oder spinal bedingt), 5. schlaffen Lähmungen, 6. abnormen Bewegungen oder Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, 7. Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane, 8. funktionellen Störungen, 9. unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen,

	Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.
§ 27 **Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen**	**§ 27** **Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen**
(1) Komplextherapien sind Untersuchungen und Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen, die die Voraussetzungen des § 26 Absatz 2 erfüllen, unter Beteiligung eines Psychotherapeuten oder eines Arztes erbracht werden.	(1) Komplextherapien sind Untersuchungen und Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen, die die Voraussetzungen des § 26 Absatz 2 erfüllen, unter Beteiligung eines Psychotherapeuten oder eines Arztes erbracht werden.
(2) Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19 und 26, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.	(2) Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19 und 26, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.
(3) Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen sind unter den Voraussetzungen des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütungen, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.	(3) Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen sind unter den Voraussetzungen des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütungen, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.
(4) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren sind unter den Voraussetzungen	(4) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren sind unter den Voraussetzungen

des § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.	des § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.
(5) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen und von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht werden. Beihilfefähig sind Aufwendungen für: 1. bis zu fünf probatorische Sitzungen, 2. bei Einzelbehandlung a) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder b) bis zu 160 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten, 3. bei Gruppenbehandlung a) bis zu 40 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 100 Minuten oder b) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die Gesamtsitzungszahl auf die nach Satz 2 Nummer 2 genannte Zahl begrenzt. Die notwendige Einbeziehung von Bezugspersonen ist nur innerhalb des in den Sätzen 2 und 3 genannten Gesamtsitzungsumfangs beihilfefähig.	(5) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen und von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht werden. Beihilfefähig sind Aufwendungen für: 1. bis zu fünf probatorische Sitzungen, 2. bei Einzelbehandlung a) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder b) bis zu 160 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten, 3. bei Gruppenbehandlung a) bis zu 40 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 100 Minuten oder b) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die Gesamtsitzungszahl auf die nach Satz 2 Nummer 2 genannte Zahl begrenzt. Die notwendige Einbeziehung von Bezugspersonen ist nur innerhalb des in den Sätzen 2 und 3 genannten Gesamtsitzungsumfangs beihilfefähig.
(6) 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	(6) 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. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.	Vereinbarungen von privaten Krankenversicherungsunternehmen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.
§ 28 **Mobilitätstraining für Blinde**	**§ 28** **Mobilitätstraining für Blinde**
(1) Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln (Mobilitätstraining) für Blinde sind in folgendem Umfang beihilfefähig: 1. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen: a) je Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Stunden 63,50 Euro b) Fahrzeitentschädigung für Fahrten des Trainers, je angefangene 5 Minuten 4,21 Euro c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenem Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers je Tag, soweit eine tägliche Rückkehr zu seinem Wohnort nicht zumutbar ist 26 Euro. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, sind die Aufwendungen des Trainers nur in Höhe des auf den Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen entfallenden Anteils und bis zu den anteiligen	(1) Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln (Mobilitätstraining) für Blinde sind in folgendem Umfang beihilfefähig: 1. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen: a) je Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Stunden 63,50 Euro b) Fahrzeitentschädigung für Fahrten des Trainers, je angefangene 5 Minuten 4,21 Euro c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenem Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers je Tag, soweit eine tägliche Rückkehr zu seinem Wohnort nicht zumutbar ist 26 Euro. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, sind die Aufwendungen des Trainers nur in Höhe des auf den Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen entfallenden Anteils und bis zu den anteiligen

Höchstbeträgen nach Satz 1 beihilfefähig. 2. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining, insbesondere bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder eines Wohnortwechsels sind entsprechend Nummer 1 beihilfefähig. 3. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an elektronischen Blindenleitgeräten sind entsprechend Nummer 1 bis zu 30 Stunden beihilfefähig; darüber hinaus können in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden. (2) Sofern der Trainer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen.	Höchstbeträgen nach Satz 1 beihilfefähig. 2. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining, insbesondere bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder eines Wohnortwechsels sind entsprechend Nummer 1 beihilfefähig. 3. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an elektronischen Blindenleitgeräten sind entsprechend Nummer 1 bis zu 30 Stunden beihilfefähig; darüber hinaus können in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden. (2) Sofern der Trainer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen.
§ 29 **Soziotherapie**	**§ 29** **Soziotherapie**
(1) Aufwendungen für eine von einem Facharzt mit den Gebietsbezeichnungen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, von Psychotherapeuten, durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassungsmanagements verordnete Soziotherapie sind nach Maßgabe des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind 1. folgende Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises:	(1) Aufwendungen für eine von einem Facharzt mit den Gebietsbezeichnungen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, von Psychotherapeuten, durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassungsmanagements verordnete Soziotherapie sind nach Maßgabe des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind 1. folgende Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises:

a) Schizophrenie, b) schizotype Störung, c) anhaltende wahnhafte Störung, d) induzierte wahnhafte Störung und e) schizoaffektive Störung und 2. folgende affektive Störungen: a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung, b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.	a) Schizophrenie, b) schizotype Störung, c) anhaltende wahnhafte Störung, d) induzierte wahnhafte Störung und e) schizoaffektive Störung und 2. folgende affektive Störungen: a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung, b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.
(2) Aufwendungen einer Krankenpflegekraft sind im Umfang und bis zur Höhe der Kosten, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, beihilfefähig.	(2) Aufwendungen einer Krankenpflegekraft sind im Umfang und bis zur Höhe der Kosten, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, beihilfefähig.
§ 30 **Häusliche Krankenpflege**	**§ 30** **Häusliche Krankenpflege**
(1) Häusliche Krankenpflege umfasst 1. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, 2. Behandlungspflege, 3. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und 4. ambulante psychiatrische Krankenpflege. Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege sind dem Grunde nach beihilfefähig, wobei bei Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 die Grundpflege überwiegen muss. Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen für vorübergehende häusliche Krankenpflege, die außerhalb des Haushalts des Gepflegten an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.	(1) Häusliche Krankenpflege umfasst 1. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, 2. Behandlungspflege, 3. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und 4. ambulante psychiatrische Krankenpflege. Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege sind dem Grunde nach beihilfefähig, wobei bei Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 die Grundpflege überwiegen muss. Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen für vorübergehende häusliche Krankenpflege, die außerhalb des Haushalts des Gepflegten an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.
(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen von Berufspflegekräften oder geeigneten Ersatzpflegekräften bis zur Höhe der örtlichen	(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen von Berufspflegekräften oder geeigneten Ersatzpflegekräften bis zur Höhe der örtlichen

Vergütungssätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die in vergleichbaren Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.	Vergütungssätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die in vergleichbaren Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.
(3) Wird die häusliche Krankenpflege durch Personen durchgeführt, die mit dem Gepflegten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. Eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung ist bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte, höchstens jedoch monatlich bis zur Höhe von 60 Prozent des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder vom 12. Oktober 2006 (MBl. SMF 2007 S. 1, 2), der zuletzt durch den Änderungstarifvertrag vom 17. Februar 2017 (MBl. SMF S. 74) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7a Stufe 5 beihilfefähig, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder im Umfang einer solchen eingeschränkt wird. Für Teilmonatsberechnungen ist der Monat mit 30 Tagen anzusetzen. Wird die häusliche Krankenpflege von nahen Angehörigen oder einer in häuslicher Gemeinschaft mit dem Gepflegten lebenden Person durchgeführt, ist die Vergütung nach Satz 2 nur für den über vier Wochen hinausgehenden Pflegezeitraum beihilfefähig. Wird die häusliche Krankenpflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Absatz 2 Anwendung.	(3) Wird die häusliche Krankenpflege durch Personen durchgeführt, die mit dem Gepflegten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. Eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung ist bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte, höchstens jedoch monatlich bis zur Höhe von 60 Prozent des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder vom 12. Oktober 2006 (MBl. SMF 2007 S. 1, 2), der zuletzt durch den Änderungstarifvertrag vom 7. November 2017 (MBl. SMF S. 59) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7a Stufe 5 beihilfefähig, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder im Umfang einer solchen eingeschränkt wird. Für Teilmonatsberechnungen ist der Monat mit 30 Tagen anzusetzen. Wird die häusliche Krankenpflege von nahen Angehörigen oder einer in häuslicher Gemeinschaft mit dem Gepflegten lebenden Person durchgeführt, ist die Vergütung nach Satz 2 nur für den über vier Wochen hinausgehenden Pflegezeitraum beihilfefähig. Wird die häusliche Krankenpflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Absatz 2 Anwendung.
§ 30a **Kurzzeitkrankenpflege**	**§ 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	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.	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.
§ 31 **Palliativversorgung**	**§ 31** **Palliativversorgung**
(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 2 bis 4, Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.	(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 2 bis 4, Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.
(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung, einschließlich Unterkunft und Verpflegung, in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind bis zur Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden Zuschusses beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist.	(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre palliativ-medizinische Versorgung einschließlich Unterkunft und Verpflegung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Verordnung bis zur Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden Zuschusses beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nach ärztlicher Bescheinigung nicht erbracht werden kann.
§ 31a **Klinisches Krebsregister**	**§ 31a** **Klinisches Krebsregister**
Erkranken Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, sind die personenbezogenen Aufwendungen oder Kosten beihilfefähig für jede 1. verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor im Sinne von § 65c Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (fallbezogene Krebsregisterpauschale) und 2. landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister in Sinne von § 65c	Erkranken Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, sind die personenbezogenen Aufwendungen oder Kosten beihilfefähig für jede 1. verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor im Sinne von § 65c Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (fallbezogene Krebsregisterpauschale) und 2. landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister in Sinne von § 65c

Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Meldevergütung). In einer Vereinbarung mit dem für die Meldung zuständigen klinischen Krebsregister kann auch ein Verfahren der unmittelbaren Abrechnung der Kosten nach Satz 1 mit der Festsetzungsstelle geregelt werden. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen oder Kosten entfällt, wenn das für die Meldung zuständige klinische Krebsregister außerhalb des Anwendungsbereichs dieser Verordnung eine pauschale finanzielle Förderung aus öffentlichen Mitteln erhält; § 4 Absatz 3 Satz 2 ist nicht anzuwenden.	Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Meldevergütung). In einer Vereinbarung mit dem für die Meldung zuständigen klinischen Krebsregister kann auch ein Verfahren der unmittelbaren Abrechnung der Kosten nach Satz 1 mit der Festsetzungsstelle geregelt werden. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen oder Kosten entfällt, wenn das für die Meldung zuständige klinische Krebsregister außerhalb des Anwendungsbereichs dieser Verordnung eine pauschale finanzielle Förderung aus öffentlichen Mitteln erhält; § 4 Absatz 3 Satz 2 ist nicht anzuwenden.
Unterabschnitt 7 **Ergänzende Leistungen**	**Unterabschnitt 7** **Ergänzende Leistungen**
§ 32 **Fahrtkosten**	**§ 32** **Fahrtkosten**
(1) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten verordnete Fahrten 1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen, 2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, 3. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung, 4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann, 5. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung und 6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens erforderlich ist. Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen	(1) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten verordnete Fahrten 1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen, 2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, 3. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung, 4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann, 5. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung und 6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens erforderlich ist. Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen

Gründen notwendig ist. Aufwendungen nach Satz 1 sind ohne ärztliche Verordnung dem Grunde nach beihilfefähig, wenn 1. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder den Pflegegrad 3 oder höher nachweisen oder 2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen. (2) Aufwendungen für Rettungsfahrten und –flüge sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. (3) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Sächsische Reisekostengesetz vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866, 876), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug nur nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 und Absatz 2 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig. Bei Fahrten nach Absatz 1 ist der beihilfefähige Betrag um 10 Euro je einfache Fahrt zu mindern. Ausgenommen hiervon sind Fahrten unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 und Fahrten von Spendern nach § 47 Absatz 4. (4) Ist für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn 1. eine sofortige Behandlung geboten war oder	Gründen notwendig ist. Aufwendungen nach Satz 1 sind ohne ärztliche Verordnung dem Grunde nach beihilfefähig, wenn 1. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder den Pflegegrad 3 oder höher nachweisen oder 2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen. (2) Aufwendungen für Rettungsfahrten und –flüge sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. (3) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Sächsische Reisekostengesetz vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866, 876), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug nur nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 und Absatz 2 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig. Bei Fahrten nach Absatz 1 ist der beihilfefähige Betrag um 10 Euro je einfache Fahrt zu mindern. Ausgenommen hiervon sind Fahrten unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 und Fahrten von Spendern nach § 47 Absatz 4. (4) Ist für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn eine sofortige Behandlung geboten war oder

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. § 44 Absatz 5 Satz 4 und 5 bleibt unberührt.	2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. § 44 Absatz 5 Satz 4 und 5 bleibt unberührt.
§ 33 **Unterkunfts- und Verpflegungskosten**	**§ 33** **Unterkunfts- und Verpflegungskosten**
(1) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Untersuchungen und Behandlungen mit Ausnahme von Kuren (§ 39) sind bis zur Höhe des nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes geregelten Höchstbetrages beihilfefähig. Auswärtig sind Untersuchung und Behandlung, wenn sie mehr als 30 Kilometer vom Wohnort entfernt erfolgen oder eine tägliche Rückkehr zur Wohnung unzumutbar ist, weil bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Abwesenheit von der Wohnung mehr als 12 Stunden oder die benötigte Zeit für das Zurücklegen der Strecke zwischen Wohnung und Behandlungsort und zurück mehr als 3 Stunden beträgt. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft und Verpflegung in gleicher Höhe beihilfefähig.	(1) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Untersuchungen und Behandlungen mit Ausnahme von Kuren (§ 39) sind bis zur Höhe des nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes geregelten Höchstbetrages beihilfefähig. Auswärtig sind Untersuchung und Behandlung, wenn sie mehr als 30 Kilometer vom Wohnort entfernt erfolgen oder eine tägliche Rückkehr zur Wohnung unzumutbar ist, weil bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Abwesenheit von der Wohnung mehr als 12 Stunden oder die benötigte Zeit für das Zurücklegen der Strecke zwischen Wohnung und Behandlungsort und zurück mehr als 3 Stunden beträgt. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft und Verpflegung in gleicher Höhe beihilfefähig.
(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Ausland sind bis zur Höhe der Auslandstagegeld- und –übernachtungskostensätze nach § 1 der Sächsischen Auslandsreisekostenverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 2012 (SächsGVBl. S. 535), die zuletzt durch die Verordnung vom 25. Juni 2015 (SächsGVBl. S. 445) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, beihilfefähig.	(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Ausland sind bis zur Höhe der Auslandstagegeld- und –übernachtungskostensätze nach § 1 der Sächsischen Auslandsreisekostenverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 2012 (SächsGVBl. S. 535), die zuletzt durch die Verordnung vom 25. Juni 2015 (SächsGVBl. S. 445) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, beihilfefähig.
§ 34	**§ 34**

Kommunikationshelfer	**Kommunikationshelfer**
Sind aufgrund einer Hör- oder Sprachbehinderung Kommunikationshelfer im Sinne von § 2 Nummer 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung vom 20. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 499), in der jeweils geltenden Fassung, bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen im Einzelfall erforderlich, sind die hierfür entstandenen Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 5 Absatz 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung beihilfefähig.	Sind aufgrund einer Hör- oder Sprachbehinderung Kommunikationshelfer im Sinne von § 2 Nummer 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung vom 20. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 499), in der jeweils geltenden Fassung, bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen im Einzelfall erforderlich, sind die hierfür entstandenen Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 5 Absatz 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung beihilfefähig.
§ 35 **Familien- und Haushaltshilfe**	**§ 35** **Familien- und Haushaltshilfe**
(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind nach ärztlicher Verordnung beihilfefähig, wenn 1. der allein oder überwiegend den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung aufgrund der Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen ambulanten oder stationären Leistung nach den Abschnitten 2 und 3 nicht weiterführen kann oder verstorben ist, 2. im Haushalt mindestens ein anderer Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat (hilfsbedürftige Person) und 3. keine andere im Haushalt lebende, volljährige Person den Haushalt weiterführen kann. Sie werden der außerhäuslich untergebrachten oder verstorbenen Person zugeordnet.	(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind nach ärztlicher Verordnung beihilfefähig, wenn 1. der allein oder überwiegend den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung aufgrund der Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen ambulanten oder stationären Leistung nach den Abschnitten 2 und 3 nicht weiterführen kann oder verstorben ist, 2. im Haushalt mindestens ein anderer Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat (hilfsbedürftige Person) und 3. keine andere im Haushalt lebende, volljährige Person den Haushalt weiterführen kann. Sie werden der außerhäuslich untergebrachten oder verstorbenen Person zugeordnet.
(2) Die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 liegen auch vor, 1. für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen	(2) Die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 liegen auch vor, 1. für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen

Unterbringung oder der Durchführung einer ambulanten Operation oder 2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird. Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für einen allein im Haushalt lebenden Beihilfeberechtigten beihilfefähig, wenn nur die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 vorliegt.	Unterbringung oder der Durchführung einer ambulanten Operation oder 2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird. Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für einen allein im Haushalt lebenden Beihilfeberechtigten beihilfefähig, wenn nur die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 vorliegt.
(3) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zur Höhe von 9 Euro je Stunde, höchstens 72 Euro täglich, beihilfefähig. Im Todesfall der den Haushalt führenden Person sind die Aufwendungen für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nicht im Haushalt lebende nahe Angehörige der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten, jedoch höchstens bis zu 36 Euro täglich, beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.	(3) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zur Höhe von 9 Euro je Stunde, höchstens 72 Euro täglich, beihilfefähig. Im Todesfall der den Haushalt führenden Person sind die Aufwendungen für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nicht im Haushalt lebende nahe Angehörige der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten, jedoch höchstens bis zu 36 Euro täglich, beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.
(4) Wird statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe die hilfsbedürftige Person in einem Heim untergebracht, sind die notwendigen Aufwendungen hierfür bis zur Höhe der Vergütungssätze der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. Bei Unterbringung der hilfsbedürftigen Personen in einem fremden Haushalt sind die Aufwendungen bis zur Höhe der in Absatz 3 Satz 1 genannten Sätze beihilfefähig. Erfolgt die Unterbringung im Haushalt einer Person, die mit der hilfsbedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist, sind nur die Fahrtkosten dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrtkosten nach § 32 Absatz 3 Satz 1 einmalig jeweils für die Hin- und Rückfahrt der hilfsbedürftigen Person zum außerhäuslichen Unterbringungsort sowie einer Begleitperson, soweit eine Begleitung notwendig ist.	(4) Wird statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe die hilfsbedürftige Person in einem Heim untergebracht, sind die notwendigen Aufwendungen hierfür bis zur Höhe der Vergütungssätze der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. Bei Unterbringung der hilfsbedürftigen Personen in einem fremden Haushalt sind die Aufwendungen bis zur Höhe der in Absatz 3 Satz 1 genannten Sätze beihilfefähig. Erfolgt die Unterbringung im Haushalt einer Person, die mit der hilfsbedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist, sind nur die Fahrtkosten dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrtkosten nach § 32 Absatz 3 Satz 1 einmalig jeweils für die Hin- und Rückfahrt der hilfsbedürftigen Person zum außerhäuslichen Unterbringungsort sowie einer Begleitperson, soweit eine Begleitung notwendig ist.
(5) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn	(5) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

1. eine ambulante ärztliche Untersuchung oder Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist, 2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und 3. die Untersuchung oder Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine medizinisch notwendige Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer. Werden bei Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienstort statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nicht im Haushalt lebende nahe Angehörige der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe nach Absatz 3 Satz 1 anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.	1. eine ambulante ärztliche Untersuchung oder Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist, 2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und 3. die Untersuchung oder Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine medizinisch notwendige Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer. Werden bei Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienstort statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nicht im Haushalt lebende nahe Angehörige der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe nach Absatz 3 Satz 1 anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.
§ 36 **Überführungskosten in Todesfällen**	**§ 36** **Überführungskosten in Todesfällen**
Ist der Beihilfeberechtigte während einer Dienstreise, einer Abordnung, einer Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes seiner Hauptwohnung im Sinne von § 21 Absatz 2 des Bundesmeldegesetzes vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S.1084), das zuletzt durch Artikel 11 Absatz 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, verstorben, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne zum Ort seiner Hauptwohnung beihilfefähig. Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Auslandsdienstort mit	Ist der Beihilfeberechtigte während einer Dienstreise, einer Abordnung, einer Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes seiner Hauptwohnung im Sinne von § 21 Absatz 2 des Bundesmeldegesetzes vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S.1084), das zuletzt durch Artikel 11 Absatz 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, verstorben, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne zum Ort seiner Hauptwohnung beihilfefähig. Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Auslandsdienstort mit

dem Beamten in einem Haushalt wohnen, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig.	dem Beamten in einem Haushalt wohnen, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig.
Abschnitt 3 **Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren**	**Abschnitt 3** **Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren**
§ 37 **Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**	**§ 37** **Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**
(1) Die medizinische Rehabilitation umfasst alle ambulant oder stationär durchgeführten ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen zur Wiederherstellung körperlicher Funktionen und Organfunktionen, der Gesundheit, gesellschaftlicher, beruflicher und schulischer Teilhabe eines erkrankten oder verletzten Menschen über die in den §§ 8 bis 30 genannten Leistungen hinaus.	(1) Die medizinische Rehabilitation umfasst alle ambulant oder stationär durchgeführten ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen zur Wiederherstellung körperlicher Funktionen und Organfunktionen, der Gesundheit, gesellschaftlicher, beruflicher und schulischer Teilhabe eines erkrankten oder verletzten Menschen über die in den §§ 8 bis 30 genannten Leistungen hinaus.
(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für 1. Heilbehandlungen im Anschluss oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer Krankenhausbehandlung in geeigneten spezialisierten Einrichtungen (Anschlussheilbehandlung), 2. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, oder in Krankenhäusern, 3. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, soweit das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder schwerbehindert ist, 4. Familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert, in geeigneten spezialisierten Einrichtungen, 5. Entwöhnungen im Rahmen einer Suchtbehandlung einschließlich	(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für 1. Heilbehandlungen im Anschluss oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer Krankenhausbehandlung in geeigneten spezialisierten Einrichtungen (Anschlussheilbehandlung), 2. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, oder in Krankenhäusern, 3. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, soweit das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder schwerbehindert ist, 4. Familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert, in geeigneten spezialisierten Einrichtungen, 5. Entwöhnungen im Rahmen einer Suchtbehandlung einschließlich

ambulanter Nachsorge in geeigneten spezialisierten Einrichtungen, 6. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in Wohnortnähe und 7. ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne von § 44 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 165 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.	ambulanter Nachsorge in geeigneten spezialisierten Einrichtungen, 6. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in Wohnortnähe und 7. ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne von § 64 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.
(3) Aus Anlass von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16, 20 Absatz 1 Nummer 3 und §§ 21 bis 29 beihilfefähig. Daneben sind beihilfefähig Aufwendungen für: 1. Fahrtkosten a) nach Maßgabe des § 32 Absatz 3, 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 und eine Minderung nach § 32 Absatz 3 Satz 3 nicht vorzunehmen 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, 2. durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannte Begleitpersonen oder Pflegekräfte, 3. Kurtaxe, auch für Begleitpersonen nach Nummer 2, 4. einen ärztlichen Schlussbericht, 5. Unterkunft und Verpflegung a) bei ambulant durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 nach	(3) Aus Anlass von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16, 20 Absatz 1 Nummer 3 und §§ 21 bis 29 beihilfefähig. Daneben sind beihilfefähig Aufwendungen für: 1. Fahrtkosten a) nach Maßgabe des § 32 Absatz 3, 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 und eine Minderung nach § 32 Absatz 3 Satz 3 nicht vorzunehmen 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, 2. durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannte Begleitpersonen oder Pflegekräfte, 3. Kurtaxe, auch für Begleitpersonen nach Nummer 2, 4. einen ärztlichen Schlussbericht, 5. Unterkunft und Verpflegung a) bei ambulant durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 nach Maßgabe des § 33 Absatz 1, wobei die Beihilfefähigkeit bei

Maßgabe des § 33 Absatz 1, wobei die Beihilfefähigkeit bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 6 auf höchstens 21 Tage begrenzt ist, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich und b) bei stationär durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 in Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, bei gesonderter Berechnung der Unterkunft als Wahlleistung bis zum niedrigsten Tagessatz eines Zweibettzimmers, wobei die Beihilfefähigkeit begrenzt ist aa) bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 2 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich, 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 und 6. ausgefallene Arbeitseinkünfte des berufstätigen Elternteils bei einer Maßnahme nach Absatz 2 Nummer 4.	ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 6 auf höchstens 21 Tage begrenzt ist, es sei denn, eine Verlängerung, begrenzt auf höchstens 14 Tage, ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich und b) bei stationär durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 in Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, bei gesonderter Berechnung der Unterkunft als Wahlleistung bis zum niedrigsten Tagessatz eines Zweibettzimmers, wobei die Beihilfefähigkeit begrenzt ist aa) bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 2 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung, begrenzt auf höchstens 14 Tage, ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich, 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 und 6. ausgefallene Arbeitseinkünfte des berufstätigen Elternteils bei einer Maßnahme nach Absatz 2 Nummer 4.
(4) Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 1, die die Leistungen nach den §§ 8, 9, 16, 21 bis 29, den ärztlichen Schlussbericht, die Unterkunft, die Verpflegung, die Pflege und gegebenenfalls Wahlleistungen nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 beinhalten, sind bis zum niedrigsten Satz der jeweiligen Abteilung beihilfefähig. Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 6, die die in Satz 1 genannten Leistungen enthalten, sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren	(4) Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 1, die die Leistungen nach den §§ 8, 9, 16, 21 bis 29, den ärztlichen Schlussbericht, die Unterkunft, die Verpflegung, die Pflege und gegebenenfalls Wahlleistungen nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 beinhalten, sind bis zum niedrigsten Satz der jeweiligen Abteilung beihilfefähig. Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 6, die die in Satz 1 genannten Leistungen enthalten, sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren

Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt. Für Kinder, die bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. Aufwendungen für das Kind nach Satz 4 sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. Die Aufwendungen der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 4 und die ausgefallenen Arbeitseinkünfte nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 werden dem erkrankten Kind zugerechnet. Aufwendungen für eine EAP sind je Behandlungstag bei einer Mindestbehandlungsdauer von 120 Minuten bis zur Höhe von 81,90 Euro beihilfefähig; die Leistungen nach den Nummern 4 bis 44 der Anlage 3 sind daneben nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 2 Nummer 7 sind bis zur Höhe von 11,00 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.	Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt. Für Kinder, die bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. Aufwendungen für das Kind nach Satz 4 sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. Die Aufwendungen der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 4 und die ausgefallenen Arbeitseinkünfte nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 werden dem erkrankten Kind zugerechnet. Aufwendungen für eine EAP sind je Behandlungstag bis zur Höhe des in Nummer 15 der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2 genannten Betrages beihilfefähig; die Leistungen nach den Nummern 3 bis 46 der Anlage 3 sind daneben nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 2 Nummer 7 sind bis zur Höhe von 11,00 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.
§ 38 **Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**	**§ 38** **Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**
(1) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 1, 4 bis 6 setzt voraus, dass die Rehabilitationsmaßnahme durch Verordnung von einem Arzt oder Psychotherapeuten jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet ist. Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitation und stationäre Entwöhnungen im Rahmen von Suchtbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Die Verordnung der familienorientierten Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zum Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum	(1) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 1, 4 bis 6 setzt voraus, dass die Rehabilitationsmaßnahme durch Verordnung von einem Arzt oder Psychotherapeuten jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet ist. Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitation und stationäre Entwöhnungen im Rahmen von Suchtbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Die Verordnung der familienorientierten Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zum Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum

Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten. (2) Aufwendungen für eine EAP sind neben den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 und 2 nur beihilfefähig, wenn die Behandlung in einer von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtung durchgeführt wird und wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt: 1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall, auch postoperativ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, c) instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik oder d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb, 2. Operation am Skelettsystem bei a) posttraumatischen Osteosynthesen oder b) Osteotomien der großen Röhrenknochen, 3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit bei a) Schulterprothesen, b) Knieendoprothesen oder c) Hüftendoprothesen, 4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei a) Kniebandrupturen mit Ausnahme eines isolierten Innenbandes, b) Schultergelenkläsionen oder c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss, oder 5. Amputationen.	Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten. (2) Aufwendungen für eine EAP sind neben den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 und 2 nur beihilfefähig, wenn die Behandlung in einer von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtung durchgeführt wird und wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt: 1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall, auch postoperativ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, c) instabile Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung oder d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb, 2. Operation am Skelettsystem bei a) posttraumatischen Osteosynthesen oder b) Osteotomien der großen Röhrenknochen, 3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit bei a) Schulterprothesen, b) Knieendoprothesen oder c) Hüftendoprothesen, 4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei a) Kniebandrupturen mit Ausnahme eines isolierten Innenbandes, b) Schultergelenkläsionen oder c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss, oder 5. Amputationen.

(3) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass 1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist, 2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und 3. ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 6 erzielt werden kann. Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 oder eine Kur nach § 39 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine solche Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.	(3) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass 1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist, 2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und 3. ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 6 erzielt werden kann. Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 oder eine Kur nach § 39 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine solche Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.
(4) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn der von der Festsetzungsstelle beauftragte Arzt die Einrichtung vor Beginn der Maßnahme für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die ausgewählte Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Fahrtkosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem	(4) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn der von der Festsetzungsstelle beauftragte Arzt die Einrichtung vor Beginn der Maßnahme für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die ausgewählte Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Fahrtkosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem

Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 6 Absatz 1 Satz 1 genannten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat. Die Begrenzung nach § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 ist nicht anzuwenden.	Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 6 Absatz 1 Satz 1 genannten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat. Die Begrenzung nach § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 ist nicht anzuwenden.
§ 39 **Kuren**	**§ 39** **Kuren**
(1) Kuren sind ärztlich verordnete Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit, Beseitigung von Regulationsstörungen und Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit durch Anwendung ortsgebundener Mittel.	(1) Kuren sind ärztlich verordnete Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit, Beseitigung von Regulationsstörungen und Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit durch Anwendung ortsgebundener Mittel.
(2) Für Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes sind Aufwendungen für ambulante Kuren und Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beihilfefähig, wenn die Kur unter Anwendung von Heilmitteln gemäß § 26 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten Kurort nach Anlage 4 durchgeführt wird. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden.	(2) Für Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes sind Aufwendungen für ambulante Kuren und Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beihilfefähig, wenn die Kur unter Anwendung von Heilmitteln gemäß § 26 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten Kurort nach Anlage 4 durchgeführt wird. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden.
(3) Anlässlich einer Kur sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 26 beihilfefähig. Daneben sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 20 Euro täglich und der Begleitpersonen in Höhe von 15 Euro täglich für jeweils höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages beihilfefähig. § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 4 gilt entsprechend.	(3) Anlässlich einer Kur sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 26 beihilfefähig. Daneben sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 40 Euro täglich und der Begleitpersonen in Höhe von 30 Euro täglich für jeweils höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages beihilfefähig. § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 4 gilt entsprechend.
(4) Aufwendungen für Kuren sind nur beihilfefähig, wenn die	(4) Aufwendungen für Kuren sind nur beihilfefähig, wenn die

Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass 1. die Kurmaßnahme medizinisch notwendig ist, 2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und 3. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient. Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist, seine Entlassung beantragt hat, das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird oder vorläufig vom Dienst enthoben ist. § 38 Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.	Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass 1. die Kurmaßnahme medizinisch notwendig ist, 2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und 3. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient. Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist, seine Entlassung beantragt hat, das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird oder vorläufig vom Dienst enthoben ist. § 38 Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.
(5) Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für eine ambulante Kur am Toten Meer wegen Erkrankung an Neurodermitis oder Psoriasis in einem in der Anlage 4 enthaltenen Kurort im Umfang des Absatzes 3 beihilfefähig, wenn 1. die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, 2. durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und 3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach vorher anerkannt hat. Aufwendungen für Fahrtkosten einschließlich Flug- und Fährkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 600 Euro je Gesamtmaßnahme beihilfefähig. Ist die Einrichtung als stationäre Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt und hat diese eine pauschale Vergütungsvereinbarung mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, in der Aufwendungen für Flug, Transfer, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung enthalten sind, sind die Aufwendungen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Pauschale	(5) Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für eine ambulante Kur am Toten Meer wegen Erkrankung an Neurodermitis oder Psoriasis in einem in der Anlage 4 enthaltenen Kurort im Umfang des Absatzes 3 beihilfefähig, wenn 1. die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, 2. durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und 3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach vorher anerkannt hat. Aufwendungen für Fahrtkosten einschließlich Flug- und Fährkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 600 Euro je Gesamtmaßnahme beihilfefähig. Ist die Einrichtung als stationäre Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt und hat diese eine pauschale Vergütungsvereinbarung mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, in der Aufwendungen für Flug, Transfer, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung enthalten sind, sind die Aufwendungen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Pauschale

beihilfefähig. (6) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt § 38 Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend.	beihilfefähig. (6) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt § 38 Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend.
Abschnitt 4 **Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten**	**Abschnitt 4** **Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten**
§ 40 **Schutzimpfungen**	**§ 40** **Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen**
(1) Aufwendungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 20i Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Schutzimpfungen vorsehen kann.	(1) Aufwendungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 20i Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Schutzimpfungen vorsehen kann.
(2) § 59 Absatz 1 findet auf Impfstoffe keine Anwendung.	(2) § 59 Absatz 1 findet auf Impfstoffe keine Anwendung. (3) Aufwendungen für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, für ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sind nach Maßgabe des § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig; dies umfasst auch Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe.
§ 41 **Früherkennungs- *und Vorsorge*untersuchungen**	**§ 41** **Früherkennungsuntersuchungen**
(1) Aufwendungen für alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung	(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.	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.
(2) Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind in entsprechender Anwendung des § 25 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.	(2) Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind in entsprechender Anwendung des § 25 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
(3) Das Staatsministerium der Finanzen kann für geeignete Gruppen eine von § 25 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abweichende Altersgrenze und eine von Absatz 1 abweichende Häufigkeit der Untersuchungen sowie weitere Untersuchungen bestimmen.	(3) Das Staatsministerium der Finanzen kann für geeignete Gruppen eine von § 25 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abweichende Altersgrenze und eine von Absatz 1 abweichende Häufigkeit der Untersuchungen sowie weitere Untersuchungen bestimmen.
(4) Aufwendungen, die Frauen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren nach Maßgabe der Anlage 5 beihilfefähig.	(4) Aufwendungen, die Frauen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren nach Maßgabe der Anlage 5 beihilfefähig.
(5) Aufwendungen für die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion sind bei Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr einmal im Kalenderjahr beihilfefähig.	(5) Aufwendungen, die Personen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Darmkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs nach Maßgabe der Anlage 5a beihilfefähig. (6) Aufwendungen für die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion sind bei Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr einmal im Kalenderjahr beihilfefähig.

§ 42 **Kinderuntersuchungen**	**§ 42** **Kinderuntersuchungen**
Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, beihilfefähig. § 26 Absatz 1 Satz 1 bis 4 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vorsehen kann.	Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, beihilfefähig. § 26 Absatz 1 Satz 1 bis 4 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vorsehen kann.
§ 43 **Verhütung von Zahnerkrankungen**	**§ 43** **Verhütung von Zahnerkrankungen**
(1) Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind beihilfefähig. § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.	(1) Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind beihilfefähig. § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.
(2) Zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind die Aufwendungen für Kinder, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, einmal in jedem Kalenderhalbjahr beihilfefähig. § 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.	(2) Zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind die Aufwendungen für Kinder, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, einmal in jedem Kalenderhalbjahr beihilfefähig. § 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.
(3) Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4005, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig.	(3) Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4005, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig.
	(4) Aufwendungen für die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund-

	und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die einem Pflegegrad im Sinne des § 48 Absatz 1 zugeordnet sind, beihilfefähig. § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.
Abschnitt 5 **Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen**	**Abschnitt 5** **Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen**
§ 44 **Schwangerschaft und Geburt**	**§ 44** **Schwangerschaft und Geburt**
(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind dem Grunde nach beihilfefähig die Aufwendungen 1. für die Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung, 2. entsprechend Abschnitt 2 und § 47 Absatz 1, 3. für die Hebamme, 4. für von Hebammen geleitete Einrichtungen bis zur Höhe der nach § 134a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossenen Verträge, 5. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 30 gepflegt wird; § 30 Absatz 3 gilt entsprechend, 6. für das Kind entsprechend § 20 und 7. für Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins für den Dienstherrn des Beihilfeberechtigten. Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 bis 5 und 7 gelten als Aufwendungen der Schwangeren. Dies gilt auch für Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 6 für das gesunde Neugeborene.	(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind dem Grunde nach beihilfefähig die Aufwendungen 1. für die Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung, 2. entsprechend Abschnitt 2 und § 47 Absatz 1, 3. für die Hebamme, 4. für von Hebammen geleitete Einrichtungen bis zur Höhe der nach § 134a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossenen Verträge, 5. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 30 gepflegt wird; § 30 Absatz 3 gilt entsprechend, 6. für das Kind entsprechend § 20 und 7. für Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins für den Dienstherrn des Beihilfeberechtigten. Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 bis 5 und 7 gelten als Aufwendungen der Schwangeren. Dies gilt auch für Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 6 für das gesunde Neugeborene.
(2) Aufwendungen für Leistungen von Hebammen sind angemessen,	(2) Aufwendungen für Leistungen von Hebammen sind angemessen,

soweit sie die Höchstbeträge der Anlage 6 nicht übersteigen. Ist in der Anlage 6 eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen. Zuschläge als erhöhte Leistungsnummer sind allgemein oder in besonderen Fällen beihilfefähig; ein allgemeiner Zuschlag ist für Leistungen, die in der Zeit zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, an Samstagen ab 12 Uhr und an Sonn- und Feiertagen erbracht werden, beihilfefähig; ein besonderer Zuschlag ist beihilfefähig, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage 6 aufgeführt ist. Auslagen von Hebammen sind Aufwendungen für angewandte Arzneimittel und verwendete oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien. Materialien sind bis zur Höhe der in der Anlage 6 Teil F festgelegten Pauschalbeträge beihilfefähig. Angewandte Arzneimittel sind in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig; § 59 Absatz 1 findet insoweit keine Anwendung.	soweit sie die Höchstbeträge der Anlage 6 nicht übersteigen. Ist in der Anlage 6 eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen. Zuschläge als erhöhte Leistungsnummer sind allgemein oder in besonderen Fällen beihilfefähig; ein allgemeiner Zuschlag ist für Leistungen, die in der Zeit zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, an Samstagen ab 12 Uhr und an Sonn- und Feiertagen erbracht werden, beihilfefähig; ein besonderer Zuschlag ist beihilfefähig, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage 6 aufgeführt ist. Auslagen von Hebammen sind Aufwendungen für angewandte Arzneimittel und verwendete oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien. Materialien sind bis zur Höhe der in der Anlage 6 Teil F festgelegten Pauschalbeträge beihilfefähig. Angewandte Arzneimittel sind in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig; § 59 Absatz 1 findet insoweit keine Anwendung.
(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind nach Maßgabe des § 24a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva einschließlich Notfallkontrazeptiva und Intrauterinpessare sind bei Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr auch dann beihilfefähig, wenn die Verordnung nicht aus Anlass einer Krankheit erfolgt. § 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.	(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind nach Maßgabe des § 24a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva einschließlich Notfallkontrazeptiva und Intrauterinpessare sind bei Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr auch dann beihilfefähig, wenn die Verordnung nicht aus Anlass einer Krankheit erfolgt. § 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.
(4) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150 Euro gewährt (Geburtspauschale). Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird diese Beihilfe nur einmal gezahlt; sie soll der Mutter gewährt werden.	(4) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150 Euro gewährt (Geburtspauschale). Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird diese Beihilfe nur einmal gezahlt; sie soll der Mutter gewährt werden.

(5) Ist bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne eigenen Haushalt im Inland in Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet, sind zusätzlich die am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft für die Schwangere bis zur Höhe von 70 Euro je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 30 Euro je Übernachtung beihilfefähig, wenn der Entbindungsort im Inland liegt. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt von nahen Angehörigen im Sinne von § 5 Absatz 2 Satz 2. Aufwendungen für die Unterkunft am Entbindungsort nach Satz 1 sind bis zur Dauer von sechs Wochen vor und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. Fahrtkosten vom Dienstort zum Entbindungsort nach Satz 1 sind nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten für eine Begleitperson sind der Schwangeren zuzurechnen.	(5) Ist bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne eigenen Haushalt im Inland in Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet, sind zusätzlich die am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft für die Schwangere bis zur Höhe von 70 Euro je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 30 Euro je Übernachtung beihilfefähig, wenn der Entbindungsort im Inland liegt. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt von nahen Angehörigen im Sinne von § 5 Absatz 2 Satz 2. Aufwendungen für die Unterkunft am Entbindungsort nach Satz 1 sind bis zur Dauer von sechs Wochen vor und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. Fahrtkosten vom Dienstort zum Entbindungsort nach Satz 1 sind nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten für eine Begleitperson sind der Schwangeren zuzurechnen.
§ 45 **Künstliche Befruchtung**	**§ 45** **Künstliche Befruchtung**
(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn 1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung notwendig sind, 2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird, 3. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind, 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und 5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und die künstliche Befruchtung von einem der Ärzte oder einer der Einrichtungen durchgeführt wird, denen eine Genehmigung nach § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilt worden ist.	(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn 1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung notwendig sind, 2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird, 3. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind, 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und 5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und die künstliche Befruchtung von einem der Ärzte oder einer der Einrichtungen durchgeführt wird, denen eine Genehmigung nach § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilt worden ist.

Die beihilfefähigen Behandlungsmethoden und die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 richten sich nach Anlage 7. Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für weibliche Personen, die das 40. Lebensjahr und für männliche Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Maßnahmen, die beim Beihilfeberechtigten selbst durchgeführt werden. Aufwendungen für Maßnahmen, die beim berücksichtigungsfähigen Ehegatten durchgeführt werden, sind diesem zuzuordnen. Sie sind nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorliegen.	Die beihilfefähigen Behandlungsmethoden und die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 richten sich nach Anlage 7. Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für weibliche Personen, die das 40. Lebensjahr und für männliche Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Maßnahmen, die beim Beihilfeberechtigten selbst durchgeführt werden. Aufwendungen für Maßnahmen, die beim berücksichtigungsfähigen Ehegatten durchgeführt werden, sind diesem zuzuordnen. Sie sind nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorliegen; § 5 Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt.
(2) Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ist nur bei künstlichen Befruchtungen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht, anzuwenden.	(2) Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ist nur bei künstlichen Befruchtungen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht, anzuwenden.
(3) Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen sind beihilfefähig, wenn diese im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfolgt und die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen nach Satz 1 sind beihilfefähig, soweit und solange die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen, längstens jedoch für die Dauer von drei Jahren.	(3) Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen sind beihilfefähig, wenn diese im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfolgt und die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen nach Satz 1 sind beihilfefähig, soweit und solange die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen, längstens jedoch für die Dauer von drei Jahren.
(4) In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen als beihilfefähig anerkannt werden. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten Samenzellen nach Satz 1 sind höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4, längstens jedoch für die Dauer von 15 Jahren beihilfefähig.	(4) Aufwendungen für die Kryokonservierung einschließlich Entnahme, vorhergehender Aufbereitung und nachfolgender Lagerung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen einschließlich hormoneller Stimulation können in medizinisch begründeten Ausnahmefällen als beihilfefähig anerkannt werden. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe nach Satz 1 sind höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4, längstens jedoch für

	die Dauer von 15 Jahren beihilfefähig.
§ 46 **Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch**	**§ 46** **Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch**
(1) Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit notwendig ist. Aufwendungen für eine Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung sind beihilfefähig, wenn die Sterilisierung aufgrund einer Krankheit notwendig war.	(1) Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit notwendig ist. Aufwendungen für eine Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung sind beihilfefähig, wenn die Sterilisierung aufgrund einer Krankheit notwendig war.
(2) Aufwendungen für einen nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3202) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig. Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft sind die Aufwendungen mit Ausnahme der in § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in den Fällen des Satzes 2 auch die Aufwendungen einer erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches.	(2) Aufwendungen für einen nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3618) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig. Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft sind die Aufwendungen mit Ausnahme der in § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in den Fällen des Satzes 2 auch die Aufwendungen einer erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches.
§ 47 **Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende**	**§ 47** **Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende**
(1) Aufwendungen im Zusammenhang mit Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen (Erste Hilfe) sind neben Aufwendungen nach Abschnitt 2 und § 44 Absatz 1 beihilfefähig.	(1) Aufwendungen im Zusammenhang mit Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen (Erste Hilfe) sind neben Aufwendungen nach Abschnitt 2 und § 44 Absatz 1 beihilfefähig.
(2) Aufwendungen für eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig.	(2) Aufwendungen für eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport sowie Organisation für die Bereitstellung von Organ- und Gewebespenden sind beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.	(3) Aufwendungen für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport sowie Organisation für die Bereitstellung von Organ- und Gewebespenden sind beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.
(4) Aufwendungen für Spender von Organen und Geweben (Spender) sind entsprechend den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Dies gilt auch für Aufwendungen des Spenders, die über die Leistungen nach den Abschnitten 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Untersuchung und Behandlung von Folgeerkrankungen des Spenders. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von dem Spender nachgewiesen wird. Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Der landwirtschaftlichen Krankenkasse des Spenders wird auf Antrag nach § 8 Absatz 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für als Spender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen.	(4) Aufwendungen für Spender von Organen und Geweben (Spender) sind entsprechend den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Dies gilt auch für Aufwendungen des Spenders, die über die Leistungen nach den Abschnitten 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Untersuchung und Behandlung von Folgeerkrankungen des Spenders. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von dem Spender nachgewiesen wird. Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Der landwirtschaftlichen Krankenkasse des Spenders wird auf Antrag nach § 8 Absatz 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für als Spender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen.
(5) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan und nach Geweben sind beihilfefähig. Bei der Suche nach einem nicht verwandten Stammzellspender sind Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und	(5) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan und nach Geweben sind beihilfefähig. Bei der Suche nach einem nicht verwandten Stammzellspender sind Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und

berücksichtigungsfähigen Angehörigen nur beihilfefähig, wenn diese im Zentralen Knochenmarkspender-Register erfolgt.	berücksichtigungsfähigen Angehörigen nur beihilfefähig, wenn diese im Zentralen Knochenmarkspender-Register erfolgt.
Abschnitt 6 **Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**	**Abschnitt 6** **Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**
§ 48 **Dauernde 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 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757)* 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.	(1) Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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.	(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.	(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**	**§ 48a** **Aufwendungen bei Pflegegrad 1**
(1) Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, erhalten	(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**	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.	(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.	(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	(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 vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.	Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 gewährt wird. Pauschalbeihilfe wird ungekürzt für Aufwendungen von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.
(4) 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.	(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.	(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.	(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**	**§ 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.	(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.	(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.	(3) § 38a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.
§ 49b **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**	**§ 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.	(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 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) 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 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) 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,	(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 3 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1147) 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 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) 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.	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.	(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden entsprechend des Bemessungssatzes des Pflegebedürftigen nach § 57 gewährt.
§ 50 **Teilstationäre Pflege**	**§ 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.	(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.	(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**	**§ 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.	(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	(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.	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.	(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**	**§ 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.	(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	(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.	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.	(3) § 42 Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und § 55 Absatz 2 gelten entsprechend.
§ 53 **Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag**	**§ 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.	(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	(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 häuslichen Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (§ 49 Absatz 1), in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen	1. der häuslichen Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (§ 49 Absatz 1), in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen

im Bereich der Selbstversorgung, 2. der teilstationären 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.	im Bereich der Selbstversorgung, 2. der teilstationären 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**	**§ 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.	(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.	(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	§ 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.	(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.	(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.	(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	(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. Ist ein berücksichtigungsfähiger Ehegatte oder Lebenspartner nicht vorhanden, vermindert sich der Eigenanteil abweichend von Satz 3 für das erste berücksichtigungsfähige Kind um 25 Prozent des Einkommens.	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. Ist ein berücksichtigungsfähiger Ehegatte oder Lebenspartner nicht vorhanden, vermindert sich der Eigenanteil abweichend von Satz 3 für das erste berücksichtigungsfähige Kind um 25 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	(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 Nummern 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 Kalenderjahres 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.	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 Nummern 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 Kalenderjahres 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**	**§ 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.	Aufwendungen für Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.
Abschnitt 7 **Umfang der Beihilfe**	**Abschnitt 7** **Umfang der Beihilfe**
§ 57	**§ 57**

Bemessung der Beihilfe	Bemessung der Beihilfe
(1) Die Beihilfe wird als prozentualer Anteil der erstattungsfähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz in dem in § 4 Absatz 1 genannten Zeitpunkt. Pauschalen können gezahlt werden, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist.	(1) Die Beihilfe wird als prozentualer Anteil der erstattungsfähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz in dem in § 4 Absatz 1 genannten Zeitpunkt. Pauschalen können gezahlt werden, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist.
(2) Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für 1. Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes 50 Prozent, 2. Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes mit Ausnahme von Waisen 70 Prozent, 3. berücksichtigungsfähige Ehegatten und berücksichtigungsfähige Lebenspartner 70 Prozent, 4. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 80 Prozent.	(2) Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für 1. Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes 50 Prozent, 2. Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes mit Ausnahme von Waisen 70 Prozent, 3. berücksichtigungsfähige Ehegatten und berücksichtigungsfähige Lebenspartner 70 Prozent, 4. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 80 Prozent.
(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten nach Absatz 2 Nummer 1 70 Prozent; er vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn nach dem 31. Dezember 2012 zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent; § 3 Absatz 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn eine vergleichbare Beihilfeberechtigung aufgrund anderer Rechtsvorschriften besteht.	(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten nach Absatz 2 Nummer 1 70 Prozent; er vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn nach dem 31. Dezember 2012 zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent; § 3 Absatz 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn eine vergleichbare Beihilfeberechtigung aufgrund anderer Rechtsvorschriften besteht.
(4) Der Bemessungssatz für Aufwendungen entpflichteter Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 3 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von	(4) Der Bemessungssatz für Aufwendungen entpflichteter Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 3 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von

70 Prozent zustünde. Wäre ein Beihilfeberechtigter nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes bei einem Beihilfeberechtigten ohne Anwendung des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes als Angehöriger berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für seine Aufwendungen als Ehegatte oder Lebenspartner 70 Prozent und als Kind 80 Prozent.	70 Prozent zustünde. Wäre ein Beihilfeberechtigter nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes bei einem Beihilfeberechtigten ohne Anwendung des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes als Angehöriger berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für seine Aufwendungen als Ehegatte oder Lebenspartner 70 Prozent und als Kind 80 Prozent.
(5) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent. Soweit die erstattungsfähigen Aufwendungen die jeweiligen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, sind die Absätze 2 bis 4 und 8 anzuwenden.	(5) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent. Soweit die erstattungsfähigen Aufwendungen die jeweiligen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, sind die Absätze 2 bis 4 und 8 anzuwenden.
(6) Für erstattungsfähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.	(6) Für erstattungsfähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.
(7) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 verbleibender erstattungsfähiger Differenzbetrag zu 100 Prozent erstattet (Differenzkostenbeihilfe). Erstattungsfähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung weder Leistungen noch Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach den Absätzen 2 bis 4 maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.	(7) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 verbleibender erstattungsfähiger Differenzbetrag zu 100 Prozent erstattet (Differenzkostenbeihilfe). Erstattungsfähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung weder Leistungen noch Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach den Absätzen 2 bis 4 maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.
(8) In den Fällen des § 55 Absatz 4 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen	(8) In den Fällen des § 55 Absatz 4 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen

auf 100 Prozent.	auf 100 Prozent.
(9) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach § 48 Absatz 3 und den §§ 48a bis 56 auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. Beschränkt sich die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung in den Fällen des Satzes 1 lediglich auf das Pflegegeld im Sinne von § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung auf die Beihilfe anzurechnen ist.	(9) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach § 48 Absatz 3 und den §§ 48a bis 56 auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. Beschränkt sich die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung in den Fällen des Satzes 1 lediglich auf das Pflegegeld im Sinne von § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung auf die Beihilfe anzurechnen ist.
(10) Für Aufwendungen nach § 36 beträgt der Bemessungssatz 100 Prozent.	(10) Für Aufwendungen nach § 36 beträgt der Bemessungssatz 100 Prozent.
(11) Die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, kann den Bemessungssatz erhöhen, 1. für erstattungsfähige Aufwendungen infolge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen Beschädigung, die sich der Beamte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat, soweit keine Ansprüche auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bestehen und 2. in besonderen Ausnahmefällen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist.	(11) Die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, kann den Bemessungssatz erhöhen, 1. für erstattungsfähige Aufwendungen infolge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen Beschädigung, die sich der Beamte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat, soweit keine Ansprüche auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bestehen und 2. in besonderen Ausnahmefällen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist.
(12) Bei der Berechnung der Beihilfe sind die sich ergebenden Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden. Zwischenrechnungen werden jeweils auf zwei Dezimalstellen durchgeführt.	(12) Bei der Berechnung der Beihilfe sind die sich ergebenden Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden. Zwischenrechnungen werden jeweils auf zwei Dezimalstellen durchgeführt.
§ 58 **Begrenzung der Beihilfe**	**§ 58** **Begrenzung der Beihilfe**

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerenten-versicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, unberücksichtigt.	(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerenten-versicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, unberücksichtigt.
(2) Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Prozentsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Prozentsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.	(2) Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Prozentsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Prozentsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.
§ 59 **Eigenbeteiligungen**	**§ 59** **Eigenbeteiligungen**
(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um eine Eigenbeteiligung je verordnetes Arzneimittel, stoffliches Medizinprodukt und Verbandmittel zu mindern. Diese beträgt 4 Euro bei einem Abgabepreis bis 16 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels oder Produkts, 4,50 Euro bei einem Abgabepreis von 16,01 Euro bis 26 Euro und 5 Euro bei einem Abgabepreis von mehr als 26 Euro. Eine Minderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt nicht bei Aufwendungen für 1. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen, 2. Versorgungsempfänger mit Versorgungsbezügen bis zur Höhe des um 10 Prozent erhöhten Mindestruhegehaltes gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes unter Berücksichtigung des Familienzuschlages der Stufe 1 nach § 55	(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um eine Eigenbeteiligung je verordnetes Arzneimittel, stoffliches Medizinprodukt und Verbandmittel zu mindern. Diese beträgt 4 Euro bei einem Abgabepreis bis 16 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels oder Produkts, 4,50 Euro bei einem Abgabepreis von 16,01 Euro bis 26 Euro und 5 Euro bei einem Abgabepreis von mehr als 26 Euro. Eine Minderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt nicht bei Aufwendungen für 1. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen, 2. Versorgungsempfänger mit Versorgungsbezügen bis zur Höhe des um 10 Prozent erhöhten Mindestruhegehaltes gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes unter Berücksichtigung des Familienzuschlages der Stufe 1 nach § 55

Absatz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes in Verbindung mit § 42 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes, 3. Personen, die Leistungen nach § 55 Absatz 4 erhalten und 4. Schwangere. (2) Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung nach § 20 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b oder Absatz 2 Nummer 3 ist von den beihilfefähigen Aufwendungen eine Eigenbeteiligung von 14,50 Euro je Aufenthaltstag in der stationären Einrichtung abzuziehen. Aufnahme- und Entlassungstag sind insgesamt als ein Tag anzusehen. (3) Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Spendern nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen. Eine Eigenbeteiligung nach Absatz 2 ist bei Spendern nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.	Absatz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes in Verbindung mit § 42 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes, 3. Personen, die Leistungen nach § 55 Absatz 4 erhalten und 4. Schwangere. (2) Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung nach § 20 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b oder Absatz 2 Nummer 3 ist von den beihilfefähigen Aufwendungen eine Eigenbeteiligung von 14,50 Euro je Aufenthaltstag in der stationären Einrichtung abzuziehen. Aufnahme- und Entlassungstag sind insgesamt als ein Tag anzusehen. (3) Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Spendern nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen. Eine Eigenbeteiligung nach Absatz 2 ist bei Spendern nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.
§ 60 **Selbstbehalt** (1) Die festgesetzte Beihilfe ist für jedes Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen entstanden sind, um einen Selbstbehalt von 40 Euro zu kürzen. Der Selbstbehalt entfällt für Aufwendungen 1. des sich in Elternzeit befindenden Beihilfeberechtigten und dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes), 2. bei Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (Abschnitt 4), 3. im Rahmen der Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung (§ 44 Absatz 1), 4. des Spenders (§ 47 Absatz 4) und 5. in Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 6). Auf die Geburtspauschale (§ 44 Absatz 4) ist Satz 1 ebenfalls nicht anzuwenden.	**§ 60** **Selbstbehalt** (1) Die festgesetzte Beihilfe ist für jedes Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen entstanden sind, um einen Selbstbehalt von 40 Euro zu kürzen. Der Selbstbehalt entfällt für Aufwendungen 1. des sich in Elternzeit befindenden Beihilfeberechtigten und dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes), 2. bei Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (Abschnitt 4), 3. im Rahmen der Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung (§ 44 Absatz 1), 4. des Spenders (§ 47 Absatz 4) und 5. in Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 6). Auf die Geburtspauschale (§ 44 Absatz 4) ist Satz 1 ebenfalls nicht anzuwenden.

(2) Der Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 entfällt weiterhin für Beihilfeberechtigte, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und für beihilfeberechtigte Waisen.	(2) Der Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 entfällt weiterhin für Beihilfeberechtigte, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und für beihilfeberechtigte Waisen.
(3) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Absatz 2 genannten Dienstherrn, ist der beim bisherigen Dienstherrn geleistete Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 in voller Höhe zu berücksichtigen.	(3) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Absatz 2 genannten Dienstherrn, ist der beim bisherigen Dienstherrn geleistete Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 in voller Höhe zu berücksichtigen.
§ 61 **Belastungsgrenzen**	**§ 61** **Belastungsgrenzen**
(1) Auf Antrag sind Minderungsbeträge nach § 32 Absatz 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 von den beihilfefähigen Aufwendungen und der Selbstbehalt nach § 60 von der festgesetzten Beihilfe bis zum Ende des Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, wenn die Belastungsgrenze überschritten ist. Dabei sind die Beträge nur insoweit zu berücksichtigen als sie zu einer Minderung des zu erstattenden Betrages führen würden. Die Abzugsbeträge für die Eigenbeteiligungen gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht; die Abzugsbeträge für den Selbstbehalt sind für Aufwendungen des laufenden Kalenderjahres zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent des Gesamtbetrages der Einkünfte des Beihilfeberechtigten im Sinne von § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes.	(1) Auf Antrag sind Minderungsbeträge nach § 32 Absatz 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 von den beihilfefähigen Aufwendungen und der Selbstbehalt nach § 60 von der festgesetzten Beihilfe bis zum Ende des Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, wenn die Belastungsgrenze überschritten ist. Dabei sind die Beträge nur insoweit zu berücksichtigen als sie zu einer Minderung des zu erstattenden Betrages führen würden. Die Abzugsbeträge für die Eigenbeteiligungen gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht; die Abzugsbeträge für den Selbstbehalt sind für Aufwendungen des laufenden Kalenderjahres zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent des Gesamtbetrages der Einkünfte des Beihilfeberechtigten im Sinne von § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes.
(2) Die Belastungsgrenze beträgt 1 Prozent der nach Absatz 1 Satz 4 maßgeblichen Einkünfte, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger schwerwiegend chronisch krank ist. Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal je Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist: 1. es liegt eine Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 3 nach dem Zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor,	(2) Die Belastungsgrenze beträgt 1 Prozent der nach Absatz 1 Satz 4 maßgeblichen Einkünfte, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger schwerwiegend chronisch krank ist. Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal je Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist: 1. es liegt eine Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 3 nach dem Zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor,

2. es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 Prozent vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss, oder 3. es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.	2. es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 Prozent vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss, oder 3. es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.
(3) Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils der Gesamtbetrag der Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags nach Absatz 1 Satz 1. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist bei Antragstellung mit Vorlage einer Kopie des Einkommensteuerbescheids oder anderer geeigneter Unterlagen zu belegen. Steht der Gesamtbetrag der Einkünfte im Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht fest und macht der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass seine Belastungsgrenze im maßgebenden Kalenderjahr bereits überschritten ist, kann ein Abzug der Beträge nach Absatz 1 Satz 1 unterbleiben.	(3) Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils der Gesamtbetrag der Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags nach Absatz 1 Satz 1. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist bei Antragstellung mit Vorlage einer Kopie des Einkommensteuerbescheids oder anderer geeigneter Unterlagen zu belegen. Steht der Gesamtbetrag der Einkünfte im Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht fest und macht der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass seine Belastungsgrenze im maßgebenden Kalenderjahr bereits überschritten ist, kann ein Abzug der Beträge nach Absatz 1 Satz 1 unterbleiben.
(4) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Absatz 2 genannten Dienstherrn, sind die beim bisherigen Dienstherrn in Abzug gebrachten Eigenbeteiligungen und der Selbstbehalt bei der Ermittlung der Belastungsgrenze beim neuen Dienstherrn zu berücksichtigen.	(4) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Absatz 2 genannten Dienstherrn, sind die beim bisherigen Dienstherrn in Abzug gebrachten Eigenbeteiligungen und der Selbstbehalt bei der Ermittlung der Belastungsgrenze beim neuen Dienstherrn zu berücksichtigen.
Abschnitt 8 **Verfahrensvorschriften**	**Abschnitt 8** **Verfahrensvorschriften**

§ 62 Verfahren	§ 62 Verfahren
(1) Die Beihilfe muss vom Beihilfeberechtigten schriftlich oder elektronisch bei der zuständigen Festsetzungsstelle beantragt werden. Hierfür sind im staatlichen Bereich die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formulare nach den Anlagen 8 bis 10 zu verwenden. Zulässig sind auch entsprechende Formulare der elektronischen Datenverarbeitung. Wenn die Festsetzungsstelle es zulässt, können bei einem elektronischen Beihilfeantrag die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann bei elektronischer Beantragung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.	(1) Die Beihilfe muss vom Beihilfeberechtigten schriftlich oder elektronisch bei der zuständigen Festsetzungsstelle beantragt werden. Hierfür sind im staatlichen Bereich die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formulare nach den Anlagen 8 bis 10 zu verwenden. Zulässig sind auch entsprechende Formulare der elektronischen Datenverarbeitung. Wenn die Festsetzungsstelle es zulässt, können bei einem elektronischen Beihilfeantrag die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann bei elektronischer Beantragung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.
(2) Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit in dieser Verordnung hierzu nichts anderes bestimmt ist. Für den Nachweis sind Zweitschriften oder Kopien der Belege ausreichend.	(2) Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit in dieser Verordnung hierzu nichts anderes bestimmt ist. Für den Nachweis sind Zweitschriften oder Kopien der Belege ausreichend.
(3) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten zulässig. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Rabatte aus Arzneimittelverordnungen nach § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das durch Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, benötigt werden, werden diese einbehalten. Die übrigen, in Papierform zugegangenen Belege werden an den Beihilfeberechtigten nach Festsetzung der Beihilfe zurückgesandt. Erstellt die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen, werden die übersandten Belege vernichtet, soweit diese nicht zurückgesandt werden.	(3) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten zulässig. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Rabatte aus Arzneimittelverordnungen nach § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das durch Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, benötigt werden, werden diese einbehalten. Die übrigen, in Papierform zugegangenen Belege werden an den Beihilfeberechtigten nach Festsetzung der Beihilfe zurückgesandt. Erstellt die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen, werden die übersandten Belege vernichtet, soweit diese nicht zurückgesandt werden.
(4) Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im staatlichen Bereich auf das	(4) Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im staatlichen Bereich auf das

Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf das Konto nach Satz 1 gezahlt werden. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in Ausnahmefällen auf Antrag des Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen. Auf Antrag des Beihilfeberechtigten kann die Festsetzungsstelle Abschlagszahlungen leisten.	Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf das Konto nach Satz 1 gezahlt werden. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in Ausnahmefällen auf Antrag des Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen. Auf Antrag des Beihilfeberechtigten kann die Festsetzungsstelle Abschlagszahlungen leisten.
(5) Nimmt der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger notwendige stationäre Leistungen nach den §§ 20, 31 Absatz 2 und 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 oder § 55 im Inland *für eine voraussichtliche oder tatsächliche Dauer von mindestens drei Tagen* in Anspruch, kann der Beihilfeberechtigte den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Ein nach § 60 anfallender Selbstbehalt ist von der Beihilfe des nächsten Beihilfeantrages abzuziehen.	(5) Nimmt der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger notwendige stationäre Leistungen nach den §§ 20, 31 Absatz 2 und 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 oder § 55 im Inland in Anspruch, kann der Beihilfeberechtigte den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Ein nach § 60 anfallender Selbstbehalt ist von der Beihilfe des nächsten Beihilfeantrages abzuziehen.
(6) Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Beihilfeberechtigten die Beihilfe für bei ihnen entstandene Aufwendungen selbst beantragen. Satz 1 gilt entsprechend bei Aufwendungen für Kinder des Antragstellers, sofern diese beim Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das vom Antragsteller angegebene Konto.	(6) Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Beihilfeberechtigten die Beihilfe für bei ihnen entstandene Aufwendungen selbst beantragen. Satz 1 gilt entsprechend bei Aufwendungen für Kinder des Antragstellers, sofern diese beim Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das vom Antragsteller angegebene Konto.
(7) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der beantragten Aufwendungen, über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 und die Zuordnung zu einem Pflegegrad im Sinne von § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu Gutachten oder Stellungnahmen eines Amts- oder Vertrauensarztes oder sonstiger geeigneter Sachverständiger einholen. In Pflegefällen nach Abschnitt 6 sollen der Entscheidung die für die private oder soziale Pflegeversicherung	(7) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der beantragten Aufwendungen, über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 und die Zuordnung zu einem Pflegegrad im Sinne von § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu Gutachten oder Stellungnahmen eines Amts- oder Vertrauensarztes oder sonstiger geeigneter Sachverständiger einholen. In Pflegefällen nach Abschnitt 6 sollen der Entscheidung die für die private oder soziale Pflegeversicherung

erstellten Gutachten zu Grunde gelegt werden. Der Beihilfeberechtigte ist bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen und der Angemessenheit und Notwendigkeit der Aufwendungen zur Mitwirkung verpflichtet, soweit es für ihn zumutbar ist.	erstellten Gutachten zu Grunde gelegt werden. Der Beihilfeberechtigte ist bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen und der Angemessenheit und Notwendigkeit der Aufwendungen zur Mitwirkung verpflichtet, soweit es für ihn zumutbar ist.
(8) Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen an einen Sachverständigen übermittelt werden. Ist eine Mitwirkung des Betroffenen an der Begutachtung nicht erforderlich, sind die personenbezogenen Daten vor der Übermittlung so zu verändern, dass der Sachverständige einen Personenbezug nicht herstellen kann.	(8) Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen an einen Sachverständigen übermittelt werden. Ist eine Mitwirkung des Betroffenen an der Begutachtung nicht erforderlich, sind die personenbezogenen Daten vor der Übermittlung so zu verändern, dass der Sachverständige einen Personenbezug nicht herstellen kann.
(9) Soweit ein Beleg über Aufwendungen im Ausland inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für einen Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen nach billigem Ermessen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der im Wesentlichen erbrachten Leistungen vorlegt. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfegewährung von der Vorlage einer Übersetzung der Belege abhängig machen.	(9) Soweit ein Beleg über Aufwendungen im Ausland inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für einen Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen nach billigem Ermessen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der im Wesentlichen erbrachten Leistungen vorlegt. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfegewährung von der Vorlage einer Übersetzung der Belege abhängig machen.
§ 63 **Antragsfrist**	**§ 63** **Antragsfrist**
Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Bei Pflegeleistungen ist für das Entstehen der Aufwendungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. In den Fällen des § 44 Absatz 4 beginnt die Antragsfrist mit dem Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.	Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Bei Pflegeleistungen ist für das Entstehen der Aufwendungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. In den Fällen des § 44 Absatz 4 beginnt die Antragsfrist mit dem Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.
§ 64	**§ 64**

Verwaltungsvorschriften Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.	**Verwaltungsvorschriften** Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.
Abschnitt 9 **Übergangsvorschriften**	**Abschnitt 9** **Übergangsvorschriften**
§ 65 **Übergangsvorschriften**	**§ 65** **Übergangsvorschriften**
(1) Für Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bis dahin maßgebenden Beihilfevorschriften anzuwenden.	Für Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bis dahin maßgebenden Beihilfevorschriften anzuwenden.
(2) Bei schwerwiegend chronisch Kranken, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung von Eigenbeteiligungen befreit waren und die sich wegen dieser Krankheit weiterhin in Behandlung befinden, sind abweichend von § 61 bis zum 31. Dezember 2015 keine Eigenbeteiligungen nach § 59 und kein Selbstbehalt nach § 60 abzuziehen.	
§ 66 **Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes**	**§ 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.	(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 §	(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 Höchstbeträge, 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.	49 Absatz 1 bis 3 und 6, §§ 50 und 53 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genannten Höchstbeträge, 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.	(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 Auf-wendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2.	(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 Auf-wendungen 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.	(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	(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.	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.	(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.	(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.