Referentenentwurf

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

Vom ...

Auf Grund des § 80 Absatz 8 des Sächsischen Beamtengesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) geändert worden ist, verordnet das Staatsministerium der Finanzen im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern:

Artikel 1

Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Die Sächsische Beihilfeverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. August 2016 (SächsGVBl. S. 383, 609), die durch die Verordnung vom 6. Oktober 2017 (SächsGVBl. S. 554) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach der Angabe zu § 7 wird folgende Angabe eingefügt:

   „§ 7a Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland“.

   b) Die Angabe zu den §§ 16 bis 19 wird wie folgt gefasst:

   „§ 16 Psychotherapeutische Leistungen

   § 16a Psychotherapeutische Akutbehandlung

   § 16b Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

   § 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren

   § 18 Verhaltenstherapie

   § 19 Psychosomatische Grundversorgung“.

   c) Die Angabe zu § 40 wird wie folgt gefasst:

   „§ 40 Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen“.

   d) Die Angabe zu § 41 wird wie folgt gefasst:

   „§ 41 Früherkennungsuntersuchungen“.

   e) In der Angabe zu Anlage 3 werden im Klammerzusatz die Wörter „und 5“ gestrichen.

   f) Nach der Angabe zu Anlage 5 wird folgende Angabe eingefügt:

   „Anlage 5a (zu § 41 Absatz 5) Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko“.

2. In § 1 Absatz 2 werden nach der Angabe „(SächsGVBl. S. 970, 971)“ die Wörter „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,“ eingefügt.

3. In § 2 wird Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächGVBl. S. 348)“ durch die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430)“ ersetzt und die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächsGVBl. S. 348)“ werden durch die Wörter „Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430)“ ersetzt.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

      „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.“

   b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

      „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.“

   c) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

      „Für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit gilt § 7a.“

5. § 7 Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

6. Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

„§ 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.“

7. Abschnitt 2 Unterabschnitt 3 wird wie folgt gefasst:

„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 bis 18 in Kombination sind nicht beihilfefähig.

§ 16a

Psychotherapeutische Akutbehandlung

(5) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind für höchstens 24 Sitzungen beihilfefähig, wenn

1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Einzelsitzung festgestellt wird,

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 Sitzungen noch nicht abgeschlossen, können bis zu dessen Abschluss weitere psychotherapeutische Akutbehandlungen durchgeführt werden. Im Fall der Anerkennung einer Behandlung nach den §§ 17 oder 18 durch die Festsetzungsstelle werden die durchgeführten 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.

§ 16b

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 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 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 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,

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

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

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**

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,

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
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

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

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 genann-

ten 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.

(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.

§ 18

Verhaltenstherapie

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

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
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 Fest-setzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 16b Ab-satz 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 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 Ausbildungs-institut 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.

(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.“

8. § 20 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Bundespflegesatzverordnung“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

   b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

      „im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärzte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und“.

   c) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

9. § 26 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 wird nach dem Wort „Sprachtherapie“ das Wort „und“ gestrichen und nach dem Wort „Ergotherapie“ werden die Wörter „und der Ernährungstherapie“ eingefügt.

   b) In Absatz 2 werden die Wörter „der Absätze 3 bis 5“ durch die Wörter „der Absätze 3 bis 4“ ersetzt.

   c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „bis zu maximal 25 Sitzungen je Krankheitsfall und nur“ durch die Wörter „nach Nummer 16 der Anlage 3“ ersetzt.

      bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

         „1. damit Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat behandelt werden,“.

   d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

      „(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 all-gemeiner Dekonditionierung.“

e) Absatz 5 wird aufgehoben.

10. In § 30 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Änderungstarifvertrag vom 17. Februar 2017 (MBl. SMF S. 74)“ durch die Wörter „Änderungstarifvertrag vom 7. November 2017 (MBl. SMF S. 59)“ ersetzt.

11. § 31 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(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.“

12. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nummer 7 werden die Wörter „§ 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)“ durch die Wörter „§ 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)“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe a werden nach dem Wort „Verlängerung“ ein Komma und die Wörter „begrenzt auf höchstens 14 Tage,“ eingefügt.

bb) In Buchstabe b Doppelbuchstabe aa werden nach dem Wort „Verlängerung“ ein Komma und die Wörter „begrenzt auf höchstens 14 Tage,“ eingefügt.

c) Absatz 4 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„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.“

13. In § 38 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c werden nach dem Wort „Wirbelsäulenverletzungen“ die Wörter „mit muskulärem Defizit und Fehlstatik“ eingefügt und nach dem Wort „Behandlung“ werden die Wörter „mit muskulärem Defizit und Fehlstatik“ gestrichen.

14. In § 39 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „20 Euro“ durch die Angabe „40 Euro“ ersetzt und die Angabe „15 Euro“ durch die Angabe „30 Euro“ ersetzt.

15. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 40

Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen“.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(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.“

16. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 41

Früherkennungsuntersuchungen“.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(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.“

c) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

17. Dem § 43 wird folgender Absatz angefügt:

„(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.“

18. § 45 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 7 werden nach dem Wort „vorliegen“ die Wörter „; § 5 Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt“ eingefügt.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(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.“

19. In § 46 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „17. August 2017 (BGBl. I S. 3202)“ durch die Wörter „30. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3618)“ ersetzt.

20. In § 48 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „– 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,“ gestrichen.

21. In § 49b Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581)“ durch die Wörter „Artikel 3 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1147)“ ersetzt.

22. § 56 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „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.“

23. In § 62 Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Inland“ die Wörter „für eine voraussichtliche oder tatsächliche Dauer von mindestens drei Tagen“ gestrichen.

24. § 65 Absatz 2 wird aufgehoben

25. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

    a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

        aa) Großbuchstabe C wird wie folgt geändert:

            aaa) Buchstabe a wird aufgehoben.

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

        bb) In Großbuchstabe L wird Buchstabe b aufgehoben.

        cc) Großbuchstabe N wird wie folgt geändert:

            aaa) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

                „b) Neurostimulation nach Molsberger“.

            bbb) Die Buchstaben b und c werden die Buchstaben c und d.

        dd) Großbuchstabe T wird wie folgt geändert:

            aaa) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

                „c) Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)“.

            bbb) Buchstabe c wird Buchstabe d.

    b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

        aa) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

„a) Celattherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Aufwendungen für alternative Schwermetallausleitungen sind nicht beihilfefähig.“

bb) Die Buchstaben a bis i werden die Buchstaben b bis k.

cc) Im neuen Buchstabe c Doppelbuchstabe bb werden in der vorangestellten Überschrift nach dem Wort „orthopädischen“ das Komma und das Wort „chirurgischen“ gestrichen.

dd) Im neuen Buchstabe d werden die Wörter „oder bei“ durch ein Komma und die Wörter „diabetischem Fußsyndrom ab Wagner Stadium II oder Tinnitusleiden, die“ ersetzt und das Wort „Tinnitusleiden“ wird durch das Wort „sind“ ersetzt.

ee) Im neuen Buchstaben k wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 3 beihilfefähig.“

26. Anlage 3 und 4 erhalten die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

27. Anlage 5 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 Buchstabe a wird die Angabe „5 900“ durch die Angabe „3 500“ ersetzt.

b) In Nummer 2 Buchstabe b wird die Angabe „360“ durch die Angabe „250“ ersetzt.

c) In Nummer 3 werden die Wörter „strukturierte Früherkennungsprogramm“ durch die Wörter „intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm“ ersetzt.

28. Nach Anlage 5 wird Anlage 5a in der aus dem Anhang dieser Verordnung ersichtlichen Fassung eingefügt.

29. Anlage 6 erhält die aus dem Anhang ersichtliche Fassung.

30. Anlage 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 13 wird ein Zeilenumbruch und folgende Nummer 14 eingefügt:

„14.	**Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung** Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen, erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“

b) Die bisherige Nummer 14 wird Nummer 15 und wie folgt geändert:

aa) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Erklärungen“.

bb) Nach der Überschrift wird ein Zeilenumbruch und folgender Absatz eingefügt:

„Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht.“

31. Anlage 9 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift mit dem Wortlaut „Erklärung“ wird ein Zeilenumbruch und folgender Absatz vorangestellt:

„Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen, erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutz-beauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“

b) Die Überschrift mit dem Wortlaut „Erklärung“ wird durch den Wortlaut „Erklärungen“ ersetzt und nach der Überschrift wird ein Zeilenumbruch und folgender Absatz eingefügt:

„Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht.“

32. In Anlage 10 wird in Nummer 3 unter der Angabe „**o** Anschubfinanzierung zur Gründung einer Wohngruppe“ die Angabe „**o** Pflegeunterstützungsgeld“ eingefügt.

Artikel 2

Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 mit Wirkung vom 1. Februar 2019 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 22 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Dresden, den

Der Staatsminister der Finanzen

Dr. Matthias Haß

Anhang zu Artikel 1 Nummer 26

Anlage 3

(zu § 26 Absatz 2)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Bereich Inhalation	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	 8,80 4,80 7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	 14,90 18,20
	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmer	8,20

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmer	14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	46,20
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
	Bereich Massagen	
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	12,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
	Bereich Palliativversorgung	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20
	bb) Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	a) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig. Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.	
	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung	
39	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90
	Bereich Elektrotherapie	
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
	Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
47	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) Richtwert: 45 Minuten	59,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	68,90
	d) Richtwert: 90 Minuten	103,40
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
	Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
51	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung Richtwert: 30 Minuten	46,20
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
	Bereich Podologie	
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80

Nr.	**Leistung**	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
	Bereich Ernährungstherapie	
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00
	Bereich Sonstiges	
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Anlage 4
(zu § 39 Absatz 2 und 5)

Kurorteverzeichnis
Teil A
Inland

1. Verzeichnis

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
A			
Aachen	52066 Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062 Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433 Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Abbach	93077 Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419 Ahlbeck	G	Ostseeheilbad
Ahrenshoop	18347 Ostseebad Ahrenshoop	G	Seebad
Aibling	83043 Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680 Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707 Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Andernach	56626 Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454 Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326 Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B			
Baden-Baden	76530 Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410 Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270 Baiersbronn	Schönmünzach-Schwarzenberg, Obertal	Kneippkurort, Heilklimatischer Kurort
Baltrum	26579 Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429 Bansin	G	Ostseeheilbad
Bayersoien	82435 Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410 Bayreuth	B - Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735 Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624 Bederkesa	G	Ort mit Moorkurbetrieb
Bellingen	79415 Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806 Bad Belzig	Bad Belzig	Heilbad
Bentheim	48455 Bad Bentheim	Bad Bentheim	Mineralheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Berchtesgaden	83471 Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887 Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438 Bad Berka	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Berleburg	57319 Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460 Bad Berneck im Fichtelgebirge	Bad Berneck im Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470 Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864 Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660 Beuren	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Bevensen	29549 Bad Bevensen	Bad Bevensen	Jod-und Soleheilbad
Biberach	88400 Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Binz	18609 Ostseebad Binz auf Rügen	G	Seebad
Birnbach	84364 Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493 Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483 Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889 Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440 Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708 Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249 Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389 Bad Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087 Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Boltenhagen	23944 Ostseebad Boltenhagen	G	Ostseeheilbad
Boppard	56154 Boppard	a) Boppard	Kneippheilbad
		b) Bad Salzig	Heilbad
Borkum	26757 Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648 Bad Brambach	Bad Brambach	Mineralheilbad
Bramstedt	24576 Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Moorheilbad
Breisig	53498 Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929 Brilon	Brilon	Kneippheilbad
Brückenau	97769 Bad Brückenau	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeit-	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
		lofs	
Buchau	88422 Bad Buchau	Bad Buchau	Moor- und Mineralheilbad
Buckow	15377 Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257 Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761 Büsum	Büsum	Nordseeheilbad
Burg	03096 Burg im Spreewald	Burg	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Burgbrohl	56659 Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769 Burg/Fehmarn	Burg	Ostseeheilbad
C			
Camberg	65520 Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663 Bad Colberg-Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Cuxhaven	27478 Cuxhaven	Duhnen, Döse, Grimmershörn	Nordseeheilbad
D			
Dahme	23747 Dahme	Dahme	Ostseeheilbad
Damp	24351 Damp	Damp 2000	Ostseeheilbad
Daun	54550 Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760 Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582 Diez	Diez	Heilbad
Ditzenbach	73342 Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335 Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209 Bad Doberan	Bad Doberan Heiligendamm	Moorheilbad Ostseeheilbad
Driburg	33014 Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849 Bad Düben	Bad Düben	Moorheilbad
Dürkheim	67098 Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073 Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	Soleheilbad und Heilklimatischer Kurort
E			
Ehlscheid	56581 Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707 Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Elster	04645 Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Ems	56130 Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308 Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080 Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093 Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597 Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422 Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152 Bad Essen	Bad Essen	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Eutin	23701 Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F			
Feilnbach	83075 Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Feldberg	17258 Feldberger Seenlandschaft	Feldberg	Kneippkurort
Finsterberg	99898 Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538 Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567 Bad Frankenhausen	G	Soleheilbad
Freiburg	79098 Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Freienwalde	16259 Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250 Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichroda	99894 Friedrichroda	Friedrichroda, Finsterbergen	Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718 Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629 Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	94072 Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten,	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
		Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	
G			
Gaggenau	76571 Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Gandersheim	37581 Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Soleheilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467 Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395 Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129 Gersfeld	K	Heilklimatischer Kurort
Glücksburg	24960 Glücksburg	Glücksburg	Ostseeheilbad
Göhren	18586 Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644 Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba-Berggießhübel	01816/ 01819 Bad Gottleuba-Berggießhübel	a) Bad Gottleuba b) Berggießhübel	Moorheilbad Kneippkurort
Graal-Müritz	18181 Graal-Müritz	G	Ostseeheilbad
Grasellenbach	64689 Grasellenbach	K	Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086 Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal, Weghof	Heilbad
Grömitz	23743 Grömitz	Grömitz	Ostseeheilbad
Grönenbach	87728 Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775 Großenbrode	G	Ostseeheilbad
Grund	37539 Bad Grund	Bad Grund	Ort mit Heilstollenkurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
H			
Haffkrug-	23683 Haffkrug-	Haffkrug	Ostseeheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Scharbeutz	Scharbeutz		
Haigerloch	72401 Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Harzburg	38667 Bad Harzburg	K	Soleheilbad
Heilbrunn	83670 Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774 Heiligenhafen	Heiligenhafen	Ostseeheilbad
Heiligenstadt	37308 Heilbad Heiligenstadt	G	Heilbad
Helgoland	27498 Helgoland	G	Nordseeheilbad
Herbstein	36358 Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17442 Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und Soleheilbad
Herrenalb	76332 Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251 Bad Hersfeld	K	Heilbad
Hille	32479 Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet
Hindelang	87541 Bad Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856 Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Hitzacker	29456 Hitzacker	Hitzacker	Kneippkurort
Höchenschwand	79862 Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557 Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671 Höxter	Bruchhausen	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Hohwacht	24321 Hohwacht	G	Ostseeheilbad
Homburg	61348 Bad Homburg	K	Heilbad
Horn	32805 Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
I			
Iburg	49186 Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippkurort
Isny	88316 Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J			
Juist	26571 Juist	G	Nordseeheilbad
K			
Karlshafen	34385 Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117 Kassel	Bad Wilhelmshöhe	Heilbad und Kneippheilbad
Kellenhusen	23746 Kellenhusen	Kellenhusen	Ostseeheilbad
Kissingen	97688 Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639 Bad Klosterlausnitz	G	Heilbad
König	64732 Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126 Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631 Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462 Königstein	K und Falkenstein	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628 Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	91444 Bad Kötzting	Stadtteil Kötzting	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433 Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708 Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543 Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189 Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381 Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
Kühlungsborn	18225 Ostseebad Kühlungsborn	G	Seebad
L			
Laasphe	57334 Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196 Bad Laer	G	Soleheilbad
Langensalza	99947 Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465 Langeoog	G	Nordseeheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Lausick	04651 Bad Lausick	Bad Lausick	Heilbad
Lauterberg	37431 Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853 Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448 Bad Liebenstein	G	Heilbad
Liebenwerda	04924 Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378 Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678 Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175 Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556 Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356 Bad Lobenstein	G	Moorheilbad
Ludwigsburg	71638 Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
M			
Malente	23714 Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531 Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470 Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487 Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666 Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980 Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mettlach	66693 Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
Mölln	23879 Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116 Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Münder	32848 Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Münster/Stein	55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902 Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Muskau	02953 Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N			
Nauheim	61231 Bad Nauheim	K	Heilbad und Kneippkurort
Naumburg	34309 Naumburg	K	Kneippheilbad
Nenndorf	31542 Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Moorheilbad und Mineralheilbad
Neualbenreuth	95698 Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth/ Sibyllenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Neubulach	75386 Neubulach	Neubulach	Heilstollenkurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427 Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626 Neukirchen	K	Kneippheilbad
Neustadt/D	93333 Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/Harz	99762 Neustadt/Harz	G	Heilklimatischer Kurort
Neustadt/S	97616 Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667 Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620 Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946 Norddorf/ Amrum	Norddorf	Norsseeheilbad
Norden	26506 Norden	Norddeich/Westermarsch II)	Nordseeheilbad
Norderney	26548 Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845 Nordstrand	G	Nordseeheilbad
Nümbrecht	51588 Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O			
Oberstaufen	87534 Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561 Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Oeynhausen	32545 Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939 Olsberg	Olsberg	Kneippheilbad
Orb	63619 Bad Orb	K	Heilbad
Ottobeuren	87724 Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466 Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P			
Pellworm	25847 Pellworm	Pellworm	Nordseeheilbad
Petershagen	32469 Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740 Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Prerow	18375 Ostseebad Prerow	G	Seebad
Preußisch Oldendorf	32361 Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209 Prien a. Chiemsee	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinde Wildenwart und den Gemeindeteil Vachendorf	Kneippkurort
Pyrmont	31812 Bad Pyrmont	K	Moor- und Mineralheilbad
R			
Radolfzell	78315 Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486 Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906 Bad Rappenau	Bad Rappenau	Soleheilbad
Reichshof	51580 Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579 Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776 Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476 Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214 Bad Rothenfelde	G	Soleheilbad
Rottach-Egern	83700 Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S			
Saalfeld/Saale	97318 Saalfeld/Saale	G, ausgenommen Orststeil Arnsgereuth	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Saarow	15526 Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Sachsa	37441 Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713 Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162 Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Sole- und Moorheilbad
Salzgitter	38259 Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Solekurbetrieb
Salzschlirf	36364 Bad Salzschlirf	K	Heilbad
Salzuflen	32105 Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Kneippkurort
Salzungen	36433 Bad Salzungen	Bad Salzungen, Dorf Allendorf	Soleheilbad
Sasbachwalden	77887 Sasbachwalden	G	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Sassendorf	59505 Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348 Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814 Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683 Scharbeutz	Scharbeutz	Ostseeheilbad
Scheidegg	88175 Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816 Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388 Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937 Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301 Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859 Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392 Schmallenberg	a) Fredeburg	Kneippheilbad, Ort mit Heilstollenkurbetrieb
		b) Grafschaft	Heilklimatischer Kurort
		c) Nordenau	Ort mit Heilstollenkurbtrieb
Schmiedeberg	06905 Bad Schmiede-berg	G	Heilbad
Schömberg	75328 Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471 Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217 Schönberg	Holm	Ostseeheilbad
Schönborn	76669 Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim	Heilbad
		b) Langenbrücken	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624 Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141 Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Schussenried	88427 Bad Schussen-ried	Bad Schussenried	Moorheilbad
Schwalbach	65307 Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645 Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611 Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795 Bad Segeberg	G	Heilbad
Sellin	18586 Ostseebad Sellin	G	Seebad
Siegsdorf	83313 Siegsdorf	B - Adelholzener Primusquelle	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Sobernheim	55566 Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Heilbad
Soden am Taunus	65812 Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628 Bad Soden-Salmünster	K	Heilbad
Soltau	29614 Soltau	Soltau	Ort mit Solekurbetrieb
Sooden-Allendorf	37242 Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474 Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837 St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826 St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Nordseeheilbad und Schwefelbad
Staffelstein	96226 Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138 Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714 Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173 Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Suderode	06507 Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334 Bad Sülze	G	Peloidkurbetrieb
Sulza	99518 Bad Sulza	G	Soleheilbad
T			
Tabarz	99891 Bad Tabarz	G	Kneippheilbad
Tecklenburg	49545 Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684 Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385 Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268 Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955 Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thiessow	18586 Ostseebad	G	Seebad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
	Thiessow		
Thyrnau	94136 Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669 Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Ostseeheilbad
Titisee-Neustadt	79822 Titisee-Neustadt	Titisee	Heilklimatischer Kurort
Todtmoos	79682 Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646 Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort
		b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841 Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570 Travemünde	Travemünde	Ostseeheilbad
Treuchtlingen	91757 Treuchtlingen	B - Altmühltherme, Lambertusbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Triberg	78098 Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U			
Überkingen	73337 Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662 Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574 Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V			
Vallendar	56179 Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Vilbel	61118 Bad Vilbel	K	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Villingen-Schwenningen	78050 Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602 Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W			
Waldbronn	76337 Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Waldsee	88399 Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	Moorheilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434 Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486 Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Waren (Müritz)	17192 Waren (Müritz)	G	Heilbad
Warnemünde	81119 Hansestadt Rostock	G	Seebad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Weiskirchen	66709 Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996 Wenningstedt/ Sylt	Wenningstedt	Nordseeheilbad
Westerland	25980 Westerland	Westerland	Nordseeheilbad
Wiesbaden	65189 Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488 Thermalbad Wiesenbad	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Wiessee	83707 Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323 Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537 Bad Wildungen	K und Reinhardshausen	Heilbad
Willingen	34508 Willingen (Upland)	a) K	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
		b) Usseln	Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336 Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206 Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	Soleheilbad
Windsheim	91438 Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955 Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946 Wittdün/Amrum	Wittdün	Nordseeheilbad
Wörishofen	86825 Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammen-ried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364 Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429 Wolkenstein	Warmbad	Heilbad
Wünnenberg	33181 Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410 Bad Wurzach	Bad Wurzach	Moorheilbad
Wustrow	18347 Ostseebad Wustrow	G	Seebad
Wyk a. F.	25938 Wyk a. F.	Wyk	Nordseeheilbad
Z			
Zingst	18374 Ostseebad Zingst	G	Ostseeheilbad
Zwesten	34596 Bad Zwesten	K	Ort mit Heilquellenkurbetrieb

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Zwischenahn	26160 Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Moorheilbad

* B = Einzelkurbetrieb
G = gesamtes Gemeindegebiet
K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Kurorte (Ortsteile),
die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Kurort ohne Zusatz „Bad“	**aufgeführt bei**
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Allendorf	Salzungen
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Angering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Berg	Stuttgart
Berggießhübel	Gottleuba
Bernwies	Heilbrunn
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Döse	Cuxhafen
Dürnöd	Füssing
Duhnen	Cuxhafen
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenau
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Egglfing a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Finsterbergen	Friedrichroda
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Graben	Heilbrunn
Grafschaft	Schmallenberg
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Grimmershörn	Cuxhafen
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kornhoven	Grönenbach
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krippen	Schandau
Krumbad	Krumbach
Krummsee	Malente
Kueser Plateau	Bernkastel-Kues
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
L	
Lambertusbad	Treuchtlingen
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunnn
M	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Markt Zeitlofs	Brückenau
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Norddeich	Norden
Nordenau	Schmallenberg
O	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Orscholz	Mettlach
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reinhardshausen	Wildungen
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzburg	Neustadt a. d. Saale
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schönmünzach	Baiersbronn
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sibyllenbad	Neualbenreuth
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Warmbad	Wolkenstein
Warmeleithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiherweber	Heilbrunn
Westermarsch II	Norden
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenau
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

Teil B
Ausland

1. Europäische Union

Land	Ort
Bulgarien	Seebad Goldstrand
Frankreich	Aix-les-Bains
	Amélie-les-Bains
	Cambo-les-Bains
	Dax
	La Roche-Posay
Italien	Abano Therme
	Galzignano
	Ischia
	Meran
	Montegrotto
	Montepulciano
Kroatien	Cres
Lettland	Jūrmala
Litauen	Druskininkai

Österreich	Bad Gastein
	Bad Hall in Tirol
	Bad Hofgastein
	Bad Ischl
	Bad Schönau
	Bad Traunstein
	Bad Waltersdorf
	Gröbming-Mitterberg
	Oberlaa
Polen	Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj
	Kolberg / Kolobrzeg
	Swinemünde Ortsteil Usedom
	Ustroń
	Ustronie Morskie
Rumänien	Bad Felix / Baile Felix
Slowakei	Bojnice / Weinitz
	Dudince
	Piestany
	Turcianske Teplice
Slowenien	Moravske Toplice (Therme 3000)
Spanien	Archena (Murcia)
Tschechien	Bad Belohrad / Lazne Belohrad
	Bad Joachimsthal / Jachymov
	Bad Luhatschowitz / Luhacovice
	Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach
	Franzensbad / Frantiskovy Lazne
	Freiwaldau / Lazne Jesenik
	Johannisbad / Janske Lazne
	Karlsbad / Karlovy Vary
	Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne
	Marienbad / Marianske Lazne
Ungarn	Bad Heviz
	Bad Zalakaros
	Bük

Hajduszoboszlo
Komarom
Sarvar

2. Außerhalb der Europäischen Union

Region	Land	Ort
Totes Meer	Israel	En Bokek (Ein Boqeq) Sedom
	Jordanien	Sweimeh (Salt Land Village)

Anhang zu Artikel 1 Nummer 28

Anlage 5a

(zu § 41 Absatz 5)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Die Maßnahmen nach § 41 Absatz 5 können von gesunden und erkrankten Ratsuchenden direkt in Anspruch genommen werden, wenn zuvor das Vorliegen der Einschlusskriterien (Zugrundelegung der Revidierten Bethasda-Kriterien) geklärt wurde. Die entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik und Gendiagnostik sind in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig:

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Einmalige Pauschale in Höhe von 600 Euro je Familie. Diese umfasst die die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einer Person der Familie (einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung). Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom bekannt ist, sind in Höhe von 300 Euro beihilfefähig. Die Kosten werden dem Ratsuchenden zugeordnet.

2. Tumorgewebsdiagnostik

Pauschale in Höhe von 500 Euro. Diese umfasst die immunhistochemische Untersuchung an Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe (zur Zeit BRAF-Mutation V600E und/oder Methylierung des MLH1-Promotors). Ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig.

3. Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

a) Einmalige Pauschale in Höhe von 3 500 Euro für einen an Darmkrebs Erkrankten (Indexfall).

b) Einmalige Pauschale in Höhe von 350 Euro, wenn es sich bei dem Ratsuchenden um eine gesunde Person handelt und diese nur auf eine in der Familie bekannte Genmutation prädiktiv oder diagnostisch getestet wird.

Aufwendungen für eine Genanalyse nach Nummer 3 Buchstabe a bei einem Indexfall sind beihilfefähig, wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen. Die Genanalyse nach Nummer 3 Buchstabe a wird bei den Indexfällen durchgeführt. Im Fall eines gesunden Ratsuchenden wird der an Darmkrebs erkrankte Verwandte untersucht, wenn nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung erfolgt ist. Bei dieser Genanalyse handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest zur Feststellung weitergehender Therapieansätze bei der erkrankten Person, dessen Kosten diesem zugerechnet werden. Wenn aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits

erkrankte Person abgeleitet werden können oder wenn sie eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, wird die Genanalyse als sogenannter prädikativer Gentest der gesunden Person zugeordnet. Das Vorliegen einer solchen Voraussetzung ist durch schriftliche ärztliche Stellungnahme oder durch schriftliche Dokumentation der Ablehnung nachzuweisen.

4. Früherkennungsmaßnahmen

Aufwendungen für die Krebsfrüherkennung aufgrund der individuellen Empfehlungen, die im Ergebnis der Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko ausgesprochen wurden, sind beihilfefähig.

Anhang zu Artikel 1 Nummer 29

Anlage 6
(zu § 44 Absatz 2)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	Teil A **Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung**	
1	Beratung der Schwangeren, auch mit Kommunikationsmedium *Die Leistung nach Nummer 1 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölf Mal als individuelle persönliche Beratung beihilfefähig. Terminvereinbarungen und Serienberatungen (zum Beispiel Informationen/Newsletter als allgemeine und nicht persönliche Hinweise) sind nicht beihilfefähig.* *Die Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den Nummern 2 bis 5 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.* *Die Leistung nach Nummer 1 ist an demselben Tag nur dann mehr als einmal beihilfefähig, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in diesem Fall in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.*	14,40
2	Individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft *Die Leistung nach Nummer 2 ist bei jeder Schwangeren als Pauschale nur einmal beihilfefähig.* *Die Leistung nach Nummer 2 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 2.4, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich. Bei vorliegender Notwendigkeit ist im zeitlichen Zusammenhang neben der Leistung nach Nummer 2 die Leistung nach Nummer 5 beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn neben der Leistung nach Nummer 2 im zeitlichen Zusammenhang die Leistung nach Nummer 2.3 abgerechnet wird.*	57,64
2.3	Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und	80,28

	Geburt *Die Leistung nach Nummer 2.3 ist bei jeder Schwangeren als Pauschale einmal beihilfefähig* *Die Leistung nach Nummer 2.3 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 2.4, 5, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.*	
2.4	Spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort *Die Leistung nach Nummer 2.4 ist bei jeder Schwangeren, die die Absicht hat, im häuslichen Umfeld, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung oder mit einer Begleit-Beleghebamme in einem Krankenhaus zu gebären, als Pauschale einmal beihilfefähig, sofern dieses Aufklärungsgespräch für den gewählten Geburtsort vor der 38. SSW stattfand.* *Die Absicht der Schwangeren, im häuslichen Umfeld, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung oder mit einer Begleit-Beleghebamme in einem Krankenhaus zu gebären, ist zu dokumentieren.* *Die Leistung nach Nummer 2.4 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 2, 2.3, 5, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.*	80,28
3	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren *Die Leistung nach Nummer 3 ist beihilfefähig* *a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,* *b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt,* *c) wenn die Schwangere wegen eines pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.* *Die Vorsorgeuntersuchung ist im Mutterpass nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), die zuletzt am 21. April 2016 (BAnz. AT 19. Juli 2016 B5) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung zu dokumentieren.* *Die Leistung nach Nummer 3 ist hinsichtlich der Zeitintervalle (in der Regel alle vier beziehungsweise zwei Wochen) und Leistungsinhalte entsprechend der Mutterschafts-Richtlinien nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungser-*	55,66

	bringer durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert wurde.	
4	GDM Screening *Die Leistung nach Nummer 4 ist ausschließlich als sogenannter Vortest und nur einmal beihilfefähig und beinhaltet auch die Entnahme von Körpermaterial.* *Die Leistung nach Nummer 4 ist nur beihilfefähig, soweit sie im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung nach Nummer 3 und nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert wurde.*	14,17
5	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten *Nicht beihilfefähig sind Leistungen ohne persönliche Hilfestellung bei der Schwangeren.* *Dauert die Leistung nach Nummer 5 länger als 3 Stunden, so ist die Notwendigkeit der über 3 Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.*	37,26
5.1	Nummer 5 mit allgemeinem Zuschlag *Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.*	44,69
6	CTG - Cardiotokografische Überwachung *Die Leistung nach Nummer 6 ist je Tag höchstens zwei Mal beihilfefähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.*	15,93
7	Geburtsvorbereitung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	14,33
8	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung höchstens 28 Unterrichtseinheiten zu 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit *Die Leistung nach Nummer 8 ist nur bei nachfolgenden Indikationen/Sachverhalten auf ärztliche Anordnung beihilfefähig:* *- schwere Behinderung der Frau* *- vorzeitige Wehen, Frühgeburtsbestrebungen, infauste Prognose, zu erwartende Totgeburt* *- Grunderkrankung, Bettlägerigkeit, stationärer Aufenthalt* *Die Leistung nach Nummer 8 ist neben der Leistung nach Nummer 8.3 nicht beihilfefähig.*	18,59

8.3	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung, ohne ärztliche Anordnung höchstens 28 Unterrichtseinheiten zu 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit *Die Leistung nach Nummer 8.3 ist nur bei nachfolgender Indikation/Sachverhalt ohne ärztliche Anordnung beihilfefähig:* *- Schwangere beabsichtigt, ihr Kind in Adoptionspflege zu geben* *Die Leistung nach Nummer 8.3 ist neben der Leistung nach Nummer 8 nicht beihilfefähig.*	18,59
	Teil B **Leistungen zur Geburtshilfe**	
	(1) Die Leistungen nach den Nummern 9.1, 9.3 und 13.3 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu einer Stunde vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Gesondert beihilfefähig sind gegebenenfalls Leistungen nach den Nummern 14, 15, 24 und 25. *(2) Die Leistungen nach den Nummern 10 bis 13.1 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu 8 Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Gesondert beihilfefähig sind gegebenenfalls Leistungen nach den Nummern 14, 15, 24 und 25. Eine abgebrochene außerklinische Geburt nach der Nummer 16 und eine Beleggeburt nach der Nummer 9 sind nebeneinander beihilfefähig, wenn die Hebamme, die die Geburt außerklinisch betreut hat, diese in der Klinik als Beleggeburt beendet.* *(3) Eine nicht vollendete außerklinische Geburt ist nach Nummer 16 nur beihilfefähig, wenn die Befundung bei Geburtsbeginn ergeben hat, dass die Geburt am geplanten Ort begonnen werden kann.* *(4) Eine nicht vollendete außerklinische Geburt nach Nummer 16 und eine Begleit-Beleggeburt nach Nummer 9.3 sind im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang nebeneinander beihilfefähig, wenn die Hebamme, die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische physiologische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände in die Klinik überweist und als Begleit-Beleggeburt beendet.* *(5) Die Leistungen nach Nummer 16 sind bei Dienst-Beleghebammen nicht neben Leistungen nach den Nummern 9.1, 9.3 und 13.1 bis 13.5 beihilfefähig.* *(6) Die jeweiligen Leistungen für Hebammen sind auch dann beihilfefähig, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.* *(7) Die Leistungen nach den Nummern 9.1, 9.3 und 13.1 bis 13.5 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Geburt oder Fehlgeburt*	

	ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde. *(8) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt der Geburt oder der Fehlgeburt, im Falle der Nummer 16 der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung und im Falle der Nummer 17 bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.*	
9.1	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus als Dienst-Beleghebamme	298,08
9.2	Nummer 9.1 mit allgemeinem Zuschlag	357,55
9.3	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus als Begleit-Beleghebamme	352,08
9.4	Nummer 9.3 mit allgemeinem Zuschlag	422,50
10	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	589,55
10.1	Nummer 10 mit allgemeinem Zuschlag	707,49
11	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	947,48
11.1	Nummer 11 mit allgemeinem Zuschlag	1 179,09
12	Hilfe bei einer Geburt im häuslichen Umfeld	1 149,75
12.1	Nummer 12 mit allgemeinem Zuschlag	1 421,80
13.1	Hilfe bei einer Fehlgeburt als ambulante hebammenhilfliche Leistung	396,59
13.2	Nummer 13.1 mit allgemeinem Zuschlag	475,92
13.3	Hilfe bei einer Fehlgeburt als Dienst-Beleghebamme	207,00
13.4	Nummer 13.3 mit allgemeinem Zuschlag	248,40
13.5	Hilfe bei einer Fehlgeburt als Begleit-Beleghebamme	207,00
13.6	Nummer 13.5 mit allgemeinem Zuschlag	248,40
14	Versorgung einer Naht mit Ausnahme eines Dammrisses III. oder IV. Grades	74,38
15	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	173,54
16	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt, für jede angefangenen 30 Minuten	37,26
16.1	Nummer 16 mit allgemeinem Zuschlag	44,69

17	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene 30 Minuten *Die Leistung nach Nummer 17 ist bis zu einer Dauer von 4 Stunden beihilfefähig. Dies gilt entsprechend, wenn die außerklinisch begonnene Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.* *Die Leistung nach Nummer 17 ist auch bei einer Geburt in einem Krankenhaus beihilfefähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.*	51,05
17.1	Nummer 17 mit allgemeinem Zuschlag	61,27
	Teil C **Leistungen während des Wochenbetts**	
	(1) Die Leistungen nach den Nummern 18 und 20 bis 23 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung sowie Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 24 und 25. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 18, 20, 21, 23 und 25 sind auch nach einer Fehlgeburt sowie einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt beihilfefähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Pflegschaft oder Adoptionspflege befindet oder eine Totgeburt erfolgte. *(2) Leistungen nach der Nummer 18.3 dienen der Betreuung des Kindes (zum Beispiel in Fällen der Pflegschaft, der Adoption oder bei Tod sowie erkrankungsbedingter Abwesenheit der Mutter). Für die Beihilfefähigkeit der Leistungen nach Nummer 18.3 ist eine schriftliche Begründung erforderlich.* *(3) Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt sind insgesamt bis zu 20 Wochenbettbetreuungen für die Mutter (mit oder ohne Kind) nach den Nummern 18, 20, 21 und 23 beihilfefähig. Dies gilt entsprechend für ein Kind nach Absatz 2. Während des Aufenthalts in einer Klinik sind je Tag zwei Wochenbettbetreuungen nach Nummer 20 beihilfefähig, sofern die Wochenbettbetreuung nicht mit dem Personal der Klinik im Rahmen der Klinikvergütung abgedeckt ist. Sind mehr als zwei Leistungen an einem Tag notwendig, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich. Für die Betreuung außerhalb der Klinik gilt: Beginnend vom ersten Tag nach der Geburt verringert sich das beihilfefähige Kontingent um zwei Leistungen je vollendetem Tag des stationären Aufenthaltes der Schwangeren im Krankenhaus. Für die Überschreitung des verbleibenden Leistungskontingents ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.* *(4) Im Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 oder 23 beihilfefähig. Mehr als 16 dieser Leistungen sind in diesem Zeitraum*	

	nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind. *(5) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu acht Leistungen nach der Nummern 18.3 beihilfefähig, wenn das Kind nicht bei der leiblichen Mutter versorgt werden kann. Mehr als acht dieser Leistungen sind in diesem Zeitraum nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.* *(6) Eine weitere Leistung an demselben Tag zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt nach den Nummern 18, 20, 21 sowie 23 ist beihilfefähig bei Vorliegen insbesondere folgender Gründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, Gedeihstörung des Säuglings, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, Behinderung oder behandlungsbedürftige Krankheit der Mutter, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei aufsuchende Wochenbettbetreuungen nach den Nummern 18 bis 21 an demselben Tag sind nur beihilfefähig, wenn sie ärztlich angeordnet wurden.* *(7) Nach Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt sind Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 sowie 23 nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation beihilfefähig.* *(8) Die Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 sowie 23 sind nicht im unmittelbar zeitlichen Zusammenhang beihilfefähig.* *(9) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.*	
18	Aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin	69,23
18.1	Nummer 18 mit allgemeinem Zuschlag	83,07
18.3	Aufsuchende Wochenbettbetreuung beim Kind *Die Leistung nach Nummer 18.3 ist je Wochenbettbetreuung als Pauschale beihilfefähig, sofern das Neugeborene nicht von der Mutter versorgt werden kann (zum Beispiel in Fällen der Pflegschaft, der Adoption oder bei Tod sowie erkrankungsbedingter Abwesenheit der Mutter). Für die Beihilfefähigkeit ist eine schriftliche Begründung erforderlich sowie die Benennung der unterzeichnenden Person (Name und Funktion).*	69,23
18.5	Nummer 18.3 mit allgemeinem Zuschlag	83,07
19	Zuschlag zur ersten aufsuchenden Wochenbettbetreuung *Die Leistung nach Nummer 19 ist nur einmal beihilfefähig für die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung in Kombination mit einer Leistung nach Nummer 18 oder 18.3.*	14,17

20	Wochenbettbetreuung in einem Krankenhaus	33,73
20.1	Nummer 20 mit allgemeinem Zuschlag	40,43
21	Nicht aufsuchende Wochenbettbetreuung *Die Leistung nach Nummer 21 ist beihilfefähig, wenn die Hebamme aufgesucht wird.*	56,25
21.1	Nummer 21 mit allgemeinem Zuschlag	67,48
22	Zuschlag für eine Wochenbettbetreuung von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind *Die Leistung nach Nummer 22 ist je Wochenbettbetreuung nach Nummer 18 bis 21 einmal für das zweite und jedes weitere Kind pro Kind beihilfefähig.*	23,06
23	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium *Die Leistung nach Nummer 23 ist als individuelle persönliche Beratung beihilfefähig. Terminvereinbarungen und Serienberatungen (zum Beispiel Informationen/Newsletter als allgemeine und nicht persönliche Hinweise) sind nicht beihilfefähig.*	12,64
24	Erstuntersuchung des Kindes (U 1) *Die Leistung nach Nummer 24 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.*	18,95
	Teil D **Sonstige Leistungen**	
25	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen einschließlich Versand- und Portokosten *Die Leistung nach Nummer 25 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nummer 3 Buchstabe b in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet wurde.* *Die Leistung nach Nummer 25 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist sowie auf ärztliche Anordnung.* *Die Leistung nach Nummer 25 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde und nicht bereits im Mutterpass oder im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist.*	14,17
26	Postpartale Überwachung, für jede angefangene 30 Minuten (mit ärztlicher Anordnung) *Die Leistung nach Nummer 26 ist bei der Überwachung der Mutter sowie des Kindes auf ärztliche Anordnung beihilfefähig.*	37,17

	Die Leistung nach Nummer 26 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.	
26.1	Nummer 26 mit allgemeinem Zuschlag *Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.*	44,60
26.3	Postpartale Überwachung, für jede angefangene 30 Minuten (ohne ärztliche Anordnung) *Die Leistung nach Nummer 26.3 ist bei der Überwachung der Mutter sowie des Kindes ohne ärztliche Anordnung für 2 Stunden beihilfefähig.* *Die Leistung nach Nummer 26.3 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.*	37,17
26.5	Nummer 26.3 mit allgemeinem Zuschlag *Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.*	44,60
26.7	Pulsoxymetrie *Die Leistung nach Nummer 26.7 ist nur einmalig beihilfefähig.* *Die Leistung nach Nummer 26.7 ist beihilfefähig, soweit sie nicht bereits von einem anderen Leistungserbringer erbracht wurde und im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.*	14,17
27	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten) *Die Leistung nach Nummer 27 ist nur beihilfefähig, wenn die Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.*	14,33
27.3	Einzelrückbildungsgymnastik auf ärztliche Anordnung höchstens 20 Unterrichtseinheiten je 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit *Bei nachfolgenden Indikationen/Sachverhalten ist eine Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung des Arztes notwendig und nach Maßgabe der Nummer 27.3 beihilfefähig:* *- schwere Behinderung der Frau* *- Totgeburt oder totes Kind, SIDS* *- schwer krankes/behindertes Kind* *- Kind wurde in Pflegschaft/Adoptionspflegschaft gegeben*	18,59

	Die Leistung nach Nummer 27.3 ist nur beihilfefähig, wenn die Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.	
28	Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes *Die Leistung nach Nummer 28 ist frühestens nach Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt beihilfefähig.* *Leistungen nach den Nummern 28 und 29 sind insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum beihilfefähig.* *Mehr als insgesamt acht Leistungen nach Nummer 28 sind in diesem Zeitraum nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.*	66,91
28.1	Nummer 28 mit allgemeinem Zuschlag *Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.*	80,30
28.2	Zuschlag zu der Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten bei Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind *Die Leistung nach Nummer 28.2 ist je Hilfeleistung nach Nummer 28 für das zweite und jedes weitere Kind einmal je Kind beihilfefähig.*	23,06
29	Beratung bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsschwierigkeiten des Kindes mit Kommunikationsmedium *Die Leistung nach Nummer 29 ist frühestens nach Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt beihilfefähig.* *Leistungen nach den Nummern 28 und 29 sind insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum beihilfefähig.*	12,64
	Teil E **Auslagenersatz/Wegegeld**	
30	Wegegeld bei einer Entfernung von bis zu 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr	2,32
31	Wegegeld bei einer Entfernung von bis zu 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr	3,28
32	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr, für jeden zurückgeleg-	0,81

	ten Kilometer	
33	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr, für jeden zurückgelegten Kilometer	1,11
33.1	Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, jeweils für die Hin- und Rückfahrt und unabhängig von der Entfernung zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung sowie der Tageszeit *Die tatsächlich entstandenen Fahrtkosten bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sind beihilfefähig, wenn die entsprechenden Belege in Kopie der Rechnung beigefügt sind.*	2,89
34	Materialpauschale für Vorsorgeuntersuchung als ambulante hebammenhilfliche Leistung *Die Pauschale nach Nummer 34 ist neben der Pauschale nach Nummer 35 nicht beihilfefähig.*	3,31
35	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen als ambulante hebammenhilfliche Leistung *Die Pauschale nach Nummer 35 ist neben den Pauschalen nach Nummern 34 und 36 nicht beihilfefähig.*	2,43
36	Materialpauschale Geburtshilfe als ambulante hebammenhilfliche Leistung *Die Pauschale nach Nummer 3600 ist nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt beihilfefähig. Bei Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der DRG enthalten, die das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse geltend macht.* *Die Pauschale nach Nummer 36 ist nicht beihilfefähig, wenn diese durch eine Beleghebamme erbracht wird.*	61,26
37	Materialpauschale, zusätzlich zu Nummer 36, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen als ambulante hebammenhilfliche Leistung	45,63
38	Materialpauschale für aufsuchende Wochenbettbetreuung als ambulante hebammenhilfliche Leistung	30,14
38.1	Materialpauschale für Neugeborenen-Screening als ambulante hebammenhilfliche Leistung	3,47
38.2	Materialpauschale für Pulsoxymetrie als ambulante hebammenhilfliche Leistung *Die Leistung nach Nummer 38.2 ist nur einmal beihilfefähig.*	6,74
39	Materialpauschale bei Beginn der aufsuchenden Wochenbettbetreuung später als vier Tage nach der Geburt als ambulante heb-	18,67

	ammenhilfliche Leistung	
39.1	Materialpauschale für Fäden ziehen (Dammnaht) als ambulante hebammenhilfliche Leistung *Die Pauschale ist höchstens einmal neben den Nummern 38 oder 39 beihilfefähig. Die Pauschale nach Nummer 39.1 ist nicht neben der Pauschale nach Nummer 39.2 beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Mehrlingsgeburten.*	8,30
39.2	Materialpauschale für Fäden/Klammern entfernen (Sectionaht) als ambulante hebammenhilfliche Leistung *Die Pauschale ist höchstens einmal neben den Nummern 38 oder 39 beihilfefähig. Die Pauschale nach der Nummer 39.2 ist nicht neben der Pauschale nach Nummer 39.1 beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Mehrlingsgeburten.*	6,48
40	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten als ambulante hebammenhilfliche Leistung *Die Leistung nach Nummer 40 umfasst auch die Kosten der Auswertung des Formblatts.*	10,33

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Mit der Verordnung soll die Sächsische Beihilfeverordnung auf einen zeitgemäßen Standard angepasst werden. Zu berücksichtigen ist dabei die Beibehaltung der soziale Symmetrie zwischen den Mitgliedern der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und den beihilfeberechtigten Personen. Dies erfolgt insbesondere durch die wirkungsgleiche Übertragung der durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) erfolgten Änderungen, der Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 24. November 2016 (BAnz AT 15.02.2017 B2) und der Änderung des auf Bundesebene zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Auch die Erweiterung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten sollen wirkungsgleich übertragen werden. Gleichzeitig wird dem Änderungsbedarf Rechnung getragen, der sich aus der praktischen Anwendung der Sächsischen Beihilfeverordnung, dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und aus der Rechtsprechung ergeben hat.

Inhaltliche Schwerpunkte des Entwurfs sind:

- Anhebung und Dynamisierung des Ehegattengrenzbetrages für eine Berücksichtigungsfähigkeit der Aufwendungen bei der Beihilfegewährung,

- klarstellende Regelung zur Beihilfegewährung bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland,

- wirkungsgleiche Übertragung der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie in den Bereich der Beihilfe,

- Neustrukturierung und Anpassung der Leistungsbeschreibung von Heilmitteln an die Regelungen und Bezeichnungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Erhöhung der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel entsprechend dem Verhältnis der Steigerungen im Bereich der GKV,

- Anhebung der beihilfefähigen Tagespauschale für Unterkunft und Verpflegung bei ambulanten Kuren von 20 auf 40 Euro pro Tag und von 15 auf 30 Euro pro Tag für notwendige Begleitpersonen,

- Ergänzung der Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten (u.a. Beratung zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV, Früherkennungsprogramm für Personen mit erhöhtem familiären Darmkrebsrisiko),

- Wegfall der Mindestaufenthaltsdauer in einer stationären Einrichtung bei Durchführung der Direktabrechnung,

- Anpassung der beihilfefähigen Leistungen und Höchstbeträge für Aufwendungen von freiberuflich erbrachten Hebammenleistungen auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, Stand: 15. Juli 2018.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Inhaltliche Anpassung und Ergänzung der Überschriften.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung des Inhaltsverzeichnisses aufgrund der inhaltlichen Änderung und Ergänzung der Vorschriften.

Zu Buchstabe c

§ 40 regelt derzeit lediglich Schutzimpfungen und soll nunmehr um Aufwendungen der Präexpositionsprophylaxe erweitert werden. Bei beiden Maßnahmen handelt es sich um Vorsorgemaßnahmen im eigentlichen Sinne, während in § 41 tatsächlich nur Früherkennungsmaßnahmen geregelt sind. Diese sprachlichen Ungenauigkeiten sollen nunmehr durch die entsprechende Neuformulierung der Überschriften zu den §§ 40 und 41 beseitigt werden.

Zu Buchstabe d

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe c wird verwiesen.

Zu Buchstabe e

Redaktionelle Anpassung

Zu Buchstabe f

Inhaltliche Anpassung und Ergänzung der Überschriften.

Zu Nummer 2

Redaktionelle Anpassung der Zitierung.

Zu Nummer 3

Redaktionelle Anpassung der Zitierung.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Eine Anhebung des Ehegattengrenzbetrages ist unter Beachtung der Grundsätze beamtenrechtlicher Fürsorge (§ 45 BeamtStG) nach § 80 Abs. 6 SächsBG geboten, da dieser seit 1992 (seinerzeit 35.000 DM) im Wesentlichen unverändert geblieben ist.

Der Ausschluss der Beihilfe ab einem zu versteuernden Einkommen von (bisher) mehr als 18 000 Euro trägt dem subsidiären Charakter der Beihilfe Rechnung. Es ist dann davon auszugehen, dass Ehegatten wirtschaftlich selbständig sind und ihnen zugemutet werden kann, für einen eigenen Krankenversicherungsschutz zu sorgen. Soweit Ehegatten der Beihilfeberechtigten über ein eigenes Einkommen in dieser Höhe verfügen, bedarf es der Fürsorgepflicht des Dienstherrn nicht mehr. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn erfordert

jedoch eine Überprüfung dieser Grenzen, insbesondere auch im Hinblick auf die vom Bundesverfassungsgericht in seiner jüngsten Rechtsprechung zur Alimentation mehrfach betonten Beziehungen zwischen amtsangemessener Alimentation und dem Niveau der Beihilfeleistungen (BVerfG, Urteil vom 5. Mai 2015, 2 BvL 17/09 u.a., Rn. 122; BVerfG, Beschluss vom 17. November 2015, 2 BvL 19/09 u.a. Rn. 105).

Der dem Dienstherrn bei der Beihilfegewährung eingeräumte Spielraum erlaubt es dabei nur, erhebliches Einkommen, das zu einer wirtschaftlichen Selbständigkeit von nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten führt, bei der Beihilfegewährung einschränkend zu berücksichtigen. Erhebliches Einkommen liegt dann nicht vor, wenn es unterhalb der Grenze des allgemeinen gesetzlichen Mindestlohnes liegt. Aus diesem Grund wird der Ehegattengrenzbetrag künftig in gleichem Maße angepasst wie der auf der Grundlage des Mindestlohngesetzes (MiLoG) geregelte allgemeine Mindestlohn. Da es sich bei dem Mindestlohn um einen Betrag je Zeitstunde handelt (im Jahr 2018: 8,84 Euro, vergleiche § 1 Mindestlohnanpassungsverordnung) und es sich bei dem beihilferechtlichen Ehegattengrenzbetrag um einen Jahresbetrag handelt, ist der Mindestlohn entsprechend hochzurechnen. Hierfür wird unter pauschaler Zugrundelegung einer für Beamte (§ 1 Absatz 1 Satz 1 Sächsische Arbeitszeitverordnung) und Tarifbeschäftigte des Freistaates Sachsen (§ 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c TV-L) geltenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden, einer durchschnittlichen Wochenzahl je Kalendermonat unter Berücksichtigung von Schaltjahren von 4,348 (dieser Faktor wird nach Nr. 60.19.2 VwV-SächsBesG sowohl für die Berechnung einer anteiligen Besoldung als auch nach § 24 Absatz 3 Satz 3 TV-L zur Ermittlung eines anteiligen Tariflohns zugrunde gelegt) und von 12 Kalendermonaten ein Faktor von 2087,04 (40 x 4,348 x 12) bestimmt. Damit errechnet sich für das Jahr 2018 unter Beachtung der in § 57 Absatz 12 Satz 1 normierten Rundungsregelung ein (fiktiver) Betrag von 18.449,44 Euro. Der sich nach Satz 7 errechnete Betrag ist der gesamten Dreijahresbetrachtung nach Satz 3 zu Grunde zu legen.

Die Erhöhung des gesetzlichen Mindestlohns wirkt sich aus Vollzugsgründen erst in dem auf die Änderung folgenden Kalenderjahr aus. Sie gilt frühestens für Leistungserbringungen im Jahr 2020, da es ansonsten wegen des zu betrachtenden Dreijahreszeitraumes und der erstmaligen Festsetzung eines Mindestlohns bereits für das Jahr 2015 zu rückwirkenden Beihilfefestsetzungen kommen könnte. Außerdem kann der gesetzliche Mindestlohn wegen § 9 Absatz 1 MiLoG nochmalig ohnehin erst mit Wirkung für das Jahr 2019 angepasst werden.

Zu Buchstabe b

Durch Vereinbarung kann zwischen Arzt oder Zahnarzt und Patient eine von der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Mit der Regelung wird klargestellt, dass die nach einer solchen Vereinbarung abgerechneten Aufwendungen nur insoweit angemessen und beihilfefähig sind, soweit sie die gesetzlichen Gebühren nicht übersteigen.

Zu Buchstabe c

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 6 wird verwiesen.

Zu Nummer 5

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 6 wird verwiesen.

Zu Nummer 6

§ 7a regelt nunmehr ausdrücklich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland.

Entsprechend der gesetzlichen Bestimmung des § 34 Absatz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ruht der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, wenn sich der Versicherte im Ausland aufhält (§ 34 Absatz 1 Nummer 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Die Geldleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) werden bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr weiter gewährt (Satz 2). Die Pflegesachleistungen werden für diesen Zeitraum nur weiter gewährt, wenn die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet (Satz 3).

Ebenso deutlich weist § 34 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch darauf hin, dass der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung ruht, solange sich der Versicherte nicht nur vorübergehend im Ausland aufhält. Nach Ansicht der Spitzenverbände der Pflegekassen ergibt sich dies aus dem Umkehrschluss des § 34 Absatz 1 Nummer 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei spielt es keine Rolle, ob zum Zeitpunkt des Beginns des Auslandsaufenthaltes bereits Pflegebedürftigkeit vorlag oder eine solche während des dortigen Aufenthaltes eintritt.

Die Pflegeleistungen ruhen also spätestens ab dem 43. Tag des Auslandsaufenthalts.

Bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz länger als sechs Wochen aufhalten, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht (vergleiche § 34 Absatz 1a des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

Zwar sind die Leistungen der Pflegeversicherung im Ausland begrenzt, dennoch gebietet die besondere Fürsorgepflicht des Dienstherrn, dass Beihilfe auch für Pflegeaufwendungen im Ausland gewährt wird. Für die Beihilfegewährung ist es also grundsätzlich unerheblich, ob die Aufwendungen im In- oder Ausland entstehen. Dennoch sind spezielle Regelungen erforderlich, um mit der Gewährung von Beihilfe unter Berücksichtigung der Besonderheiten bei Pflegeaufwendungen der Fürsorgepflicht gerecht zu werden.

Der Personenkreis des § 4 Absatz 7 (Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen) wird insoweit mit Absatz 1 privilegiert, in dem grundsätzlich alle Aufwendungen des Abschnittes 6 ohne Einschränkungen gewährt werden können. Sich daraus ergebende Mehrleistungen des Dienstherrn mit der Beihilfe sind aufgrund der dienstlichen Notwendigkeit des Auslandsaufenthaltes gerechtfertigt (zum Beispiel Gewährung der vollen Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2, wenn kein Pflegegeld durch die Pflegeversicherung gewährt wird). Im Ergebnis wird der Beamte im Ausland damit dem im Inland verbliebenen Beamten gleichgestellt.

Für alle übrigen Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten die Absätze 2 bis 8 mit den sich daraus ergebenden Beschränkungen. Ziel dieser Regelungen ist insbesondere, eine Mehrbelastung der Beihilfe, die sich durch Leistungsbegrenzungen bzw. Ausschlüsse der Pflegeversicherung ergeben, auszuschließen (zum Beispiel Absatz 3), andererseits diesem Personenkreis aber auch Leistungen der Beihilfe zu gewähren, für die es grundsätzlich auf eine Leistung der Pflegeversicherung ankommt (zum Beispiel Absatz 7).

Absatz 3 sieht deshalb ausdrücklich vor, dass die Beihilfe nicht für fehlende Leistungen der Pflegeversicherung einsteht. Vielmehr wird bei der Festsetzung der Beihilfe unterstellt, dass die Pflegeversicherung entsprechend geleistet hätte. Aufgrund des besonderen Ausschlusses findet die Härtefallregelung des § 4 Absatz 3 keine Anwendung. Hierfür wird auch keine besondere Notwendigkeit gesehen, da der Auslandsaufenthalt auf Frei-

willigkeit beruht und bei Nichtausreichen der Leistungen der Beihilfe und ggf. der Pflegeversicherung auch eine Rückkehr ins Inland jederzeit möglich ist.

Mit Absatz 4 wird klargestellt, dass bei fehlender oder geringerer Pflegegeldleistung durch die Pflegeversicherung die Pauschalbeihilfe nicht in voller Höhe gewährt wird. Dies ist deshalb notwendig, da in diesen Fällen keine oder nur eine geringere Anrechnung des Pflegegeldes auf die Pauschalbeihilfe möglich wäre und sonst die Beihilfe die fehlende Leistung der Pflegeversicherung kompensieren würde, wofür aber aus vorgenannten Gründen keine besondere Notwendigkeit gesehen wird. Besteht keine Pflegeversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitz außerhalb der Europäischen Union), gilt § 49 Absatz 2 Satz 5, wonach die Pauschalbeihilfe zur Hälfte gewährt wird.

Nach Absatz 5 ist für die Beihilfefähigkeit des pauschalen Zuschlags erforderlich, dass für mindestens zwei Mitbewohner in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 durch eine private oder soziale Pflegeversicherung im Inland, das heißt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, festgestellt wurde. Eine ärztliche Bescheinigung oder Feststellung eines Arztes oder einer ausländischen Pflegeversicherung reicht hier nicht aus. § 49a Absatz 2 findet keine Anwendung, da hierfür anteilige Zuschüsse der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erforderlich wären, so dass eine Beihilfegewährung ohnehin ausgeschlossen ist, wenn eine solche Leistung durch die Pflegeversicherung im Ausland nicht erbracht wird. § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betrifft Übergangsregelungen für Besitzstandsschutzfälle, die hier nicht zum Tragen kommen sollen.

Für Leistungen der Beihilfe zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 49b ist es nach Absatz 6 erforderlich, dass die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Leistungen erbringt. Soweit die Pflegeversicherung nicht besteht, besteht auch seitens der Beihilfe keine Pflicht, Sozialversicherungsbeiträge abzuführen: So setzt hinsichtlich der Rentenversicherungspflicht beispielsweise § 3 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (Versicherungspflicht von Pflegepersonen) bzw. § 3 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (Versicherungspflicht bei Pflegeunterstützungsgeld) Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung voraus. Werden diese nicht erbracht, besteht auch keine Leistungspflicht der Beihilfe. Dies gilt ebenso im Bereich der Arbeitslosenversicherung bei Pflegepersonen (§ 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Wird Pflegeunterstützungsgeld gewährt, entsteht unmittelbar eine Beitragspflicht für die Beihilfe (§ 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Aufgrund dessen wird Pflegeunterstützungsgeld nur gewährt, wenn die Pflegeversicherung entsprechend anteilig leistet. Ist dies nicht der Fall, ist ohnehin davon auszugehen, dass kein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht. Diese Regelung gilt auch für Beamte im Ausland (Absatz 1).

Mit Absatz 7 wird bestimmt, dass nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Sinne des § 54 Absatz 1 Satz 2 auch dann beihilfefähig sind, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung keine anteiligen Zuschüsse zahlt. Hinsichtlich der Angemessenheit und Notwendigkeit ist deshalb eine besondere Prüfung der Festsetzungsstelle erforderlich, die sonst bei einer Leistung der Pflegeversicherung nicht notwendig wäre. Hierbei hat die Festsetzungsstelle einen strengen Maßstab anzuwenden.

In Absatz 8 werden Besonderheiten der vollstationären Pflege berücksichtigt. Insbesondere erfolgt keine Beihilfegewährung an eine vollstationäre Einrichtung im Ausland, auch 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. Da eine Leistungspflicht der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nicht besteht, wird für eine Beihilfegewährung ebenfalls keine Notwendigkeit gesehen.

Die der besonderen Fürsorgepflicht geschuldete Regelung des § 55 Absatz 4 wird insoweit eingeschränkt, als die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen auf die anteiligen Kosten einer Krankenpflegekraft beschränkt wird (vergleiche § 49 Absatz 5). Dies erscheint umso notwendiger, als die dortigen beihilfefähigen Aufwendungen außer im Hinblick auf die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit grundsätzlich keiner Beschränkung der Höhe nach unterliegen. Gerade für den Verbleib in einer vollstationären Einrichtung in einem Land, in dem das Niveau der Kosten für Pflege über dem inländischen Niveau liegt, besteht keine Notwendigkeit, dass der Dienstherr im Rahmen der Beihilfe „einspringt“. Soweit die eigenen Mittel hierfür nicht ausreichen, kann auch eine Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung im Inland erfolgen, zu der im Rahmen des § 55 Beihilfe gewährt werden kann. Der Verbleib im Ausland wird durch die Beihilfe nicht gefördert, sondern obliegt mit allen Konsequenzen (Einsatz eigener finanzieller Mittel) der Eigenverantwortlichkeit des Pflegebedürftigen. Auch wird der ggf. fehlende Leistungsanteil der Pflegeversicherung durch die Beihilfe nicht kompensiert.

Zu Nummer 7

Im Bereich der GKV wurden zur Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ambulanten Psychotherapie die ambulanten psychotherapeutischen Leistungen erweitert und modifiziert. Die überarbeitete Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Gebührenausschusses ist seit dem 16. Februar 2017 in Kraft. Zur Sicherstellung eines entsprechenden Leistungsumfangs für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen waren die Leistungen der GKV wirkungsgleich in das Beihilferecht zu übertragen. Dabei wurden die Regelungen zur ambulanten Psychotherapie neu strukturiert und ergänzt.

Zu § 16 (Psychotherapeutische Leistungen)

In Absatz 1 sind die beihilfefähigen psychotherapeutischen Leistungen aufgezählt. Zu den Behandlungsformen im engeren Sinne gehören wie bisher die genehmigungspflichtigen (Langzeit)-Therapien der psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) und Verhaltenstherapie sowie die nicht genehmigungspflichtigen ambulanten Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung. Als neue beihilfefähige Leistung wurde die psychotherapeutische Akutbehandlung aufgenommen, die der kurzfristigen Verbesserung von psychischen Beschwerden dient.

Die Änderungen im Absatz 3 sind redaktionell und klarstellend. Absatz 4 entspricht inhaltlich der bisherigen Regelung des Absatzes 13. Der Ausschluss von kombinierten Behandlungen umfasst nicht mehr die psychosomatische Grundversorgung.

Zu § 16a (Psychotherapeutische Akutbehandlung)

Als neue beihilfefähige Behandlungsform, mit der zeitnah eine notwendige psychotherapeutische Intervention zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik begonnen werden kann, wurde die psychotherapeutische Akutbehandlung in den Leistungskatalog der Sächsischen Beihilfeverordnung aufgenommen. Die im Bereich der GKV vorgeschaltete psychotherapeutische Sprechstunde für einen Erstkontakt ist ein Instrument der GKV und kann nicht entsprechend in die Beihilfevorschriften übernommen werden. Die diagnostische Abklärung ist deshalb stattdessen vorher in einer probatorischen Sitzung durchzuführen. Mit Beginn der Akutbehandlung ist gleichzeitig die Notwendigkeit einer längeren genehmigungspflichtigen Therapie nach §§ 17 oder 18 zu prüfen und ein Begutachtungsverfahren zu beantragen, damit ein möglichst nahtloser Behandlungsverlauf gewährleistet ist. Die Akutbehandlung soll insbesondere der Stabilisierung und Vorbereitung auf die weitere Therapie dienen. Sofern die Akutbehandlung im Einzelfall ausreichend sein sollte und eine weitere Behandlung nach den §§ 17 oder 18 vom Gutachter nicht als notwendig eingeschätzt wird, sind die Aufwendungen für höchstens 24 Sitzungen Akutbehandlung dennoch beihilfefähig. Wurden in diesen Einzelfällen

bis zum Abschluss des Begutachtungsverfahrens schon mehr als 24 Sitzungen durchgeführt, sind diese ebenfalls beihilfefähig.

Zu § 16b (Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie)

Die Regelung enthält keine inhaltlichen Änderungen. Sie fasst die für die Behandlungsformen der §§ 17 und 18 geltenden gemeinsamen Vorschriften, die im bisherigen § 16 mit enthalten waren, mit den notwendigen redaktionellen Folgeänderungen zusammen.

Zu § 17 (Psychoanalytisch begründete Verfahren)

Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 18. Die beiden genehmigungspflichtigen Behandlungsformen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie werden nun unter dem Überbegriff der psychoanalytisch begründeten Verfahren zusammengefasst. Im Absatz 1 wurden in Anlehnung an die Psychotherapie-Richtlinie des GBA die Bewilligungsschritte von vormals drei auf zwei Schritte umgestellt. Damit werden die Gutachter entlastet und das Verwaltungsverfahren entschlackt. Die Zahl der Sitzungen wurde entsprechend erhöht, sodass die genehmigungsfähige Gesamtsitzungszahl unverändert geblieben ist. Die Regelungen zur möglichen Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen wurden klarstellend ergänzt. Die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Behandlung und Anrechnung auf die genehmigte Sitzungszahl wurde entsprechend dem Alter der zu behandelnden Person modifiziert.

Der neue Absatz 5 dient der Klarstellung. Die Regelung des Absatzes 9 entspricht dem bisherigen § 16 Absatz 7 und wurde inhaltlich dem betreffenden Behandlungsverfahren zugeordnet.

Zu § 18 (Verhaltenstherapie)

Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 19. Eine Unterscheidung von Altersgruppen hinsichtlich der genehmigungsfähigen Sitzungen wird entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des GBA nicht mehr vorgenommen. Wie in § 17 wird die Bewilligung statt in drei Schritten nur noch in zwei Schritten erteilt bei gleich gebliebener Gesamtsitzungszahl. Zudem wurden redaktionelle Folgeänderungen vorgenommen und der bisherige § 16 Absatz 8 behandlungsverfahrenskonform als Absatz 6 übernommen.

Zu § 19 (Psychosomatische Grundversorgung)

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 17 und § 16 Absatz 11.

Zu Nummer 8

Die Beihilfefähigkeit von belegärztlichen Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung ergab sich bisher nur aus der Nummer 20.1.11 der VwV-SächsBhVO. Aufgrund des Regelungscharakters war die Übernahme in die Verordnung erforderlich.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Die beihilfefähigen Heilmittel wurden entsprechend dem Heilmittelkatalog der GKV erweitert (vergleiche Artikel 1 Nummer 26). Als Folgeänderung war die die neu aufgenommene Ernährungstherapie als beihilfefähige Therapie in Absatz 1 zu ergänzen.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung und Änderung der Anlage 3 (vergleiche Nummer 26) sowie inhaltliche Anpassung der Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit eines Medizinischen Aufbautrainings oder einer Medizinischen Trainingstherapie. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist nicht mehr nur auf Wirbelsäulenerkrankung beschränkt sondern wurde auf Funktions- und Leistungseinschränkungen im gesamten Stütz- und Bewegungsapparat erweitert.

Zu Buchstabe d

In die Anlage 3 der Sächsischen Beihilfeverordnung wurde auch die Psychotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung neu aufgenommen. § 26 Absatz 4 regelt die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit solcher Aufwendungen.

Zu Buchstabe e

Die bisherigen Regelungen wurden aufgehoben.

Eine Podologische Therapie ist im Rahmen der Nummern 55 bis 65 der Anlage 3 beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit durch einen Arzt festgestellt ist (ärztliche Verordnung). Einschränkungen sind nicht gerechtfertigt. In der Regel handelt es sich bei der Podologischen Therapie um die Durchführung von Nagelkorrekturen. Diese werden von einem Podologen oder Fußpfleger unter Verwendung von Nagelkorrekturspangen (Orthonyxiespange) durchgeführt. Durch die Behandlung können Fehlstellungen von Finger- oder Fußnägeln korrigiert werden, um das Einwachsen der Nägel zu verhindern. Operationen wie beispielsweise eine Nagelkeilexzision können so vermieden werden.

Mit der Anhebung der beihilfefähigen Höchstsätze wird auch die Beschränkung des beihilfefähigen Heilmittelsatzes auf einen Pauschalsatz pro Tag aufgehoben, wenn Heilmittel in Einrichtungen, die der Betreuung und Behandlung von Kranken oder Menschen mit Behinderung dienen, erbracht werden. Die in diesen Einrichtungen betreuten Personen sind auf therapeutische Hilfe angewiesen und sollen gegenüber anderen Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht benachteiligt werden.

Zu Nummer 10

Redaktionelle Anpassung der Zitierung.

Zu Nummer 11

Redaktionelle Klarstellung. Art und Umfang der palliativ-medizinischen Versorgung und die Notwendigkeit der Versorgung außerhalb des eigenen Haushalts ist von einem Arzt festzustellen.

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Anpassung der Zitierung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die mögliche Verlängerung von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wird auf ein Höchstmaß begrenzt, um wiederholte Verlängerungsanträge zu vermeiden. Können mit der Maßnahme die behandlungsbedürftigen Beschwerden nach dem möglichen Geneh-

migungszeitraum nicht geheilt oder gelindert werden, sind andere Therapieansätze zu prüfen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die mögliche Verlängerung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen wird auf ein Höchstmaß begrenzt, um wiederholte Verlängerungsanträge zu vermeiden. Können mit der Maßnahme die behandlungsbedürftigen Beschwerden nach dem möglichen Genehmigungszeitraum nicht geheilt oder gelindert werden, sind andere Therapieansätze zu prüfen.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Anlage 3 der Sächsischen Beihilfeverordnung (vergleiche Nummer 26).

Zu Nummer 13

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 14

Die beihilfefähigen Höchstbeträge für Unterkunft und Verpflegung bei der Durchführung einer ambulanten Kur in einem anerkannten Kurort werden erhöht. Sie wurden zuletzt 2013 geringfügig erhöht. Sie liegen dennoch weit unter ortsüblichen Preisen. Der Eigenanteil des Beihilfeberechtigten ist für diese Aufwendungen damit erheblich höher als die Beteiligung des Dienstherrn im Rahmen der Beihilfe. Da solche Maßnahmen zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit dienen, ist aus Fürsorgegründen auch eine höhere Beteiligung des Dienstherrn an diesen Kosten notwendig.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe c wird verwiesen.

Zu Buchstabe b

Nach § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Die PrEP ist ein weiterer Baustein einer effektiven Präventionsstrategie, die zum Ziel hat, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland wirksam einzudämmen und die Zahl der Menschen, die an AIDS erkranken, zu senken. In Staaten, in denen die PrEP bereits seit einigen Jahren zur Verfügung steht, konnte in Studien nachgewiesen werden, dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen um bis zu 40 Prozent gesunken ist. Die PrEP bietet damit einen wirksamen Infektionsschutz in einem Bereich, für den Impfungen bislang nicht zur Verfügung stehen und ist damit ein wichtiger Faktor für die öffentliche Gesundheit.

Um die Wirksamkeit der PrEP zu überprüfen und mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren, müssen regelmäßige Begleituntersuchungen (auch risikoadaptierte Diagnostik) durchgeführt werden. Deshalb wurde ein Anspruch auf ärztliche Beratung und erforderliche Untersuchungen für die PrEP für Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko eingeräumt und der Anspruch auf Versorgung mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel an die vorherige Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung gekoppelt. Die ärztliche Beratung, Untersuchung und Verordnung erfolgen wegen der Neuheit von PrEP durch Ärzte mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen.

Bei der Abgabe der verschreibungspflichtigen Arzneimittel zur PrEP in Apotheken haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Zuzahlung nach den auch sonst geltenden Regelungen zu leisten.

Diese Regelungen sollen mit § 40 Absatz 3 wirkungsgleich in das Beihilferecht übernommen werden. Die in § 59 Absatz 1 vorgesehenen Eigenbeteiligungen je verordnetes Arzneimittel kommen deshalb zur Anwendung.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe a

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe c wird verwiesen.

Zu Buchstabe b

Patienten mit autosomal-dominant erblichem Darmkrebs ohne Polyposis („Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer“ [HNPCC], auch Lynch-Syndrom genannt) haben ein deutlich erhöhtes Risiko (von über 60 Prozent) für verschiedene Tumore, insbesondere Kolon- und Endometriumkarzinome. Das Syndrom beruht auf einer Mutation in einem von vier Genen des DNA-Mismatch-Reparatursystems. Etwa jede 500. Person der Allgemeinbevölkerung trägt eine pathogene Mutation, etwa 2 bis 3 Prozent aller kolorektalen Karzinome sind hierauf zurückzuführen.

Beim gegenwärtigen Stand der genetischen Labordiagnostik besteht das Problem darin, diejenigen Personen zu identifizieren, die auf Grund ihrer eigenen Vorgeschichte oder der Familiengeschichte ein erhöhtes Risiko haben, eine erbliche Veränderung für HNPCC zu besitzen. Dies kann momentan nur über eine sorgfältige Erhebung des Familienbefundes, wofür eine genetische Beratung notwendig ist, sowie eine molekularpathologische Untersuchung erfolgen.

Das Deutsche HNPCC-Konsortium, das aus 14 Kliniken mit Humangenetik, Gastroenterologie, Pathologie und Gynäkologie, einer zentralen Dokumentation in Leipzig (wie beim erblichen Brust- oder Eierstockkrebs) und einer Referenzpathologie besteht, hat eine große, auch international anerkannte Erfahrung in der Diagnostik und Versorgung dieser Patienten.

Das Deutsche HNPCC-Konsortium hat mit dem PKV-Verband eine Vereinbarung nach dem Vorbild der Vereinbarung über Gendiagnostik bei belasteten Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko geschlossen.

Aus Fürsorgegründen sollen an den Aufwendungen für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko als beihilfefähig anerkannt werden. Grundlage für den Leistungsinhalt und die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen ist die Vereinbarung zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und dem Universitätsklinikum Bonn vom 31. Januar 2018. Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen eines Gen-Testes in diesen Fällen ist, dass die Untersuchungen in einer Klinik des Deutschen HNPCC-Konsortiums durchgeführt werden.

Die Diagnostik erfolgt dabei stufenweise: Bei Verdacht auf ein HNPCC (zum Beispiel frühes Erkrankungsalter, Familiarität) wird Tumormaterial auf einen Defekt des DNA-Mismatch-Reparatursystems (Mikrosatelliten-Instabilität, Ausfall eines Reparaturproteins) untersucht. Bei einem positiven Befund wird eine Mutationssuche angeschlossen. Ein Mutationsnachweis sichert die Diagnose und ermöglicht eine prädiktive Diagnostik bei Familienangehörigen.

In prospektiven Kohortenstudien in Deutschland, Finnland und den Niederlanden konnte gezeigt werden, dass die Karzinome, die durch engmaschige koloskopische Überwa-

chung diagnostiziert worden sind, ein früheres Stadium haben als die durch Symptome auffällig gewordenen Karzinome. In der finnischen Studie konnten regelmäßige Koloskopien das Krebsrisiko durch Polypektomien sogar senken.

Bisher gibt es jedoch noch keine Studie, aus der sich eine individuelle, Risiko-adaptierte Überwachungsstrategie ableiten lässt. Bis dies möglich ist, sollten HNPCC-Patienten sowie gesunde Mutationsträger deshalb in jährlichen Intervallen koloskopisch und gynäkologisch überwacht werden.

Im Ergebnis werden den Ratsuchenden in der sich der Genanalyse anschließenden interdisziplinären Beratung, die die Fachrichtungen Humangenetik, Gastroenterologische Onkologie, Gynakologie und Chirurgie umfassen, individuelle Empfehlungen für die Krebsfrüherkennung gegeben. Aufwendungen für die Krebsfrüherkennung aufgrund der individuellen Empfehlungen sind beihilfefähig.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 17

Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ist im Durchschnitt schlechter als die der übrigen Bevölkerung. Ihr Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen ist überdurchschnittlich hoch.

Mit § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird diesem Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen zuerkannt. Damit erkennt der Gesetzgeber für diese Personen – wie bereits bei Kindern und Jugendlichen (§ 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 43 Absatz 2) – einen besonderen Bedarf an individualprophylaktischen Leistungen an, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer Einrichtung betreut oder gepflegt werden. Grund hierfür ist die Tatsache, dass die Betroffenen häufig nicht in der Lage sind, die für den Erhalt der Mundgesundheit erforderliche tägliche Mundpflege adäquat durchzuführen. Dies kann zum Beispiel darauf beruhen, dass sie hierzu körperlich nicht in der Lage sind oder dass ihnen die Fähigkeit fehlt, die Anweisungen ihres Zahnarztes zu verstehen bzw. umzusetzen.

Obwohl bei Versicherten mit derartigen Einschränkungen die Mund-, Zahn- und Prothesenpflege von den Pflegepersonen, beziehungsweise bei Aufenthalt in einer Einrichtung von dem Pflegepersonal, zu unterstützen und ggf. durchzuführen ist, sind Defizite bei der Mundhygiene festzustellen. Diesen sollte mit dem Leistungsanspruch nach § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entgegengewirkt werden.

Mit dem neuen Absatz 4 wird diese Regelung auch in den Leistungskatalog der Beihilfe aufgenommen. § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt bereits seit Juli 2015. Die Übernahme der Regelung in den Bereich der Beihilfe wurde jedoch noch zurückgestellt, da eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Art und Umfang der Leistungen noch nicht vorlag. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) ist nunmehr am 1. Juli 2018 in Kraft getreten. Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich durch den Verweis auf § 22a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausschließlich nach dieser Richtlinie.

Zu Nummer 18

Zu Buchstabe a

Hierbei handelt es sich nur um eine klarstellende Regelung, dass der strenge Sachleistungsverweis bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen auch im Rahmen der künstlichen Befruchtung gilt. Der bisherige § 45 Absatz 1 Satz 7 war insoweit missverständlich, dass es hinsichtlich der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur künstlichen Befruchtung, die dem berücksichtigungsfähigen Ehegatten zuzuordnen sind, nur darauf ankam, dass die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 (Einkommensgrenze beim Ehegatten) vorlagen. Für eine Leistungspflicht der Beihilfe besteht in diesen Fällen aber auch keine Notwendigkeit, da sich die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wegen des dort ebenso wie in § 45 Absatz 1 verankerten Kostenteilungsprinzips ohnehin an den Kosten des berücksichtigungsfähigen Ehegatten beteiligt, wenn dieser gesetzlich krankenversichert ist.

Zu Buchstabe b

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen konnten bereits bislang Aufwendungen der Kryokonservierung von Samenzellen als beihilfefähig anerkannt werden. Dies entspricht den Anforderungen des Urteils des BVerwG vom 7. November 2006, 2 C 11/06, wonach zu einer Heilbehandlung auch zusätzliche Maßnahmen gehören und somit beihilfefähig sind, die zwar für sich genommen nicht die Heilung des Leidens herbeiführen können, wohl aber der Vermeidung oder Minimierung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartender Behandlungsrisiken oder Folgeleiden dienen und für den Fall eines ungünstigen Operationsverlaufes geeignet sind, durch den Eingriff erworbene körperliche Beeinträchtigungen ganz oder teilweise auszugleichen.

Unbefruchtete Eizellen waren von der Regelung bislang nicht umfasst, da sich diese nach dem damaligen Erkenntnisstand zwar einfrieren ließen, die Überlebensrate nach dem Auftauen jedoch sehr gering war. Wohl auch durch neuere, fortentwickelte Verfahren (zum Beispiel „Vitrifizierung“, die sich erst in den letzten Jahren in der Reproduktionsmedizin etabliert hat) ist dies offensichtlich nunmehr unproblematisch möglich und die Überlebensrate wird mit etwa 90 Prozent angegeben.

Auch Keimzellgewebe wurde bislang nicht berücksichtigt.

Nach dem Referentenentwurf des BMG Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG soll der in der gesetzlichen Krankenversicherung der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen eine akute Krebserkrankung bzw. deren Behandlung zu einem unwiederbringlichen Fertilitätsverlust führen würde und eine Kryokonservierung erforderlich ist, um nach der Genesung eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen, erweitert werden.

Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Februar 2010, Az. B 1 KR 10/09 R, ist das Einfrieren und die Lagerung von Eierstockgewebe als Teilausschnitt der Gesamtbehandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übernehmen, wenn es eine unselbstständige Vorbereitungshandlung der späteren (eigentlichen) ärztlichen Krankenbehandlung zur Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit darstellt, die in Form der Implantation des Gewebes stattfindet.

Anders zu beurteilen ist es aber, wenn eine Kryokonservierung von Körperzellen (nur) eine spätere künstliche Befruchtung ermöglichen soll. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG werden von den Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bisher nur Maßnahmen umfasst, die dem einzelnen natürli-

chen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen, nicht aber eine Kryokonservierung und Lagerung von Samenzellen oder vorsorglich gewonnener Eizellen für die Wiederholung eines Versuchs der Befruchtung (vergleiche BSG, Urteil vom 17. Februar 2010, Az. B 1 KR 10/09 R).

Mit der Änderung des § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch soll der Anspruch auf Kryokonservierung nunmehr auch an Krebs erkrankten Personen zu Gute kommen, bei denen zwar keine spätere Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit oder Empfängnisfähigkeit an sich in Betracht kommt, für die aber eine spätere künstliche Befruchtung in Frage kommen könnte.

Dieser Intention entsprach bereits der bisherige § 45 Absatz 4. Die Erweiterungen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung sollen auch in den Katalog der Beihilfe aufgenommen werden. Dazu erfolgt eine Erweiterung um Eizellen und Keimzellgewebe. Die bisher als „Kann“-Vorschrift ausgestaltete Regelung bleibt auch weiterhin als solche bestehen.

Dabei soll weiterhin keine Beschränkung auf an Krebs erkrankte Personen sondern die Beschränkung auf medizinisch begründete Ausnahmefälle erhalten bleiben. Dies ist in erster Linie bei Krebspatienten der Fall, kann aber unter Umständen auch bei anderen Erkrankungen nicht ausgeschlossen werden (zum Beispiel als Folge von Unfällen).

Erforderliche beihilfefähige Aufwendungen im Zusammenhang mit der Kryokonservierung sind insbesondere die Entnahme, die Aufbereitung, die Lagerung und ein späteres Auftauen der Ei- oder Samenzellen oder des Keimzellgewebes. Die Beihilfefähigkeit einer sich gegebenenfalls anschließenden künstlichen Befruchtung richtet sich nach § 45 Absatz 1.

Die Kosten für die Maßnahmen betragen zwischen 3 500 und 4 300 Euro für junge Frauen und etwa 500 Euro für junge Männer. Dazu kommen Lagerungskosten von 300 Euro pro Jahr.

Die Beihilfefähigkeit der Lagerung ist weiterhin auf einen Zeitraum von höchstens 15 Jahren beschränkt, solange die Höchstaltersgrenzen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4 noch nicht überschritten sind. Die Begrenzung auf einen Zeitraum von 15 Jahren erscheint vorliegend weiterhin angemessen, um dem betroffenen Beamten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch ausreichend Zeit für eine Lebens- und Familienplanung zu ermöglichen und zugleich auch Jüngeren die Möglichkeit zu eröffnen, Maßnahmen der künstlichen Befruchtung innerhalb der angegebenen Altersgrenzen in Anspruch zu nehmen. Für eine unbefristete Lagerung beziehungsweise eine Begrenzung auf die Höchstaltersgrenzen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4 (auch über 15 Jahre hinaus) wird derzeit keine Notwendigkeit gesehen.

Zu Nummer 19

Redaktionelle Anpassung der Vollzitate.

Zu Nummer 20

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 21

Redaktionelle Anpassung der Vollzitate.

Zu Nummer 22

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wurde § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, der ebenso wie § 56 an vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen anknüpft, aufgrund weiterer Änderungen angepasst. Die dortigen Änderungen dienen der Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtswirkungen der Norm. Diese Änderungen treten erst zum 1. Januar 2020 in Kraft, weshalb diese Änderung des § 56 ebenfalls erst zum 1. Januar 2020 in Kraft treten soll (vergleiche Artikel 2 Absatz 2).

Zu Nummer 23

Zur weiteren Verbesserung der Servicefreundlichkeit wird eine Direktabrechnung mit stationären Einrichtungen nicht mehr an eine bestimmte Aufenthaltsdauer geknüpft.

Zu Nummer 24

Regelung ist aufgrund des Zeitablaufs nicht mehr anwendbar.

Zu Nummer 25

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Ein vollständiger Ausschluss der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Celattherapie ist nicht mehr angezeigt, da es für diese Therapie wissenschaftlich erwiesene Einsatzgebiete bei Schwermetallvergiftung (nicht jedoch für die sogenannte „Alternative Schwermetallausleitung“), Siderose, und Morbus Wilson gibt. Die Chelattherapie wird daher in Abschnitt 2 aufgenommen (vergleiche Buchstabe b Doppelbuchstabe aa).

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Folgeänderung zu Dreifachbuchstabe aaa.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Liposuktion bei Lipödem kann nicht aufrechterhalten werden. Die bisherige ausschließliche Zuordnung der Liposuktion bei Lipödem in den Bereich der Schönheitsoperationen ist nicht gerechtfertigt. Das Lipödem ist eine chronische und progrediente Erkrankung (seit 1. Januar 2017 im ICD-10-Klassifikationssystem enthalten), deren Ursache unbekannt ist. Die bestehende Fettvermehrung kann durch konservative Therapien nicht beeinflusst werden. Das VG Köln hat mit Urteil vom 2. Februar 2017 – 1 K 1983/16 - Aufwendungen für eine Liposuktion bei Lipödem als beihilfefähig bewertet, weil es bisher keine anerkannten Heilverfahren gibt, die eine Heilung oder wesentliche Besserung des Lipödems bewirken können. Die Behandlung wird auch in der S1-Leitlinie Lipödem der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.), Stand 10/2015 befürwortet, wenn trotz konsequent durchgeführter konservativer Therapie noch Beschwerden bestehen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Neurostimulation nach Molsberger ist entsprechend einer vom Ministerium der Finanzen des Landes Nordrhein-Westfalen eingeholten Stellungnahme der Deutschen Gesell-

schaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. vom 21. Februar 2018 keine wissenschaftlich anerkannte Heilmethode.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Folgeänderung zu Dreifachbuchstabe aaa.

Zu Doppelbuchstabe dd

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Der Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für das SAVIR-Verfahren und ähnlicher auf diesem Prinzip beruhender Verfahren erfolgt auf Grundlage einer Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbands der Augenärzte vom 26. Januar 2017 an das Finanzministerium Rheinland Pfalz.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Folgeänderung zu Dreifachbuchstabe aaa.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird auf die Begründung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe a Dreifachbuchstabe aaa verwiesen. Aufwendungen für eine Chelattherapie sind aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Buchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Klarstellung und Vereinheitlichung. Die Orthopädie ist ein Fachgebiet der Chirurgie. Somit sind chirurgische Indikationen vom orthopädischen Anwendungsbereich erfasst.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es wird eine Leistungserweiterung zu Lasten der GKV aufgrund des Beschlusses des GBA vom 21. September 2017 nachvollzogen. Aufwendungen für eine Hyperbare Sauerstofftherapie sind nun auch für Patienten mit schwerem diabetischem Fußsyndrom beihilfefähig.

Zu Doppelbuchstabe ee

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 26

Zu Anlage 3 (zu § 26 Absatz 2)

Die Regelungen der GKV zur Heilmittelgewährung werden weitegehend wirkungsgleich in das sächsische Beihilferecht übertragen. Änderungen sind inhaltlich, strukturell und bezüglich der beihilfefähigen Höchstbeträge erforderlich. Die neuen Höchstbeträge werden zu einem Anstieg der Heilmittelleistungen um etwa 30 Prozent führen. Diese Erhöhung ist notwendig, weil es in den letzten 25 Jahren keine Anpassung der beihilfefähigen Erstat-

tungsbeträge für Heilmittel gegeben hat. Betriebswirtschaftliche Kalkulationen der Leistungserbringer belegen deutliche Kostenzuwächse. Eine bedarfsgerechte Versorgung der Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen seitens der Leistungserbringer kann zu den bisherigen Höchstsätzen nicht mehr sichergestellt werden. Die Eigenanteile der Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen würden erheblich steigen. Daher ist auch aus Fürsorgegründen eine Anhebung der beihilfefähigen Höchstbeträge unvermeidbar. (Die neuen Heilmittelhöchstbeträge, die eine Arbeitsgruppe der Bund-Länder-Kommission für das Beihilferecht erarbeitet hat, sind bereits seit 1. August 2018 in einer ersten Stufe für den Geltungsbereich der Bundesbeihilfeverordnung in Kraft und werden auch von anderen Bundesländern zeitnah in das Beihilferecht übernommen.)

Zu Anlage 4 (zu § 39 Absatz 2 und 5)

Das Kurorteverzeichnis wurde redaktionell überarbeitet und bezüglich der Schreibweise vereinheitlicht. Weiterhin wurden das Verzeichnis Teil A und Teil B Nummer 1 inhaltlich aktualisiert.

Die Anerkennung von Heilkurorten im Inland ist Ländersache. Änderungen erfolgen fortlaufend. Die bis Oktober 2018 bekannten Änderungen wurden im Verzeichnis berücksichtigt. Das Verzeichnis der Heilkurorte enthält u. a. Orte mit dem Prädikat „Seeheilbad“. Nicht erfasst waren bisher „Seebäder“. Für die Verleihung des Prädikats „Seeheilbad“ ist es in der Regel erforderlich, dass sich im Ort Einrichtungen zur Abgabe und Anwendung der Kurmittel befinden. Bei Orten, die das Prädikat „Seebad“ führen, ist die Vorhaltung von Einrichtungen zur Abgabe und Anwendung der Kurmittel als nicht erforderlich vorgesehen. Anfang der 1990er Jahre waren in Mecklenburg-Vorpommern von der Bundesgeschäftsstelle des VdAK (jetzt vedk) auch Seebäder als Badeorte nach Anlage 1 des Badearztvertrages anerkannt worden, weil sie über die Voraussetzungen zur Durchführung von ambulanten Badekuren verfügen. Die in diesen Seebädern heute noch praktizierenden und kassenrechtlich zugelassenen Badeärzte genießen Bestandsschutz. Deshalb erfolgt die Aufnahme dieser Seebäder in Anlage 4, solange Bestandsschutz besteht.

Die in Teil B Nummer 1 vorgenommenen Ergänzungen sind die vom Europäischen Heilbäderverband (EHV) bestätigten Heilkurorte, die dem Qualitätsstandard in Deutschland entsprechen.

Zu Nummer 27

Zu Buchstabe a

Im Rahmen der Krebsvorsorge wurde ein Früherkennungsprogramm für erblich belastete Frauen entwickelt, womit Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko Zugang zu einem hochspezifischen Betreuungsangebot haben. Die Maßnahmen können von gesunden und erkrankten Ratsuchenden direkt in Anspruch genommen werden, wenn zuvor das Vorliegen der Einschlusskriterien (Familienkonstellationen mit einer empirischen Mutationswahrscheinlichkeit ≥ 10 %) geklärt wurde. Die entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung sind daher gemäß § 41 Absatz 4 beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in den von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentren durchgeführt wurden. Voraussetzungen und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmen sich dabei nach Anlage 5, der eine Vereinbarung des PKV-Verbandes mit dem Universitätsklinikum Köln zu Grunde liegt.

Diese Vereinbarung wurde zwischenzeitlich rückwirkend zum 1. Januar 2018 geändert. Dabei wurden auch die Pauschalen für die Genanalyse abgesenkt. Die abgesenkten Pauschalen werden nun in Anlage 5 übernommen. Durch die verminderten Pauschalen entstehen den Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen indes keine Nachteile, da die zugelassenen Zentren, also diejenigen, die dem vorgenannten

Vertrag beigetreten sind, ohnehin nach diesem Vertrag abrechnen. Insoweit besteht keine Gefahr, dass die abgesenkten Pauschalen nicht (mehr) auskömmlich sind.

Zu Buchstabe b

Auf die Begründung zur Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe a wird verwiesen.

Zu Buchstabe c

Hierbei handelt es sich lediglich um eine Änderung aufgrund der unter Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe a genannten geänderten Vereinbarung.

Zu Nummer 28

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe b wird verwiesen.

Zu Nummer 29

Die Abrechnung freiberuflich erbrachter Hebammenleistungen erfolgt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Die diesem Vertrag als Anlage beigefügte Hebammen-Vergütungsvereinbarung wurde auch aufgrund der Kostensteigerung der Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Hebammen zuletzt zum 15. Juli 2018 angepasst.

Aufgrund der Aufhebung der Sächsischen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (SächsHebGebVO) zum 1. Januar 2011 wurden die beihilfefähigen Gebührensätze nunmehr als Anlage zur Sächsischen Beihilfeverordnung geregelt. Mit der Aufhebung dieser Verordnung wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass die Hebammen ihre Vergütung künftig in Verträgen mit den Selbstzahlerinnen, zu denen auch die Beihilfeberechtigten gehören, selbst festlegen können. Die in der Anlage 6 aufgeführten Beträge richteten sich grundsätzlich nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1 zum Vertrag nach § 134a SGB V) unter Berücksichtigung eines angemessenen Steigerungssatzes, welcher nach der Sächsischen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung 1,8 betrug.

Aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten Anpassungen der Hebammen-Vergütungsvereinbarung werden die beihilfefähigen Gebührensätze nunmehr an die aktuelle Hebammen-Vergütungsvereinbarung unter Berücksichtigung des angemessenen Steigerungssatzes angepasst. Zudem wurden die Leistungsbeschreibungen an die aktuellen Formulierungen der Hebammen-Vergütungsvereinbarung unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Beihilferechts angepasst.

Diese Anpassung ist aufgrund der zwischenzeitlichen Änderungen des auf Bundesebene zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V notwendig. Neben der Anpassung der Höhe der Gebührensätze wurden zuletzt auch redaktionelle Änderungsnotwendigkeiten in einigen Vertragsanlagen vereinbart (vergleiche Anlage Vereinbarung über die Änderung der Vertragsanlagen des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 22.11./11.12.2017). Diese Vereinbarung trat am 15. Juli 2018 in Kraft.

Zu Nummer 30

Zu Buchstabe a

Ergänzung des Antragsvordruckes durch den Datenschutzhinweis.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Weitere datenschutzrechtliche Ergänzung.

Zu Nummer 31

Zu Buchstabe a

Ergänzung des Antragsvordruckes durch den Datenschutzhinweis.

Zu Buchstabe b

Weitere datenschutzrechtliche Ergänzung.

Zu Nummer 32

Mit der Ergänzung wird das bisher nicht enthaltene Pflegeunterstützungsgeld in das Antragsformular aufgenommen.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Artikel 2 Absatz 1 regelt das Inkrafttreten.

Zu Absatz 2

Hinsichtlich Artikel 2 Absatz 2 wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 22 verwiesen.

Zu Anlage (Anhang zu Artikel 1 Nummer 26)

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 26 wird hingewiesen.

Zu Anlage (Anhang zu Artikel 1 Nummer 28)

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 28 wird verwiesen.

Zu Anlage (Anhang zur Artikel 1 Nummer 29)

Auf die Begründung zu Artikel 1 Nummer 29 wird verwiesen.