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

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

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1
Allgemeine Regelungen

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

Abschnitt 2
Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1
Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8 Ärztliche Leistungen
§ 9 Heilpraktikerleistungen

Unterabschnitt 2
Ambulante zahnärztliche Leistungen

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

Unterabschnitt 3
Ambulante psychotherapeutische Leistungen

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

Unterabschnitt 4
Stationäre Leistungen

§ 20 Krankenhausleistungen

Unterabschnitt 5
Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

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

Unterabschnitt 6
Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

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

Unterabschnitt 7
Ergänzende Leistungen

§ 32 Fahrtkosten
§ 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten
§ 34 Kommunikationshelfer
§ 35 Familien- und Haushaltshilfe
§ 36 Überführungskosten in Todesfällen

Abschnitt 3
Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren

§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
§ 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
§ 39 Kuren

Abschnitt 4
Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten

§ 40 Schutzimpfungen
§ 41 Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen
§ 42 Kinderuntersuchungen
§ 43 Verhütung von Zahnerkrankungen

Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

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

Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit
§ 49 Häusliche Pflege
§ 50 Teilstationäre Pflege
§ 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
§ 52 Kurzzeitpflege
§ 53 Zusätzliche Betreuungsleistungen
§ 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
§ 55 Vollstationäre Pflege
§ 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

§ 57 Bemessung der Beihilfe
§ 58 Begrenzung der Beihilfe
§ 59 Eigenbeteiligungen
§ 60 Selbstbehalt
§ 61 Belastungsgrenzen

Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften

§ 62 Verfahren
§ 63 Antragsfrist
§ 64 Verwaltungsvorschriften

Abschnitt 9
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 65 Übergangsvorschriften
§ 66 Inkrafttreten und Außerkrafttreten

Anlage 1 (zu § 4 Abs. 4 Satz 2)	Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
Anlage 2 (zu § 9)	Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern
Anlage 3 (zu § 26 Abs. 2 und 5)	Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel
Anlage 4 (zu § 39 Abs. 2 und 5)	Kurorteverzeichnis
Anlage 5 (zu § 41 Abs. 4)	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung
Anlage 6 (zu § 44 Abs. 2)	Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen
Anlage 7 (zu § 45 Abs. 1)	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung
Anlage 8 (zu § 62 Abs. 1)	Antrag auf Gewährung von Beihilfe
Anlage 9 (zu § 62 Abs. 1)	Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe
Anlage 10 (zu § 62 Abs. 1)	Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Abschnitt 1
Allgemeine Regelungen

§ 1
Anwendungsbereich und Rechtsnatur

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

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

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

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

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

(6) Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579, 597), in der jeweils geltenden Fassung, verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Gesetzes zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern (Beamtenstatusgesetz – BeamtStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das durch Artikel 15 Abs. 16 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160, 262) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.

§ 2
Berücksichtigungsfähige Angehörige

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

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

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

§ 3
Konkurrenzen

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

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

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

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

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

§ 4
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

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

(2) Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten sind nur beihilfefähig, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes (EStG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854, 2922) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der letzten drei Jahre 18 000 EUR nicht übersteigen. Dies gilt nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 36 oder § 44 Abs. 1, 2, 4 und 5 handelt. Maßgebend für die durchschnittlichen Einkünfte nach Satz 1 sind die in den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung erzielten Einkünfte. Wird der Höchstbetrag nach Satz 1 unterschritten, ist dies auf Verlangen der Festsetzungsstelle durch Kopien der Einkommensteuerbescheide der Bezugsjahre oder andere geeignete Unterlagen zu belegen. Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 4 nachgewiesen werden, kann Beihilfe gewährt werden, wenn der Beihilfeberechtigte glaubhaft macht, dass der Höchstbetrag nach Satz 1 in dem nach Satz 3 maßgeblichen Zeitraum nicht überschritten wurde.

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

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

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

(5) Die Angemessenheit von Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325), in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert durch § 5 der Verordnung von 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721), in der jeweils geltenden Fassung. Liegen keine begründeten besonderen Umstände vor, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens (Schwellenwert) nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 GOÄ und § 2 Abs. 1 Satz 1 GOZ erbracht werden, sind nur nach den Vorgaben des Satzes 2 beihilfefähig.

(6) Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen bewertet werden. Die Dienstherren, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, oder der Kommunale

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

(7) Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfekonformen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a oder § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 SGB V oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 15. März 2012 (BGBl. I S. 462, 474) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, versichert, sind die Aufwendungen unangemessen, welche die in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V vereinbarten Gebühren übersteigen. Sofern keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, beurteilt sich die Angemessenheit nach § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 SGB V.

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

§ 5
Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

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

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme. Nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners. Wurde die Heilmaßnahme von einer Person erbracht, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu dem nahen Angehörigen steht und selbst nicht

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

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

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

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

§ 6
Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

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

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

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

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

§ 7
Aufwendungen im Ausland

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

Abschnitt 6 sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder Dienstort beihilfefähig wären.

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

1. sie bei einer Dienstreise des Beihilfeberechtigten entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 1 000 EUR je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
4. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt nur in Betracht, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines anderen von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes (Vertrauensarztes) die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.

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

Abschnitt 2
Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1
Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8
Ärztliche Leistungen

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

§ 9
Heilpraktikerleistungen

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

Unterabschnitt 2
Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10
Zahnärztliche Leistungen

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

§ 11
Implantologische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für zwei Implantate je Kiefer beihilfefähig.

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

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

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
   a) Tumoroperationen,
   b) Entzündungen des Kiefers,
   c) Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer folikulärer Zysten oder Keratozysten,
   d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
   e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder
   f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen oder
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken

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

§ 12
Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat. Bei Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsel des Kieferorthopäden bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind.

Aufwendungen für Leistungen zur Weiterführung der Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig.

§ 13
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei:

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

und wenn der Befund vom Zahnarzt dokumentiert ist.

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

(1) Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten sowie Lagerhaltung nach § 4 Abs. 3 und § 9 der GOZ, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 2150 bis 2320, den Abschnitten F und H Nr. 7080 bis 7100 sowie Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses zur GOZ entstanden sind, sind zu 60 Prozent beihilfefähig. Wenn in einer Rechnung zahnärztliche Leistungen, Auslagen, Material- und Laborkosten nicht getrennt ausgewiesen sind, sind bei der Beihilfefestsetzung 60 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages als Aufwendungen anzusetzen.

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

§ 15
Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf

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

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

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,
3. implantologische Leistungen nach § 11 und
4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach § 13.

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

Unterabschnitt 3
Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16
Psychotherapeutische Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(9) Psychotherapeutische Leistungen sind neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen dem Grunde nach beihilfefähig, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet. Indikationen hierfür sind insbesondere:

1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung in der Phase der Entwöhnung oder im Zustand der Abstinenz,
2. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
4. psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

(10) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind. Sofern eine Vergütungsvereinbarung mit diesen nicht besteht, sind die Aufwendungen bis zur Höhe des aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V., einem entsprechenden Landesverband oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Einrichtung zu tragenden Pauschalbetrages beihilfefähig.

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

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

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

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

§ 17
Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

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

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

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

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

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

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

§ 18
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. Analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 60 Sitzungen	höchstens weitere 30 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen

im Erweiterungsfall	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 30 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 40 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

Die Zuordnung von Jugendlichen zum Behandlungsumfang hat unter Beachtung der in § 1 Abs. 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515, 2536) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, niedergelegten Grundsätze im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach § 16 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 zu erfolgen.

(2) Aufwendungen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn diese Person
1. Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche ist:
   a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   b) Psychiatrie und Psychotherapie oder
   c) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

oder
2. Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" ist.

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

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

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

neben der Berechtigung nach den Absätzen 2 und 3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

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

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

§ 19
Verhaltenstherapie

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

1. Bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

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

durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 16 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen. § 16 Abs. 3 Satz 2 ist anzuwenden.

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

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

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

Unterabschnitt 4
Stationäre Leistungen

§ 20
Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen für Leistungen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, die nach dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579, 599), zuletzt geändert durch Artikel 13 Abs. 21 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983, 3015), in der jeweils geltenden Fassung, oder der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 13 Abs. 2 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579, 599), in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für

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

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

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatzes 1 Nr. 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9

Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG unter Zugrundelegung der oberen Grenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors ergibt,

2. in allen anderen Fällen ein täglicher Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz bei Behandlung von
   a) Erwachsenen
      aa) vollstationär bis zu 293,80 EUR
      bb) teilstationär bis zu 225,60 EUR
   b) Kindern
      aa) vollstationär bis zu 379,20 EUR
      bb) teilstationär bis zu 286,80 EUR,
3. gesondert berechnete Wahlleistung für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des gemäß § 10 Abs. 9 KHEntG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors und
4. Kosten einer Notfallversorgung, wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

Absatz 1 Nr. 3 Buchst. a gilt entsprechend.

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

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

Unterabschnitt 5
Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21
Arzneimittel

(1) Arzneimittel sind die in § 2 Abs. 1, 2 Nr. 1, Abs. 3a und 4 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983, 3021) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen, Gegenstände oder Erzeugnisse.

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

die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Abs. 3 Satz 2.

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

§ 22
Medizinprodukte

(1) Medizinprodukte sind, unabhängig von der konkreten Zweckbestimmung durch den Hersteller, die in § 3 Nr. 1 bis 3 des Gesetzes über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz – MPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 8. November 2011 (BGBl. I S. 2178, 2200) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Gegenstände, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sowie deren Zubehör (§ 3 Nr. 9 Satz 1 MPG), es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 2 AMG. Stoffliche Medizinprodukte sind Medizinprodukte, die aus Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen bestehen.

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

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

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

§ 23
Hilfsmittel

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

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

(3) Aufwendungen für die Reparatur eines beihilfefähigen Hilfsmittels sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen beihilfefähigen Hilfsmittels sind in der bisherigen Ausführung ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs

Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels erfolgt und in dieser Verordnung keine gesonderten Zeiträume für eine erneute Beschaffung festgelegt sind.

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

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

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

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

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

(9) Aufwendungen für Schuhe sind nur unter den Voraussetzungen der Nummern 1 bis 3 beihilfefähig:
1. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur dauerhaften Versorgung sind jeweils in Höhe des 64 EUR übersteigenden Betrages und nach folgenden Höchstgrenzen beihilfefähig für
   a) Orthesenschuhe,
   b) Spezialschuhe für Diabetiker und
   c) Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, bei folgender Ausführung:
      aa) Straßenschuhe – Erstausstattung zwei Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,
      bb) Hausschuhe – Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,
      cc) Sportschuhe – Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren und
      dd) Badeschuhe – Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach vier Jahren.
2. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur vorübergehenden Versorgung sind beihilfefähig für
   a) Fußteilentlastungsschuhe,

b) Innenschuhe,
c) Korrektursicherungsschuhe,
d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehnen-schädigung oder Lähmungszuständen und
e) Verbandschuhe.

3. Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen oder für orthopädische Einlagen, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse sind an jeweils bis zu sechs Paar Schuhen pro Jahr beihilfefähig.

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

§ 24
Sehhilfen

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

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

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

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

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

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

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

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

1. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit

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

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

§ 25
Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

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

(2) Aufwendungen für enterale Ernährung in Form von Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen und diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig ist bei:
1. Ahornsirupkrankheit,
2. AIDS-assoziierten Diarrhöen,
3. angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,
4. angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
5. Colitis ulcerosa,
6. Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
7. erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, insbesondere bei Mundboden- und Zungenkarzinom,
8. Kurzdarmsyndrom,
9. Morbus Crohn,
10. Mukoviszidose,
11. Multipler Nahrungsmittelallergie,
12. Niereninsuffizienz,
13. Phenylketonurie,
14. postoperativer Nachsorge oder
15. Tumortherapien, auch nach der Behandlung.

(3) Aufwendungen für Elementardiäten sind für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr auch beihilfefähig bei
1. Kuhmilcheiweißallergie oder
2. Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

Unterabschnitt 6
Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26
Heilmittel

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

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

(3) Aufwendungen für ärztlich verordnete Gerätegestützte Krankengymnastik einschließlich eines Medizinischen Aufbautrainings (MAT) oder einer Medizinischen Trainingstherapie (MTT) mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind bis zu maximal fünfundzwanzig Sitzungen je Krankheitsfall und nur beihilfefähig, wenn

1. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
2. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann.

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

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

§ 27
Komplextherapie und integrierte Versorgung

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

(2) Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19 und 26, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen beihilfefähig, die von Sozialversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen mit der Einrichtung oder Leistungserbringern oder, sofern eine solche nicht besteht, aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V., einem entsprechenden Landesverband oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Einrichtung oder Leistungserbringern zu tragen sind.

(3) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind für bis zu maximal fünfundzwanzig Sitzungen je Krankheitsfall und bis zu einem Betrag von 61,35 EUR pro Sitzung bei einer Behandlungsdauer von mindestens fünfzig Minuten beihilfefähig, wenn sie von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht wird.

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

§ 28
Mobilitätstraining für Blinde

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

1. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
   a) je Unterrichtsstunde (Sechzig Minuten), einschließlich fünfzehn Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu einhundert Stunden 63,50 EUR
   b) Fahrzeitentschädigung für Fahrten des Trainers, je angefangene fünf Minuten 4,21 EUR
   c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenem Kilometer 0,30 EUR
   oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
   d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers pro Tag, soweit eine tägliche Rückkehr zu seinem Wohnort nicht zumutbar ist 26 EUR.

   Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, sind die Aufwendungen des Trainers nur in Höhe des auf den Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen entfallenden Anteils und bis zu den anteiligen Höchstbeträgen nach Satz 1 beihilfefähig.
2. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining, insbesondere bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder eines Wohnortwechsels sind entsprechend Nummer 1 beihilfefähig.
3. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an elektronischen Blindenleitgeräten sind entsprechend Nummer 1 bis zu dreißig Stunden beihilfefähig; darüber hinaus können in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere zwanzig Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.

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

§ 29
Soziotherapie

(1) Aufwendungen für eine von einem Facharzt mit den Gebietsbezeichnungen Psychiatrie, Neurologie und Psychiatrie oder Nervenheilkunde verordnete Soziotherapie sind nach Maßgabe des § 37a SGB V beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu

nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind

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

und

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

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

§ 30
Häusliche Krankenpflege

(1) Häusliche Krankenpflege umfasst

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

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

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

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

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

§ 31
Palliativversorgung

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

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

Unterabschnitt 7
Ergänzende Leistungen

§ 32
Fahrtkosten

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

Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist. Aufwendungen nach Satz 1 sind ohne ärztliche Verordnung dem Grunde nach beihilfefähig, wenn
1. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), “aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), “Bl“ (blind) oder “H“ (hilflos) vorlegen oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen,
2. vorübergehend eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach den Kriterien von Nummer 1 vorliegt oder
3. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

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

(3) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Sächsische Gesetz über die Reisekostenvergütung der Beamten und Richter (Sächsisches Reisekostengesetz – SächsRKG) vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866), in der jeweils geltenden Fassung, entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug nur nach § 5 Abs. 1 Satz 1 SächsRKG gewährt wird. Bei Fahrten nach Absatz 1 Nr. 6 und Abs. 2 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

(4) Ist für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn
1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

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

§ 33
Unterkunfts- und Verpflegungskosten

(1) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlungen mit Ausnahme von Kuren (§ 39) sind bis zum Höchstbetrag von 30 EUR täglich beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft und Verpflegung in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Ausland sind bis zur Höhe der Auslandstagegeld- und -übernachtungskostensätze nach den Anlagen 1 bis 5 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Reisekostenvergütung bei Auslandsdienstreisen (Sächsische Auslandsreisekostenverordnung – SächsARKVO) vom 14. März 1997 (SächsGVBl. S. 362), zuletzt geändert durch Verordnung vom 29. Januar 2010 (SächsGVBl. S. 61), in der jeweils geltenden Fassung, beihilfefähig.

§ 34
Kommunikationshelfer

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

§ 35
Familien- und Haushaltshilfe

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

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

Sie werden der jüngsten im Haushalt verbleibenden Person zugeordnet.

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

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

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

(4) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zur Höhe von 8 EUR pro Stunde, höchstens 64 EUR täglich, beihilfefähig. Im Todesfall der den Haushalt führenden

Person sind die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch einen nahen Angehörigen im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 2 durchgeführt, gilt für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen § 30 Abs. 3 entsprechend.

(5) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim untergebracht, sind die notwendigen Aufwendungen hierfür bis zur Höhe der Vergütungssätze der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. Bei Unterbringung dieser Personen in einem fremden Haushalt sind die Aufwendungen bis zur Höhe der in Absatz 4 Satz 1 genannten Sätze beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn
1. eine ambulante ärztliche Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

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

§ 36
Überführungskosten in Todesfällen

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

Abschnitt 3
Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren

§ 37
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

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

(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Heilbehandlungen im Anschluss oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer Krankenhausbehandlung in geeigneten spezialisierten Einrichtungen (Anschlussheilbehandlung),
2. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen, oder in Krankenhäusern,
3. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, soweit das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
4. Familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert, in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
5. Suchtbehandlungen, die auch als Entwöhnung durchgeführt werden können, einschließlich ambulanter Nachsorge in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
6. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in Wohnortnähe und
7. ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne von § 44 Abs. 1 Nr. 3 oder Nr. 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 13 Abs. 26 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579, 599 geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

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

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

und

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

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

§ 38
Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

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

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

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
   a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall, auch postoperativ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
   b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
   c) instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik oder
   d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,
2. Operation am Skelettsystem bei
   a) posttraumatischen Osteosynthesen oder
   b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit bei
   a) Schulterprothesen,

b) Knieendoprothesen oder
c) Hüftendoprothesen,

4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
   a) Kniebandrupturen mit Ausnahme eines isolierten Innenbandes,
   b) Schultergelenkläsionen oder
   c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
   oder
5. Amputationen.

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

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

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

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

§ 39
Kuren

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

(2) Für Beihilfeberechtigte nach § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SächsBG sind Aufwendungen für ambulante Kuren und Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beihilfefähig, wenn die Kur unter Anwendung von Heilmitteln gemäß § 26 nach einem ärztlich erstellten

Kurplan in einem anerkannten Kurort nach Anlage 4 durchgeführt wird. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden.

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

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

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

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

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

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

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

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

Abschnitt 4
Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten

§ 40
Schutzimpfungen

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

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

§ 41
Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

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

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

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

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

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

§ 42
Kinderuntersuchungen

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

§ 43
Verhütung von Zahnerkrankungen

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

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

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

Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44
Schwangerschaft und Geburt

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

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

Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550, 554) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung. Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 1 bis 5 und 7 gelten als Aufwendungen der Schwangeren. Dies gilt auch für Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 6 für das gesunde Neugeborene.

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

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

(4) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150 EUR gewährt (Geburtspauschale). Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird diese Beihilfe nur einmal gezahlt; sie soll der Mutter gewährt werden.

(5) Ist bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne eigenen Haushalt im Inland in Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung am

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

§ 45
Künstliche Befruchtung

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

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

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

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

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

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

§ 46
Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

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

(2) Aufwendungen für einen nach den Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 und 3 des Strafgesetzbuches (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 5 Abs. 3 des Gesetzes vom 24. Februar 2012 (BGBl. I S. 212, 248) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig. Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft sind die Aufwendungen mit Ausnahme der in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Aufwendungen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in den Fällen des Satzes 2 auch die Aufwendungen einer erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches.

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

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

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

(3) Aufwendungen für Organtransplantationen, Gewebe- und Stammzellspenden sind beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Die Abschnitte 2 und 3 sind entsprechend anzuwenden, soweit die Aufwendungen bei den für die Organtransplantation, Gewebe- oder Stammzellspende notwendigen Maßnahmen entstehen. Beihilfefähig ist auch der vom Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für als Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender nicht in Betracht kommen.

(4) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan, Geweben oder einem nicht verwandten Stammzellspender in das Zentrale Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.

Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48
Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 13 Abs. 27 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579, 599) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI erfüllt sind. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne von § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für

Beratungsbesuche (§ 49 Abs. 5) und zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 53). Die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach Abschnitt 2 beihilfefähigen Aufwendungen nach Maßgabe dieses Abschnittes dem Grunde nach beihilfefähig.

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

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

§ 49
Häusliche Pflege

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

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

(2) Wird die häusliche Pflege durch andere geeignete Personen erbracht, wird anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 eine Pauschalbeihilfe nach Maßgabe des § 37 Abs. 1 SGB XI gewährt. Sind die Voraussetzungen nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld ist auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen; § 6 Abs. 1 bleibt unberührt. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

(3) Erfolgt die häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird.

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

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

§ 50
Teilstationäre Pflege

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

(2) Wird die teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung in Kombination mit häuslicher Pflege durch
1. geeignete Pflegekräfte (§ 49 Abs. 1),
2. andere geeignete Personen (§ 49 Abs. 2) oder
3. geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Personen (§ 49 Abs. 3)

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

§ 51
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

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

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

§ 52
Kurzzeitpflege

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

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

§ 53
Zusätzliche Betreuungsleistungen

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

§ 54
Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

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

(2) Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen sind in entsprechender Anwendung des § 40 Abs. 4 SGB XI beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt; beihilfefähig ist der Betrag, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird. Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nach Satz 1 nur zur Hälfte gewährt; hierbei ist von den Aufwendungen ein Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent der Kosten der Maßnahme, jedoch höchstens 50 Prozent des monatlichen Einkommens im Sinne von § 55 Abs. 5, abzuziehen.

§ 55
Vollstationäre Pflege

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

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

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

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

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

(5) Einkommen im Sinne von Absatz 4 sind

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

des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten.

§ 56
Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

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

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

§ 57
Bemessung der Beihilfe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. für erstattungsfähige Aufwendungen infolge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen Beschädigung, die sich der Beamte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat, soweit keine Ansprüche auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bestehen und

2. in besonderen Ausnahmefällen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 BeamtStG zwingend geboten ist.

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

§ 58
Begrenzung der Beihilfe

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

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

§ 59
Eigenbeteiligungen

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

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

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

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

§ 60
Selbstbehalt

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

1. des sich in Elternzeit befindenden Beihilfeberechtigten und dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 102 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SächsBG),
2. bei Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (Abschnitt 4),
3. im Rahmen der Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung (§ 44 Abs. 1) und
4. in Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 6).

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

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

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

§ 61
Belastungsgrenzen

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

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

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit mindestens der Pflegestufe 2 nach dem Zweiten Kapitel des SGB XI vor,
2. es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579, 585) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 Prozent vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss oder
3. es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

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

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

Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften

§ 62
Verfahren

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

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

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

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

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

(6) Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne

Zustimmung des Beihilfeberechtigten die Beihilfe für bei ihnen entstandene Aufwendungen selbst beantragen. Satz 1 gilt entsprechend bei Aufwendungen für Kinder des Antragstellers, sofern diese beim Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das vom Antragsteller angegebene Konto.

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

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

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

§ 63
Antragsfrist

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

§ 64
Verwaltungsvorschriften

Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Abschnitt 9
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 65
Übergangsvorschriften

(1) Für Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bis dahin maßgebenden Beihilfevorschriften anzuwenden.

(2) Die im Sommersemester 2006 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschriebenen Kinder des Beihilfeberechtigten gelten für die Dauer des Studiums als

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

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

§ 66
Inkrafttreten und Außerkrafttreten

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

Dresden, den

Der Staatsminister der Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Anlage 1
(zu § 4 Abs. 4 Satz 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:

A

a) Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
b) Atlastherapie nach Arlen
c) Autohomologe Immuntherapien (zum Beispiel ACTI-Cell-Therapie)
d) Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
e) Ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi

B

a) Bachblütentherapie
b) Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
c) Biophotonen-Therapie
d) Bioresonatorentests
e) Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
f) Bogomoletz-Serum
g) Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
h) Bruchheilung ohne Operation durch biologische Injektionsbehandlung

C

a) Chelat-Therapie
b) Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
c) Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (zum Beispiel Visuelle Restitutionstherapie [VRT])
d) Cytotoxologische Lebensmitteltests

D

DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)

E

a) Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
b) Elektro-Neural-Diagnostik
c) Epidurale Wirbelsäulen-Kathedertechnik nach Prof. Racz
d) Ernährungstherapie nach Dr. Fratzer/Dr. Hebener

F

Frischzellentherapie

G

a) Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik [BFD], Mora-Therapie, Matrix-Rhythmus-Therapie)
b) Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

H
a) Heileurhythmie
b) Höhenflüge (zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung)

I
a) Immuno-augmentative Therapie (IAT)
b) Immunseren (Serocytol-Präparate)
c) Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

K
a) Kariesdetektor-Behandlung
b) Kinesiologische Behandlung
c) Kirlian-Fotografie
d) Kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)
e) Konduktive Förderung nach Petö

L
Laser-Behandlung im Bereich der Physikalischen Therapie

M
Modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin, Orthokin-Therapie) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N
a) Neurotopische Diagnostik und Therapie
b) Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O
Osmotische Entwässerungstherapie

P
a) Psycotron-Therapie
b) Pulsierende Signaltherapie (PST)
c) Pyramidenenergiebestrahlung

R
a) Radiale Stoßwellentherapie
b) Regeneresen-Therapie
c) Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
d) Rolfing-Behandlung

S
a) Schwingfeld-Therapie
b) Stammzellentherapie nach Dr. Toft

T
a) Thermoregulationsdiagnostik
b) Trockenzellentherapie

V

a) Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
b) Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z
Zellmilieu-Therapie

2. Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

a) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung; Implantation von Intraokularlinsen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillengläser oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

b) Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen oder schmerztherapeutischen Indikationen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung verkalkender Sehnenerkrankungen (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporn (Fasziitis plantaris) oder der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillodynie). Beihilfefähig sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge, insbesondere nach Nummer 445 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ, sind nicht beihilfefähig.

c) Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

d) Klimakammerbehandlungen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

e) Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel mit Aludrin.

f) Magnetfeldtherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie im Rahmen einer repetitiven transcraniellen Magnetstimulation bei Depressionen.

g) Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusserkrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

h) Prostata-Hyperthermie-Behandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

i) Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 der Anlage 3 zugeordnet.

j) Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Anlage 2
(zu § 9)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
1-10	**Allgemeine Leistungen**	
1	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens nach den Regeln der klassischen Homöopathie *Die Aufwendungen für diese Leistung sind innerhalb von 6 Monaten höchstens dreimal beihilfefähig.*	35,00
3	Kurze Information, auch telefonisch, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	3,00
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 4 sind nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder 17.1 beihilfefähig.*	18,50
5	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung	9,00
6	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00
7	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, zwischen 20 und 7 Uhr (bei Nacht)	18,00
8	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, an Sonn- und Feiertagen	20,00
	Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Die Aufwendungen nach den Nummern 6 bis 8 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso sind die erhöhten Aufwendungen für Sonn- und Feiertage nur beihilfefähig, wenn der Heilpraktiker nicht gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.	
9	**Hausbesuch einschließlich Beratung**	
9.1	bei Tag	24,00
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00
9.3	bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen	29,00
10	**Nebengebühren für Hausbesuche**	
10.1	Für jede angefangene Stunde bei Tag von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
10.2	Für jede angefangene Stunde bei Nacht von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00
10.5	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Tag von 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00
10.6	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Nacht von 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so sind pro Kilometer an Reisekosten beihilfefähig	0,20
	Beihilfefähig sind nur die Wegkilometer des jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweges. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.	
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so sind auch an Stelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten des Heilpraktikers beihilfefähig sowie der Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit in Höhe von	16,00
11	**Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen**	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	5,00
11.2	a) Ausführlicher Krankheits- und Befundbericht oder Gutachten (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00
	b) Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00
12	**Chemisch-physikalische Untersuchungen**	
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich *Die Aufwendungen für die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht beihilfefähig.*	3,00
12.2	Harnuntersuchung quantitativ *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn angegeben ist, auf welchen Stoff untersucht wurde (zum Beispiel: Zucker).*	4,00
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00
12.7	Blutstatus *Die Aufwendungen sind nicht neben den Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 12.9, 12.10, 12.11 beihilfefähig.*	10,00
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00
12.11	Zählung der Erythro-, Leuko- und Thrombozythen	
	a) mindestens eines der genannten Parameter: Erythozytenzahl, Hämatokrit, Hämoglobin, mittleres Zellvolumen (MCV) einschließlich der errechneten Kenngröße (zum Beispiel MCH, MCHC) und der Erythozytenverteilungskurve, Leukozytenzahl und Thrombozytenzahl.	3,00
	b) Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	3,00
12.13	Einfache mikroskopische oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld pro Untersuchung *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.*	6,00
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.*	7,00
13	**Sonstige Untersuchungen**	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach von Brehmer, Enderlein *Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.*	6,00
14	**Spezielle Untersuchungen**	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.1 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.2 beihilfefähig.*	8,00
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.2 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.1 beihilfefähig.*	8,00
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.3 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.*	5,00
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen *Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.9 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.*	8,00
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- oder Strömungsmessungen	9,00
17	**Neurologische Untersuchungen**	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00
18-23	**Spezielle Behandlungen**	
20	**Atemtherapie, Massagen**	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00
20.2	Nervenpunktmassage zum Beispiel nach Cornelius und Aurelius, Spezialnervenmassage	6,00
20.3	Bindegewebsmassage	6,00
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00
20.5	Großmassage	6,00
20.6	Sondermassagen	
	a) Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00
	b) Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periotmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00
21	**Akupunktur**	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00
22	**Inhalationen**	
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00
24-30	**Blutentnahme - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren**	

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
24	**Eigenblut**	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00
25	**Injektionen, Infusionen**	
	Die Aufwendungen für die bei Infusionen eingebrachten Arzneitmittel sind nach Maßgabe des § 22 beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Präparate müssen angegeben sein.	
25.1	Injektion, subkutan	4,50
25.2	Injektion, intramuskulär	4,50
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	6,00
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,00
25.5	Injektion, intraartikulär	11,00
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,00
25.7	Infusion	7,00
25.8	Dauertropfinfusion	10,00
26	**Blutentnahmen**	
26.1	Blutentnahme	3,00
26.2	Aderlass	12,00
27	**Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren**	
27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00
27.2	Skarifikation der Haut	4,00
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00
27.5	Schröpfkopfmassage einschließlich Gleitmittel	5,00
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00
27.12	Biersche Stauung	5,00
28	**Infiltrationen**	

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00
29	**Roedersches Verfahren**	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00
30	**Sonstiges**	
30.1	Spülung des Ohres	5,00
31-33	**Wundversorgung, Verbände und Verwandtes**	
31	**Abszesse, Akne**	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00
32	**Versorgung einer frischen Wunde**	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00
33	**Verbände (außer zur Wundbehandlung)**	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband *Die Aufwendungen für die für den Verband verbrauchten Materialien sind in Höhe der nachweisbaren Kosten beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Materialien müssen angegeben sein*	10,00
34	**Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung**	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule *Die Aufwendungen sind nur einmal je Sitzung beihilfefähig.*	19,00
35	**Osteopathische Behandlung**	
35.1	des Unterkiefers	11,00
35.2	des Schultergelenkes	21,00
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes oder der Fußgelenke	21,00
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00
35.5	des Daumens	10,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00
36-39	**Hydro- und Elektrotherapie**	
36	**Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen** *Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00
36.4	Kneippsche Güsse	4,00
37	**Elektrische Bäder und Heißluftbäder** *Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00
38	**Spezialpackungen** *Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.*	
38.1	Fangopackungen	3,00
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00
39	**Elektro-physikalische Heilmethoden**	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	4,00
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Anlage 3
(zu § 26 Abs. 2 und 5)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Nummer	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	I. Inhalationen [1)]	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
	II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
4	Krankengymnastische Behandlung [2)] (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung [2)] auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung [2)] auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen), auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen [2)]	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50

Nummer	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
13	Chirogymnastik einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40
14	Gerätegestützte Krankengymnastik einschließlich Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT) [3] Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
15	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschlinge)	5,20
16	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
	III. Massagen	
17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) [2]	13,80
18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität [4]	8,70
19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10
	IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
20	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
21	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	aa) bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	bb) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aaa) Teilpackung	20,50
	bbb) Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	aa) Anwendung von Lehm oder Quark	7,70

Nummer	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	bb) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen und ähnliches, auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
22	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
23	a) An- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00
24	a) Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
	b) Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
25	Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00
26	a) Naturmoor-Halbbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,90
27	Sandbäder, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
28	Sole-Foto-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
29	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
30	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50

Nummer	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00
	d) Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10
	Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummer 29 Buchst. a bis c und Nr. 30 Buchst. b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 EUR. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 29 Buchst. d beihilfefähig.	
	V. Kälte- und Wärmebehandlung	
31	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
32	Eisteilbad	9,80
33	Heißluftbehandlung [5)] oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
	VI. Elektrotherapie	
34	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20
35	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
37	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
38	Iontophorese	6,20
39	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
40	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
	VII. Lichttherapie	
41	Behandlung mit Ultraviolettlicht [5)]	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
42	a) Reizbehandlung [5)] eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10

Nummer	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	b) Reizbehandlung [5)] mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
43	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
	VIII. Logopädie	
45	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
46	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
47	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
	IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
48	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
49	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
50	Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
51	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

Nummer	**Leistung**	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	X. Podologische Therapie	
52	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
53	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
54	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
55	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
56	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	26,10
57	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	14,50
58	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
59	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der Nummer 58 abrechenbar), je Person	3,50
	XI. Sonstiges	
60	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
61	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
	Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 60 und 61 nur anteilig je Patient ansetzbar.	

1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

2) Neben den Leistungen der Nummern 4 bis 6 sind Leistungen der Nummern 10 oder 17 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

3) Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 oder 17 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

4) Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.

5) Die Leistungen der Nummern 33, 41, 42 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

Anlage 4
(zu § 39 Abs. 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 Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077 Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419 Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043 Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680 Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707 Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773 Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
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	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort, Heilklimatischer Kurort
Baltrum	26579 Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429 Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435 Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410 Bayreuth	B - Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellen-Kurbetrieb
Bayrischzell	83735 Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624 Bederkesa	G	Ort mit Moor-

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			Kurbetrieb
Bellingen	79415 Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806 Belzig	Belzig	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455 Bad Bentheim	Bad Bentheim	Moorheilbad, Mineralheilbad
Berchtesgaden	83471 Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887 Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438 Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319 Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460 Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. 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 Heil-quellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549 Bad Bevensen	Bad Bevensen	Jod-Sole-Bad
Biberach	88400 Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
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 Heil-quellen-Kurbetrieb
Boltenhagen	23944 Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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	Heilbad
Breisig	53498 Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929 Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenau	97769 Bad Brückenau	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422 Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor)-Heilbad
Buckow	15377 Buckow	G – ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257 Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761 Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659 Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769 Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
C			
Camberg	65520 Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663 Bad Colberg-Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478 Cuxhaven	Duhnen, Döse, Grimmershörn	Nordseeheilbad
D			
Dahme	23747 Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351 Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550 Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760 Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582 Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342 Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335 Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209 Bad Doberan	Bad Doberan	(Moor-)Heilbad
		Heiligendamm	Seeheilbad
Driburg	33014 Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Düben	04849 Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098 Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073 Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E			
Ehlscheid	56581 Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707 Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Elster	04645 Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
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			
Fallingbostel	29683 Bad Fallingbostel	Bad Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	83075 Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898 Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538 Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567 Bad Frankenhausen	K	Soleheilbad
Freiburg	79098 Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259 Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Freudenstadt	72250 Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718 Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629 Füssen	a) Bad Faulenbach	Heilbad
		b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	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, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
G			
Gaggenau	76571 Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
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	Kneippheilbad
Gladenbach	35075 Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960 Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586 Ostseebad Göhren	G	Keippkurort
Goslar	38644 Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Graal-Müritz	18181 Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689 Grasellenbach	K	Kneippheilbad
Griesbach i.	94086 Bad Griesbach	Bad Griesbach i. Rottal	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Rottal	i. Rottal	Weghof	
Grömitz	23743 Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
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	Seeheilbad
Grund	37539 Bad Grund	Bad Grund	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
H			
Haffkrug-Scharbeutz	23683 Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401 Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
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, Weiher-weber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774 Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308 Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498 Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358 Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17442 Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332 Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Hersfeld	36251 Bad Hersfeld	K	Heilbad
Hille	32479 Hille	Rothenuffeln	Kurmittelbetrieb (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541 Bad Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort 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	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321 Hohwacht	G	Seeheilbad
Homburg	61348 Bad Homburg	K	Heilbad
Horn	32805 Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I, J			
Iburg	49186 Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippkurort
Isny	88316 Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
Juist	26571 Juist	G	Nordseeheilbad
K			
Karlshafen	34385 Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117 Kassel	Wilhelmshöhe	Heilbad und Kneippheilbad
Kellenhusen	23746 Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688 Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639 Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732 Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126 Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631 Bad Königs-	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
	hofen i. Grabfeld	Gemeinden Aub und Merkershausen	
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
L			
Laasphe	57334 Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196 Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112 Lahnstein	Stadtteil Lahnstein auf der Höhe	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947 Bad Langensalza	K	Schwefe-Sole-Heilbad
Langeoog	26465 Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651 Bad Lausick	G	Heilbad
Lauterberg	37431 Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853 Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448 Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924 Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloid-kurbetrieb
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 Lobenstein	K	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638 Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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 Heil-quellen-Kurbetrieb
Münder	32848 Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902 Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418 Murnau a. Staffelsee	B - Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
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, Mineralheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Neualbenreuth	95698 Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth/ Sibyllenbad	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386 Neubulach	Neubulach	Heilstollen-Kurbetrieb 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/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	Seeheilbad
Norden	26506 Norden	Norddeich	Nordseeheilbad
Norderney	26548 Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845 Nordstrand	G	Seeheilbad
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
Oeynhausen	32545 Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939 Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619 Bad Orb	K	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Ottobeuren	87724 Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466 Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P			
Pellworm	25847 Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469 Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740 Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457 Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	32361 Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209 Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812 Bad Pyrmont	K	Moorheilbad, Mineralheilbad
R			
Radolfzell	78315 Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486 Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906 Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	83435 Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
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			

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Saarow	15526 Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441 Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713 Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162 Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Soleheilbad, Moorheilbad
Salzgitter	38259 Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364 Bad Salzschlirf	K	Heilbad
Salzuflen	32105 Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Salzungen	36433 Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887 Sasbachwalden	G	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	Seeheilbad
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 b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905 Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömberg	75328 Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471 Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217 Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
Schönborn	76669 Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
		b) Langenbrücken	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624 Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141 Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427 Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
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
Siegsdorf	83313 Siegsdorf	B - Adelholzener Primusquelle	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489 Sinzig	Bad Bodendorf	Heilbad
Sobernheim	55566 Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812 Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628 Bad Soden-Salmünster	K	Heilbad
Soltau	29614 Soltau	B	Ort mit Sole-Kurbetrieb
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	Seeheilbad und Mineralheilbad
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 Heilquellen-Kurbetrieb
Suderode	06507 Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334 Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heilbad
Sulza	99518 Bad Sulza	Bad Sulza	Soleheilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
T			
Tabarz	99891 Tabarz	G	Kneipp-Kurort
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 Heil-quellen-Kurbetrieb
Thyrnau	94136 Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669 Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822 Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
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	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757 Treuchtlingen	B - Altmühltherme, Lambertusbad	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
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
Varel	26316 Varel	B - Dangast	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Vilbel	61118 Bad Vilbel	K	Heilquellen-Kurbetrieb
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 Heil-quellen-Kurbetrieb
Waldsee	88399 Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-) Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434 Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486 Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414 Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Weiskirchen	66709 Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996 Wenningstedt/ Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980 Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wiesbaden	65189 Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488 Thermalbad Wiesenbad	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707 Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323 Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537 Bad Wildungen	a) K	Heilbad
		b) Reinhardshausen	Heilquellenkurbetrieb
Willingen	34508 Willingen (Upland)	a) K	Kneipheilbad 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	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438 Bad Windsheim	Bad Windsheim, Klein-windsheimermühle, Walkmühle	Heilbad

Name ohne "Bad"	PLZ/Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Winterberg	59955 Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946 Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825 Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364 Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429 Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heil-quellen-Kurbetrieb
Wünnenberg	33181 Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410 Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wyk a. F.	25938 Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
Z			
Zingst	18374 Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596 Zwesten	K	Heilbad und Heilquellen-Kurbetrieb
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
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
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar
Bodendorf	Sinzig
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Dangast	Varel
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Döse	Cuxhafen
Dürnöd	Füssing
Duhnen	Cuxhafen
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenau
Eckenhagen	Reichshof

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
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
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
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

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
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
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornhoven	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
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

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Norddeich	Norden
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
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reinhardshausen	Wildungen
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
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
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sibyllenbad	Neualbenreuth
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
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

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Warmbad	Wolkenstein
Warmeleithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiherweber	Heilbrunn
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
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
England	Bath
Frankreich	Aix-les-Bains Amélie-les-Bains Cambo-les-Bains Dax La Roche-Posay
Italien	Abano Terme Galzignano Ischia Montegrotto

Lettland	Jūrmala
Österreich	Badgastein Bad-Hall in Tirol Bad Hofgastein Bad Schönau Bad Waltersdorf Gröbming-Mitterberg Oberlaa
Polen	Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj Swinemünde Ortsteil Usedom
Rumänien	Bad Felix / Baile Felix
Slowakei	Bojnice / Weinitz Piestany Turcianske Teplice
Tschechien	Bad Belohrad / Lazne Belohrad Bad Joachimsthal / Jachymov Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach Franzensbad / Frantiskovy Lazne Johannisbad / Janske Lazne Karlsbad / Karlovy Vary Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne Luhacovice 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)

Anlage 5
(zu § 41 Abs. 4)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung

Die Maßnahmen nach § 41 Abs. 4 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 in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig:

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung
Einmalige Pauschale in Höhe von 900 EUR pro Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder. Die Kosten werden der Ratsuchenden zugeordnet.

2. Genanalyse
a) Einmalige Pauschale in Höhe von 5 900 EUR für eine an Brust- oder Eierstockkrebs Erkrankte (Indexfall).
b) Einmalige Pauschale in Höhe von 360 EUR, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.

Die Genanalyse nach Nummer 2 Buchst. a wird bei den Indexfällen durchgeführt. Im Fall einer gesunden Ratsuchenden wird die an Brust- oder Eierstockkrebs 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 Patientin, dessen Kosten dieser zugerechnet werden. Wenn aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Patientin abgeleitet werden können oder wenn sie eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, wird die Genanalyse als sogenannter prädikativer Gentest der gesunden Ratsuchenden zugeordnet. Das Vorliegen einer solchen Voraussetzung ist durch schriftliche ärztliche Stellungnahme oder durch schriftliche Dokumentation der Ablehnung nachzuweisen.

3. Früherkennungsmaßnahmen
Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von 580 EUR einmal pro Kalenderjahr.

4. Präventive Operationen
Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.

Anlage 6
(zu § 44 Abs. 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 mittels Kommunikationsmediums *Die Leistung nach Nummer 1 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 2, 3, 4, 5, 6 und 8 nicht beihilfefähig.* *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 Besonderheiten des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.*	10,46
2	Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten *Die Leistung nach Nummer 2 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 1, 4, 5, 6 und 8 nicht beihilfefähig.*	13,50
3	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 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), zuletzt geändert am 15. Dezember 2011 (BAnz S. 914), in der jeweils geltenden Fassung *Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:* *Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass* *Die Leistung nach Nummer 3 ist beihilfefähig* *a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,* *b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.* *Die Leistung nach Nummer 3 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde.*	40,39
4	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass und Befundübermittlung *Die Leistung nach Nummer 4 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf in Hebammenbetreuung (Nummer 3 Satz 2 Buchst. b) befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.*	10,28

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	Die Leistung nach Nummer 4 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde.	
5	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten *Dauert die Leistung nach Nummer 5 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.*	27,00
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.*	32,40
6	Kardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Mutterschafts-Richtlinien einschließlich Dokumentation im Mutterpass	11,57
7	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten) *Die Leistung nach Nummer 7 umfasst insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.*	10,28
8	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung für höchstens 28 Unterrichtseinheiten á 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit *Die Leistung nach Nummer 8 umfasst insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.*	13,50
	Teil B **Geburtshilfe** *(1) Die Leistungen nach den Nummern 9 bis 13 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der gegebenenfalls gesondert beihilfefähigenfähigen Leistungen nach den Nummern 14, 15, 24 und 25. Die Leistungen nach Nummer 16 Buchst. b bis d sind neben Leistungen nach Nummer 9 beihilfefähig, wenn die Hebamme, die die Geburt außerklinisch betreut hat, diese im Krankenhaus als Beleggeburt beendet.* *(2) Die jeweilige Leistung nach diesem Teil ist auch dann beihilfefähig, wenn die Hebamme erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung von Mutter und Kind Hilfe leisten konnte.* *(3) Die Leistungen nach den Nummern 9 und 13 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.* *(4) Die Leistung nach Nummer 16 Buchst. a ist nicht neben den Leistungen von derselben Hebamme nach den Nummern 9 bis 13 beihilfefähig.* *(5) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt der Geburt oder der Fehlgeburt, im Falle der Nummern 16 und 17 der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.*	
9	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	428,13

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
9.1	Nummer 9 mit allgemeinem Zuschlag	513,76
10	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	428,13
10.1	Nummer 10 mit allgemeinem Zuschlag	513,76
11	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	840,96
11.1	Nummer 11 mit allgemeinem Zuschlag	1.009,15
12	Hilfe bei einer Hausgeburt	987,84
12.1	Nummer 12 mit allgemeinem Zuschlag	1.185,41
13	Hilfe bei einer Fehlgeburt	288,00
13.1	Nummer 13 mit allgemeinem Zuschlag	345,60
14	Versorgung eines Dammschnitts oder eines Dammrisses I. oder II. Grades	54,00
15	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	126,00
16	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt a) im Krankenhaus, b) zu Hause, c) in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme, d) in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung *Die Leistung nach Nummer 16 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor dem Ende der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.* *Die Leistung nach Nummer 16 Buchst. a ist nur beihilfefähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.* *Die Leistungen nach Nummer 16 Buchst. b bis d sind nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt oder einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung beihilfefähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt oder außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist, begleitet oder dort als Beleggeburt beendet.*	311,04
16.1	Nummer 16 mit allgemeinem Zuschlag	373,25
17	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde *Die Leistung nach Nummer 17 ist bis zu einer Dauer von vier 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 der Klinik 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*	37,08

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
	kommt.	
17.1	Nummer 17 mit allgemeinem Zuschlag	44,50
	Teil C Leistungen während des Wochenbetts	
	(1) Die Leistungen nach den Nummern 18 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 bis 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 Adoptionspflege befindet. *(2) Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt sind insgesamt bis zu 20 Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 und 23 beihilfefähig. Während des Aufenthalts in einer Klinik sind pro Tag zwei Wochenbettbetreuungen beihilfefähig. Sind mehr als zwei Leistungen an einem Tag notwendig, ist hierfür 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.* *(3) Im Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht 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 nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich verordnet sind.* *(4) Eine weitere Leistung an demselben Tag zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt nach den Nummern 18 bis 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.* *(5) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation beihilfefähig.* *(6) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.*	
18	Hausbesuch nach der Geburt	48,60
18.1	Nummer 18 mit allgemeinem Zuschlag	58,32
19	Zuschlag nach Nummer 18 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	10,28
20	Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	23,69
20.1	Nummer 20 mit allgemeinem Zuschlag	28,42
21	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	39,60
21.1	Nummer 21 mit allgemeinem Zuschlag	47,52

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
22	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 18 bis 21, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	16,74
23	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	9,18
24	Erstuntersuchung des Kindes (U 1) einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder nach der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (BAnz Nr. 214 vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (BAnz S. 1013), in der jeweils geltenden Fassung *Die Leistung nach Nummer 24 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.*	13,77
25	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien oder der Kinder-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung *Die Leistung nach Nummer 25 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (zum Beispiel Bilirubin-, Blutzucker-, ph-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.* *Die Leistung nach Nummer 25 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.*	10,28
	Teil D **Sonstige Leistungen** *Die Leistungen nach den Nummer 28 und 29 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt und höchstens acht Mal in diesem Zeitraum beihilfefähig.*	
26	Überwachung, je angefangene halbe Stunde *Die Gebühr nach Nummer 26 ist bei der Überwachung der Mutter sowie des Kindes auf ärztliche Anordnung beihilfefähig.* *Die Leistung nach der Nummer 26 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.*	27,00
26.1	Nummer 26 mit allgemeinem Zuschlag	32,40
27	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe, 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.*	10,28
28	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings	48,60
28.1	Nummer 28 mit allgemeinem Zuschlag	58,32
28.2	Zuschlag für die Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen bei Zwillingen und mehr Kindern zusätzlich zu Nummer 28 für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	16,74

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
29	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmediums	9,18
	Teil E Wegegeld	
30	Wegegeld bei einer Entfernung von weniger als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr	1,68
31	Wegegeld bei einer Entfernung von weniger als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr	2,38
32	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,59
33	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei 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	0,81
	Teil F Materialien	
34	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung *Die Pauschale nach Nummer 34 ist neben der Pauschale nach Nummer 35 nicht beihilfefähig.*	2,58
35	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen *Die Pauschale der Nummer 35 ist neben den Pauschalen nach den Nummern 34 und 36 nicht beihilfefähig.*	2,58
36	Materialpauschale Geburtshilfe im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt	35,02
37	Materialpauschale, zusätzlich zu Nummer 36, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33
38	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	25,24
39	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70
40	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten *Die Leistung nach Nummer 40 umfasst auch die Kosten der Auswertung des Formblatts.*	7,50

Anlage 7
(zu § 45 Abs. 1)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung

Die für Maßnahmen nach § 45 Abs. 1 unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 4 Satz 1 zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden sind unter folgenden Voraussetzungen nach Satz 1 Nr. 1 notwendig und es besteht nach Satz 1 Nr. 2 eine hinreichende Aussicht auf Herbeiführung einer Schwangerschaft:

	Behandlungs-methoden (§ 4 Abs. 4 Satz 1)	**Indikationen (§ 45 Abs. 1 Nr. 1)**	**Begrenzung der Versuchszahlen (§ 45 Abs. 1 Nr. 2)**
a)	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auflösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen	– Somatische Ursachen (zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastenose, Dyspareunie) – Gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion – Subfertilität des Mannes – Immunologisch bedingte Sterilität	Höchstens acht Versuche
b)	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen	– Subfertilität des Mannes – Immunologisch bedingte Sterilität	Höchstens drei Versuche
c)	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)	– Zustand nach Tubenamputation – Anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss – Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose – Idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern einschließlich einer psychologischen Exploration alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind – Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind – Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind	Höchstens drei Versuche, wobei der dritte Versuch nur beihilfefähig ist, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.
d)	Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	– Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose – Idiopathische Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind – Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind	Höchstens zwei Versuche
e)	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	– Männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermiogramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas folgende Grenzwerte – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten: Merkmal / Indikationsbefund alternativ: Nativ / swim-up Konzentration (Mio/ml): < 10 / < 5 Gesamtmotilität (%): < 30 / < 50 Progressivmotilität (WHO A in %): < 25 / < 40	Höchstens drei Versuche, wobei der dritte Versuch nur beihilfefähig ist, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.

		Normalformen (%) < 20 < 20 Sind nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt, so ist das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität. Sofern diese unter 15 Prozent im Nativsperma oder unter 30 Prozent im swim-up-Test liegt, so liegt eine Indikation für die ICSI vor.	

Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur IVF als auch zum GIFT vorliegt, sind die Maßnahmen nur alternativ beihilfefähig. IVF und ICSI sind aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ beihilfefähig. In den Fällen eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer IVF sind die Aufwendungen für die ICSI in höchstens zwei darauffolgenden Zyklen beihilfefähig, auch wenn die Voraussetzungen nach Buchstabe e nicht vorliegen. Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sogenannte Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

Bei der IVF gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. Bei der ICSI gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle erfolgt ist.

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

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

Antrag auf Gewährung von Beihilfe

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

➔ ☐ Anlage „Pflege“ ist beigefügt.

☐ Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

☐ Langantrag ☐ Kurzantrag ☐ Anlage „Pflege“

1. Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes ergeben (Fragen 2 bis 6)?

☐ **Ja, bei Frage(n) Nr. _____** ☐ **Nein. Bitte weiter bei Frage 7.**
Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.

2. Angaben zum Dienstverhältnis

☐ Beamter/Richter seit:

☐ Beamter auf Widerruf von _____ bis _____

☐ Versorgungsempfänger seit _____

☐ Vollständige Freistellung vom Dienst

von	bis	Grund[1]

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

3. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

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

4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!

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

[2] Zusatzverversicherungen sind z. B. Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind z. B. Kranken(haus)tagegeldversicherungen.

Art der Zusatzversicherung für Person (z. B. A, K1) _____

_____

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

☐ **Ja, für** ☐ **Nein**

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

6. Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? (z. B. eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils)

☐ **Ja, (welche Person)** ☐ **Nein**

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

Bitte ab hier alle Fragen beantworten!

7. Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?

☐ **Ja, für:** ☐ **Nein**

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs

Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.

8. Werden Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht?

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

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

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

☐ Ja ☐ Nein
Nachweise bitte für evtl. Anforderung aufbewahren!

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

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

Unfalldatum:	☐ Dienstunfall	☐ Schulunfall	☐ Arbeitsunfall	☐ sonstiger Unfall

Unfallschilderung (ggf. Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):

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

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

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

☐ **Ja, folgende:** ☐ **Nein**

Beleg(e) Nr(n).	Name des Behandlers bzw. Liquidationsberechtigten:

Der Behandler/ Liquidationsberechtigte ist:	☐ Ehegatte (E)/ Lebenspartner (L)	☐ Elternteil (eigene Eltern oder von E/L)	☐ Kind (eigenes oder von E/L)

Sind Sachkosten entstanden bitte Nachweis beifügen!

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

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

12. **Ich beantrage die Geburtspauschale**

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

13. **Auszahlung der Beihilfe**

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

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

14. **Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ EUR

Anzahl der beigefügten Belege: _____

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

Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten
	Vollmacht ☐ liegt dem LSF vor ☐ ist beigefügt

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

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

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

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

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.
Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

➔ ☐ Anlage „Pflege“ ist beigefügt.

☐ Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

☐ Langantrag ☐ Kurzantrag ☐ Anlage „Pflege“

Bei Änderung der nachstehenden Sachverhalte

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

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

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen von nahen Angehörigen (Ehegatten, eingetr. Lebenspartnern, eigene Eltern oder Kindern sowie Eltern oder Kindern des Ehegatten/Lebenspartners) der behandelten Person geltend gemacht.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

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

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ EUR

Anzahl der beigefügten Belege: _____
Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in Kopie vorlegen.

Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten
	Vollmacht ☐ liegt dem LSF vor ☐ ist beigefügt

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

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

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

Anlage 10
(zu § 62 Abs. 1)

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn	Vom

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

Versicherte Person	Die Versicherung besteht seit	Private Pflegeversi-cherung	Soziale Pflegeversicherung	
			Mitglied	Familienversichert bei
Antragsteller (A)		☐	☐	E/L ☐
Ehegatte (E)		☐	☐	A ☐
1. Kind (K1)		☐	☐	A ☐ E/L ☐
2. Kind (K2)		☐	☐	A ☐ E/L ☐
3. Kind (K3)		☐	☐	A ☐ E/L ☐
4. Kind (K4)		☐	☐	A ☐ E/L ☐
5. Kind (K5)		☐	☐	A ☐ E/L ☐

2. Pflegebedürftige Person

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

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

Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Sonstige Leistungen
☐ Pflegedienst	☐ Vollstationäre Pflege	☐ zusätzl. Betreuungs-leistungen
☐ Pflegeperson	☐ Kurzzeitpflege	☐ Ersatzpflege
☐ Kombination	☐ Tages-/Nachtpflege	

3. Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson) in Stunden/Woche:
Pflegezeitraum (Antragszeitraum) von	bis

	Unterbrechung der Pflege wegen		
	☐ Krankenhausaufenthalt	von	bis
	☐ Stat. Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
	☐ Urlaub der pflegebedürftigen Person	von	bis
	☐ Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson	von	bis
	Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht, **Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!**		☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ liegt vor
	Bestätigung der erbrachten Pflege: Unterschrift der Pflegeperson(en)		

4. Bei vollstationärer Pflege:
Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)
Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten usw. beifügen!

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

5. Ich beantrage Aufwendungen für

☐ Pflegehilfsmittel ☐ Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

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

Begründung

A. Allgemeiner Teil

In Folge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. Juni 2004 - 2 C 50/02, wonach die als Verwaltungsvorschriften ergangenen Beihilfevorschriften nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Gesetzesvorbehalts genügen und die tragenden Strukturprinzipien der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge gesetzlich geregelt werden müssen, haben sich das Bundesverwaltungsgericht und die Verwaltungs- und Oberverwaltungsgerichte der Länder - wie auch das Sächsische Oberverwaltungsgericht (Urteile vom 17. September 2008 - 2 B 683/07, 2 B 685/07) - in weiteren Urteilen mit den Anforderungen an die gesetzliche Grundlage beihilferechtlicher Regelungen befasst. Es wurde darauf hingewiesen, dass der parlamentarische Gesetzgeber selbst die Verantwortung für wesentliche Einschränkungen der vorhandenen Beihilfe- und Versorgungsstandards übernehmen müsse. Der Gesetzgeber hat das Leistungssystem zu bestimmen, das dem Beamten und seiner Familie Schutz im Falle von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit bietet. Er hat festzulegen, welche Risiken erfasst werden, für welche Personen Leistungen erbracht und bemessen oder ausgeschlossen werden und welche zweckidentischen Leistungen und Berechtigungen Vorrang haben. Infolge der aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung resultierenden Vorgaben wurden mit der durch Artikel 1 des Gesetzes zur Anhebung der Altersgrenzen und zur Änderung weiterer beamtenrechtlicher und hochschulrechtlicher Regelungen vom 4. Oktober 2011 (SächsGVBl. S. 380) vorgenommenen umfassenden Neugestaltung der beihilferechtlichen Ermächtigungsgrundlage des § 102 SächsBG auch die tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts gesetzlich geregelt. Absatz 7 der genannten Vorschrift ermächtigt das Staatsministerium der Finanzen das Nähere zur Beihilfengewährung durch Rechtsverordnung zu regeln. Mit der vorliegenden Rechtsverordnung wird der gesetzliche Rahmen ausgefüllt und konkretisiert. Damit wird das Beihilferecht insgesamt auf eine neue Grundlage gestellt.

Der Schwerpunkt der neuen Beihilfeverordnung liegt in einer vollständigen systematischen Überarbeitung des geltenden Beihilferechts. Die bisher in einer eigenen Verwaltungsvorschrift geregelte Beihilfe an Bedienstete mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland wird in die Verordnung integriert. Sämtliche Vorschriften mit Regelungsgehalt, die nach dem bisherigen Beihilferecht auch auf der Ebene von Verwaltungsvorschriften zu finden waren, werden in die komplett neu gegliederte Rechtsverordnung selbst überführt. Daneben erfolgt eine klare Abgrenzung zwischen den unterschiedlichen Beihilfetatbeständen. So wird beispielsweise die Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten und von Nahrungsergänzungsmittel sowie von Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation und psychotherapeutischer Leistungen systematisch neu gestaltet. Die zur Rechtsverordnung vorgesehenen Verwaltungsvorschriften beschränken sich künftig ausschließlich auf Durchführungshinweise. Die neue Systematik erhöht somit die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Beihilfe im Vergleich zu den geltenden Vorschriften.

Inhaltlich entsprechen die Regelungen überwiegend dem geltenden Recht. Es werden einige Klarstellungen und dringend notwendige Änderungen vorgenommen. Grundlegend neu ist die dauerhafte Beibehaltung des erhöhten Bemessungssatzes bei Beihilfeberechtigten mit mehr als einem Kind, wodurch bessere Rahmenbedingungen für eine Entscheidung zugunsten von Kindern geschaffen werden (§ 57 Abs. 3).

Darüber hinaus werden sachliche Änderungen im Wesentlichen in folgenden Bereichen vorgenommen:

- Die Regelung zur Vererbbarkeit des Beihilfeanspruchs wird an die neuste Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts angepasst (§ 1 Abs. 4).

- Die aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung vorzunehmende Neugestaltung der beihilfefähigen Gebührensätze von Heilpraktikerleistungen wird in einer eigenen Anlage zur Verordnung neu geregelt (Anlage 2 zu § 9).
- Aufgrund der Aufhebung der Sächsischen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung zum 1. Januar 2011 werden die beihilfefähigen Höchstsätze als Anlage zur Verordnung neu geregelt (Anlage 6 zu § 44 Abs. 3).
- Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen (Vereinbarung fester Vergütungssätze) bewertet werden, die mit dem Leistungserbringer abgeschlossen wurden oder die dieser mit anderen Leistungsträgern abgeschlossen hat. Ebenso wird die neue Versorgungsform der integrierten Versorgung in das Beihilferecht aufgenommen. Dadurch können insbesondere die Beihilfeausgaben für komplexe Leistungen (zum Beispiel Komplextherapien, Rehabilitationsmaßnahmen) begrenzt werden (§ 4 Abs. 6, § 27 Abs. 2 und 4, § 37 Abs. 4).
- Die Vorschriften über Beihilfe zu Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, insbesondere die Regelungen zur Erstattungsfähigkeit von Implantaten (§ 11), werden an die aktuelle Rechtsprechung angepasst.
- Die Beihilfefähigkeit von psychotherapeutischen Leistungen wird an die Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst (§§ 16 bis 19).
- Die Beihilfefähigkeit von Sehhilfen wird unter Beachtung von weiterhin erforderlichen Spezialregelungen pauschaler gestaltet (§ 24).
- Aufwendungen für Soziotherapie für schwerwiegend psychisch Erkrankte werden in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig (§ 29).
- Die bisherigen Regelungen zur Inanspruchnahme von Gebärdendolmetschern im Rahmen ärztlicher Untersuchungen wurden aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention auf Menschen mit Sprachbehinderungen erweitert und begrifflich an das Sächsische Integrationsgesetz angepasst (§ 34).
- Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen wird in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch neu geregelt (§ 35).
- Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation sind als eigenständige komplexe Leistungen beihilfefähig und haben Vorrang vor stationären Maßnahmen. Die familienorientierte Rehabilitation bei Erkrankung eines berücksichtigungsfähigen Kindes an Krebs oder Mukoviszidose sowie nach Herzoperationen wird neu in den Leistungskatalog aufgenommen (§§ 37 und 38).
- Moderate Erhöhung der sogenannten Geburtspauschale von 128 EUR auf 150 EUR (§ 44 Abs. 4).
- Neu aufgenommen wurde die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zur Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen, soweit diese im Zusammenhang mit einer beihilfefähigen künstlichen Befruchtung gewonnen wurden, da sich hieraus neben einer „schonenderen Behandlung“ für die betroffene Frau auch Kostenvorteile ergeben können (§ 45 Abs. 3). Zudem wurde die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes zur Kryokonservierung von Samenzellen übernommen, wonach diese Maßnahmen auch den notwendigen Maßnahmen im Rahmen einer Heilbehandlung zuzurechnen sind (§ 45 Abs. 4).
- Bei längeren stationären Aufenthalten wird eine Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und Beihilfefestsetzungsstelle ermöglicht (§ 62 Abs. 5).
- Zur Vereinfachung des Antragsverfahrens wird ein Kurzantrag eingeführt. Außerdem werden die Voraussetzungen für eine elektronische Beantragung der Beihilfe bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen geschaffen (§ 62 Abs. 1, Anlage 9).

Die bisher geltende Beihilfeverordnung vom 2. Oktober 2009 und die hierzu zu berücksichtigenden Verwaltungsvorschriften werden mit Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung außer Kraft gesetzt.

B. Besonderer Teil

Zu Abschnitt 1 (Allgemeine Regelungen)

Zu § 1 (Anwendungsbereich und Rechtsnatur)

Zu Absatz 1:
Die Vorschrift knüpft an die in § 102 Abs. 7 Satz 1 SächsBG geregelte Ermächtigungsnorm an. Die Beihilfe stellt eine Ergänzung der gesundheitlichen Eigenvorsorge der Beihilfeberechtigten dar. Die durch die Beihilfe nicht abgedeckten Aufwendungen müssen Beihilfeberechtigte bei einer privaten Krankenversicherung absichern, soweit sie nicht (freiwillige) Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse sind. Zum 1. Januar 2009 ist durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Versicherungspflicht auch für Personen mit Beihilfeanspruch eingeführt worden.

Zu Absatz 2:
Hinsichtlich des Geltungsbereichs der Beihilfeverordnung wird an das Sächsische Beamtengesetz angeknüpft.

Zu Absatz 3:
Auf die aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn folgende Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch und zwar unabhängig davon, ob der Beihilfeberechtigte der in § 193 Abs. 3 VVG statuierten Krankenversicherungspflicht nachgekommen ist oder nicht. Der Anspruch steht nur dem Beihilfeberechtigten und nicht den berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu. Der Kreis der Beihilfeberechtigten ergibt sich aus § 102 Abs. 2 SächsBG. Aufgrund der höchstpersönlichen Natur und der Zweckbindung der Beihilfe, die den Beamten vor einer Notlage schützen soll, sind die Abtretung und die Verpfändung des Anspruchs und grundsätzlich auch dessen Pfändung ausgeschlossen. Als Ausnahme ist zum Schutz der Leistungserbringer festgelegt, dass Forderungsgläubiger (zum Beispiel ein Arzt) die ihnen aus ihren Forderungen zustehenden Beträge pfänden können, solange der Beihilfeanspruch durch Auszahlung noch nicht erloschen ist. Damit wird die bestehende zivilrechtliche Praxis nachvollzogen (BGH, Beschluss vom 5. November 2004, IXa ZB 17/04; LG Münster, Beschluss vom 21. Februar 1994, 5 T 930/93; LG Hannover, Beschluss vom 12. Dezember 1991, 11 T 345/91).

Zu Absatz 4:
Die Regelung trägt der jüngsten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Vererbbarkeit des Beihilfeanspruchs (Urteil vom 29. April 2010, 2 C 77/08) Rechnung und löst die Vorschrift des bisherigen § 37 SächsBhVO, wonach grundsätzlich derjenige die Beihilfe erhielt, der die Originalbelege zuerst vorlegte, ab.

Zu Absatz 5:
Aufgrund des Zusammenspiels verschiedener Regelungen zu Grund und Höhe der Beihilfe ist eine Klarstellung der in der Verordnung für die Ermittlung der auszuzahlenden Beihilfe benutzten Begriffe erforderlich.

Zu Absatz 6:
Einige Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die in diesem Zusammenhang verwiesen wird, verweisen ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen. Absatz 6 stellt insoweit klar, dass dadurch keine sogenannten Kettenverweisungen erfolgen sollen, die als dynamische Verweisungen auf Rechtsnormen eines anderen Normgebers auch unzulässig wären, zumal das Beihilferecht wesentlich durch den als hergebrachtem Grundsatz des Berufsbeamtentums im Sinne von Artikel 33 Abs. 5 GG geltenden Fürsorgegrundsatz determiniert wird. Es wäre folglich mit dem aus dem Gesetzesvorbehalt folgenden Wesentlichkeitsgrundsatz nicht vereinbar, wenn der Dienstherr

seine Befugnis zur Bestimmung von Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen durch eine solche dynamische Verweisung zumindest für Teilbereiche vollständig aus der Hand geben würde. Im Hinblick auf die rasante Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und die starke fachliche Spezialisierung der einzelnen Bereiche, ist zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungspraxis der Festsetzungsstellen aber gleichwohl die nähere Bestimmungen und Eingrenzung von Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen in den betreffenden Regelungsbereichen notwendig. Auch im Beihilferecht bedarf die Bestimmung des Umfang der Beihilfe zu Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich angemessene Versorgung in Krankheits- Pflege und Geburtsfällen einer fachkundigen Präzisierung, die den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigt. Eine solche Präzisierung des Leistungsumfangs erfolgt in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V. Die Orientierung der Rechtsanwendung durch die Festsetzungsstellen an den in den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses niedergelegten Grundsätzen im Sinne einer Auslegungsregel ermöglicht eine solche Präzisierung auch für das Beihilferecht, ohne dass dem Dienstherrn und der Festsetzungsstelle die Letztentscheidungsbefugnis über die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen durch eine dynamische Verweisung aus der Hand genommen würde. Absatz 6 stellt weiter klar, dass bei der Anwendung der Fürsorgegrundsatz nach § 45 BeamtStG zu berücksichtigen ist, was im Einzelfall auch eine Abweichung von den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses rechtfertigen kann. Daneben besteht die Möglichkeit im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 BeamtStG jeweils zu einzelnen Verweisungstatbeständen in Verwaltungsvorschriften Anwendungshinweise zu geben.

Zu § 2 (Berücksichtigungsfähige Angehörige)

Zu Absatz 1:

Ehegatten sind stets berücksichtigungsfähige Angehörige. Aufwendungen für Ehegatten sind jedoch nur unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 beihilfefähig. Kinder sind so lange berücksichtigungsfähige Angehörige, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird.

Zu Absatz 2:

Die Norm regelt die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten. Im Regelfall bestehen bei einer Verwendung im Ausland (Versetzung, Abordnung oder Zuweisung) der Anspruch auf Kindergeld und damit auch der Anspruch auf den Familienzuschlag für diese Kinder fort. In Einzelfällen kann jedoch der Kindergeldanspruch entfallen (zum Beispiel weil das Kind im Ausland nicht im Haushalt des Beamten lebt) und damit auch die Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im Familienzuschlag. In diesen Fällen wird auf den Auslandszuschlag für diese Kinder abgestellt. Ein Kind ist auch dann berücksichtigungsfähig, wenn Anspruch auf den Auslandskinderzuschlag (ohne Berücksichtigung des § 63 Abs. 1 Satz 3 oder § 65 EStG) besteht oder nur deshalb nicht besteht, weil das Kind im Inland lebt und dort ein Haushalt eines Elternteils besteht. Anwendungsfälle der zweiten Alternative sind Pflegekinder oder Kinder des Ehegatten, da hier im Einzelfall eine Haushaltsaufnahme nicht mehr gegeben sein kann.

Zu Absatz 3:

Die Vorschrift dient der Klarstellung.

Zu § 3 (Konkurrenzen)

Die Höhe der zu gewährenden Beihilfe ist wesentlich von der Art des Beihilfeanspruchs abhängig (vgl. § 57). Deshalb bedarf es bei mehreren grundsätzlich nebeneinander bestehenden Ansprüchen einer Regelung, welche Ansprüche andere Ansprüche ausschließen oder ihnen gegebenenfalls vorgehen. Zu solchen Konkurrenzen kann es zum Beispiel kommen, wenn ein berücksichtigungsfähiger Ehegatte aufgrund eines

Dienstverhältnisses einen eigenen Beihilfeanspruch hat, oder wenn ein Versorgungsempfänger einen weiteren Beihilfeanspruch aufgrund eines neuen Dienstverhältnisses erwirbt.

Zu Absatz 1:
Die Vorschrift regelt die Rangfolge mehrerer Beihilfeansprüche. Unterschiedliche Beihilfeansprüche können in einer eigenen Beihilfeberechtigung, einem abgeleiteten Anspruch als berücksichtigungsfähiger Angehöriger, einem Anspruch aus einem aktiven Dienstverhältnis, einem solchen als Versorgungsempfänger und innerhalb des Rechtsverhältnisses als Versorgungsempfänger aufgrund verschiedener Versorgungsbezüge liegen. Im Fall des Zusammentreffens eines eigenen Beihilfeanspruchs mit dem Beihilfeanspruch aufgrund eines Witwen- oder Witwergeldes ist dem eigenen Beihilfeanspruch Vorrang einzuräumen. Diese Regelung verhindert, dass sich - wenn beide Ansprüche bei verschiedenen Dienstherrn bestehen - nicht nur die für den Beihilfeberechtigten zuständige Festsetzungsstelle ändert, sondern auch das maßgebliche Beihilferecht. Somit ist auch eine Anpassung des eigenen privaten Krankenversicherungsschutzes nicht notwendig. Bei mehreren Versorgungsansprüchen folgt die Beihilfeberechtigung grundsätzlich dem jüngsten Anspruch. Mit der Regelung in Satz 3 wird zudem sichergestellt, dass ein Beihilfeanspruch aus einem Ruhegehalt den Beihilfeanspruch als Witwer ausschließt.

Zu Absatz 2:
Anders als in den in Absatz 1 genannten Fällen, schließt eine eigene Beihilfeberechtigung die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger nicht dem Grunde nach aus. In diesem Fall werden lediglich keine Beihilfeleistungen gewährt. Bedeutsam ist dieser Unterschied insbesondere für den Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten mit mehr als einem Kind (§ 57 Abs. 3 Satz 1). Denn dadurch wird vermieden, dass eine Ausbildung des berücksichtigungsfähigen Kindes im Beamtenverhältnis auf Widerruf (mit eigenem Beihilfeanspruch) den erhöhten Bemessungssatz des Elternteils von 70 Prozent verhindert, während bei einer Ausbildung im privatrechtlichen Arbeitsverhältnis (ohne eigenen Beihilfeanspruch) der erhöhte Bemessungssatz gelten würde.

Zu Absatz 3:
Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung für Abgeordnete, die gerade nicht in einem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis oder einer privatrechtlichen Rechtsbeziehung stehen. Hierdurch wird in Ergänzung zu § 102 Abs. 3 SächsBG sichergestellt, dass der Anspruch des mit einer Beamtin verheirateten Abgeordneten nach den insoweit vorrangigen Abgeordnetengesetzen die Berücksichtigung als Angehöriger bei der beamteten Ehefrau verdrängt.

Zu Absatz 4:
Es wird das Verhältnis zu einer Beihilfeberechtigung aus anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften festgelegt. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar. Wird teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen von Beamten ein aufgrund Tarifvertrags zustehender Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. § 4 Abs. 2). Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund Tarifvertrags zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 6 Abs. 1). Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des Abschnitts 6 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des beamteten Ehegatten, da Pflegeleistungen nach den einschlägigen Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes nicht beihilfefähig sind (§ 40 BAT, § 46 MTArb i.V.m. Protokollerklärung zu § 13 TVÜ-Länder).

Zu Absatz 5:
Angehörige können nur bei einem Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sein. Ist ein Kind bei beiden Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, können die Eltern die Zuordnung des Kindes frei wählen. Wird durch Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Landes eine feste Zuordnung getroffen, ist ein Wahlrecht aufgrund der Fiktion des Satzes 3 nicht mehr möglich. Für den Fall, dass keine anderweitige Regelung besteht, wird das Kind demjenigen Elternteil zugeordnet, der den Familienzuschlag für das Kind erhält. Eine Änderung der Zuordnung ist nur in Ausnahmefällen möglich. Die Regelung erfasst auch den Fall der Eheschließung eines berücksichtigungsfähigen Kindes. Ab dem auf die Eheschließung eines volljährigen Kindes folgenden Monat sind die Eltern grundsätzlich nicht mehr kindergeldanspruchsberechtigt, da die Unterhaltsverpflichtung dann vorrangig beim Ehegatten liegt. Abweichend davon sind die Eltern auch für den Zeitraum nach der Eheschließung des Kindes kindergeldanspruchsberechtigt, wenn der Ehegatte zum vollständigen Unterhalt des Kindes aufgrund niedrigen verfügbaren Einkommens nicht in der Lage ist, das Kind selbst ebenfalls nicht über ausreichende Einkünfte und Bezüge verfügt und die Eltern deshalb für das Kind aufkommen müssen (sogenannter Mangelfall). Ohne Ausübung des Wahlrechts erfolgt die Berücksichtigung eines verheirateten Kindes bei dem Elternteil, der auf Grund der Kindergeldanspruchsberechtigung den Familienzuschlag für dieses Kind erhält. Soweit die Berücksichtigung beim Ehegatten gewünscht ist, muss das Wahlrecht ausgeübt werden.

Zu § 4 (Beihilfefähigkeit der Aufwendungen)
Zu Absatz 1:
Die Norm regelt die persönlichen Voraussetzungen der Beihilfegewährung und den für die Beihilfegewährung maßgeblichen Zeitpunkt.

Zu Absatz 2:
Die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen des Ehegatten ist an weitere Voraussetzungen geknüpft. Bei einem zu versteuernden Einkommen von mehr als 18 000 Euro ist 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. Ehegatten, die sich in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung befinden, verfügen dadurch über einen eigenständigen Versicherungsschutz. Ein Ausschluss der Ehegatten ab diesem Grenzbetrag von der Beihilfe ist sowohl mit der Fürsorgepflicht des Dienstherrn als auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Der dem Dienstherrn bei der Beihilfegewährung eingeräumte Spielraum erlaubt es, erhebliches Einkommen, das zu einer wirtschaftlichen Selbständigkeit von nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten führt, bei der Beihilfegewährung einschränkend zu berücksichtigen. Der Ausschluss der Beihilfe im Fall wirtschaftlich selbständiger Ehegatten von Beihilfeberechtigten trägt dem subsidiären Charakter der Beihilfe Rechnung. Nach Einführung einer Versicherungspflicht und des Basistarifs mit Kontrahierungszwang bedarf es keiner Härtefallregelung für Ehegatten mehr, welche die Einkommensgrenze überschreiten und aufgrund bestehender Erkrankungen keine private Vollversicherung abschließen können. Im Gegensatz zum bisherigen Recht kommt es für die Beihilfegewährung an berücksichtigungsfähige Ehegatten nicht mehr auf die Stellung des Beihilfeantrages, sondern auf das Entstehen der Leistung an. Dadurch wird gewährleistet, dass die Beihilfe in dem Zeitpunkt der wirtschaftlichen Unselbständigkeit des Ehegatten gewährt wird und ein Hinausschieben der entstandenen Aufwendungen auf das Folgejahr nicht mehr möglich ist. Aus dem gleichen Grund wird für die Beurteilung des Einkommens nicht mehr nur auf das Vorvorkalenderjahr der Antragstellung, sondern auf das Durchschnittseinkommen der letzten drei Jahre vor Leistungserbringung abgestellt. Dadurch wird zusätzlich sichergestellt, dass Schwankungen im Einkommen des Ehegatten in der Beihilfe nivellierend berücksichtigt und die Beihilfeberechtigung für den Ehegatten – auch im Hinblick auf gegebenenfalls erforderlich werdende Anpassungen des Krankenversicherungsschutzes – planbarer und vorhersehbarer werden.

Zu Absatz 3:
Die Regelung bestimmt, welche Aufwendungen grundsätzlich beihilfefähig sein können. Dabei darf es sich nur um Aufwendungen handeln, die medizinisch notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. Die Norm konkretisiert insoweit den in § 102 Abs. 1 Satz 2 SächsBG aufgestellten Grundsatz, dass Aufwendungen nur für Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind, beihilfefähig sind. Die Beihilfegewährung gründet auf der Erwartung, dass die Heilbehandlung zweckmäßig ist und hinreichende Gewähr für eine möglichst rasche und sichere Therapie bietet. Aus Sicht des Dienstherrn ist es nicht ohne Belang, ob die von ihm mitfinanzierte Behandlung Erfolg verspricht oder nicht, zumal das öffentliche Interesse an einer effektiven und sparsamen Verwendung von Steuergeldern eine Begrenzung der Beihilfe auf Erfolg versprechende Heilbehandlungen erfordert (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94; VGH Mannheim, Urteil vom 31. August 2010, 10 S 3384/08). Auch medizinisch notwendige und angemessene Aufwendungen können von dem Leistungsprogramm der Beihilfe ausgeschlossen werden, wie dies zum Beispiel in § 5 Abs. 1 Nr. 6 und Absatz 2 sowie § 21 Abs. 3 und § 22 Abs. 4 erfolgt. Denn auch die verfassungsrechtliche Fürsorgepflicht fordert keine lückenlose Erstattung aller Kosten in Krankheits-, Geburts-, Pflege- oder Todesfällen, die durch Leistungen einer beihilfekonformen Krankenversicherung nicht gedeckt sind (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008, 2 C 24/07). In Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit ausdrücklich zugelassen werden. Damit sind Ausnahmefälle gemeint, in denen die Anwendung der Vorschriften dieser Verordnung zu einer unter Berücksichtigung des Fürsorgeprinzips nicht zu rechtfertigenden Härte führen würde. Im Hinblick auf den für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ergangenen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005, 1 BvR 347/98 kommen hinsichtlich eines Krankheitsbildes hier insbesondere Fälle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit in Betracht.

Zu Absatz 4:
Die Vorschrift enthält eine Aussage zur Notwendigkeit als dem ersten der grundsätzlichen Tatbestandsmerkmale für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 1. Die Notwendigkeit ist zu bejahen für Leistungen, die nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode vorgenommen werden und in der Regel für die in der Anlage 1 festgelegten Leistungen zu verneinen. Eine Behandlungsmethode ist nach der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung dann „wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt“, wenn eine Einschätzung ihrer Wirksamkeit und Geeignetheit durch die in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätigen Wissenschaftler nicht vorliegt oder wenn die überwiegende Mehrheit der mit der Methode befassten Wissenschaftler die Erfolgsaussichten als ausgeschlossen oder jedenfalls gering beurteilt (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94; VGH Mannheim, Urteil vom 14. Juli 2010, 11 S 2730/09). Die ganz oder teilweise ausgeschlossenen Behandlungsmethoden sind nicht abschließend in Anlage 1, die im Hinblick auf neuere wissenschaftliche Erkenntnisse geringfügig überarbeitet wurde, aufgelistet.

Zu Absatz 5:
Die Regelung enthält eine Aussage zur wirtschaftlichen Angemessenheit von Aufwendungen. Diese beurteilt sich nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Soweit eine Honorarvereinbarung getroffen wird, die Leistungen betrifft, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind diese nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 6:
Die Norm eröffnet die Möglichkeit, vertragliche Vereinbarungen von erstattungsfähigen Gebühren zwischen Beihilfe und Leistungserbringern zu treffen. Anstelle des Abschlusses eigenständiger Verträge können die Dienstherren bestehende Vereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen oder deren Verbände und Leistungserbringern

der Beihilfeabrechnung zugrunde legen. Eigenständige zeitintensive Verhandlungen werden dadurch entbehrlich, eine einheitliche Bewertung zwischen Beihilfe und Krankenversicherungsunternehmen ist jedoch gewährleistet. Die Neuregelung lässt die Beihilfe an Einsparungen teilhaben. Das Erfordernis der Angabe des der Rechnungsstellung zugrunde liegenden Vertrages soll eine Zuordnung insbesondere in den Fällen ermöglichen, in denen unterschiedliche Vergütungsvereinbarungen mit verschiedenen Sozialversicherungsträgern oder der privaten Krankenversicherung in Betracht kommt (zum Beispiel § 16 Abs. 10, § 27 Abs. 2, § 37 Abs. 4). Wird die Vereinbarung der Festsetzungsstelle nicht vorgelegt oder ist sie dort nicht ohnehin bekannt, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfegewährung nicht zugrunde gelegt werden.

Zu Absatz 7:
Für Beihilfeberechtigte, die im Basistarif versichert sind, wird bestimmt, dass die Aufwendungen als angemessen gelten, die für diesen Versichertenkreis vertraglich vereinbart oder nach § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 SGB V für die Behandlung von privat Krankenversicherten im Basistarif anwendbar sind. Die Beschränkung der Beihilfe für ärztliche und zahnärztliche Leistungen auf die vereinbarten oder gesetzlich vorgeschriebenen Steigerungssätze verstößt weder gegen das Alimentationsprinzip, noch die Fürsorgepflicht des Dienstherrn oder den Gleichheitsgrundsatz (BayVGH, Beschluss vom 30. März 2006, 14 BV 02.3276; VG Dresden, Urteil vom 22. April 2010, 11 K 2016/07).

Zu Absatz 8:
Die Norm enthält die Definition des Beamten im Ausland. In Fällen, in denen die Aufwendungen im Ausland entstanden sind und der Beihilfeberechtigte sowie seine Angehörigen ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben, beurteilt sich die Angemessenheit von Aufwendungen nach den Gegebenheiten des Gastlandes. Für diesen Personenkreis gibt es bei einzelnen Vorschriften Sonderregelungen (zum Beispiel § 6 Abs. 4, § 16 Abs. 11, § 20 Abs. 4, § 35 Abs. 6, § 44 Abs. 5, § 57 Abs. 9).

Zu § 5 (Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit)
Zu Absatz 1:
In den hier genannten Fällen sind die Aufwendungen generell nicht beihilfefähig. Es handelt sich um Fälle, in denen sich aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn keine Veranlassung ergibt, zusätzlich Beihilfe zu gewähren, zum Beispiel weil bereits ein anderweitiger ausreichender Krankenversicherungsschutz besteht, der Beihilfeberechtigte anderweitig Ersatz der Kosten erlangen kann, es sich nicht um Kosten im Zusammenhang mit einer Krankheit handelt oder den Beihilfeberechtigten zugemutet werden kann, die Kosten alleine zu tragen. Dies gilt insbesondere für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es nicht, für die Folgen solcher, freiwillig eingegangener Risiken Beihilfe zu gewähren. Deshalb und aus Praktikabilitätsgründen sieht beispielsweise die Nummer 6 einen Beihilfeausschluss vor und geht damit weiter als die entsprechende Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 SGB V), die lediglich eine Kostenbeteiligung des Versicherten in angemessener Höhe und die vollständige oder teilweise Versagung oder Rückforderung des Krankengeldes vorsieht. Auch in den Fällen der Nummer 7 besteht aus Fürsorgegesichtspunkten keine Notwendigkeit einer Beihilfegewährung. Soweit ein nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergegangener Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, ist der Beihilfeberechtigte mit den Aufwendungen wirtschaftlich nicht belastet. Deshalb besteht insoweit keine Fürsorgepflicht des Dienstherrn. Das gilt auch dann, wenn der Beihilfeberechtigte es unterlässt, den Ersatzanspruch geltend zu machen. Beruhen die Aufwendungen auf einem Ereignis, das nach § 111 SächsBG zum Übergang des gesetzlichen Schadensersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt, sind die Aufwendungen hingegen beihilfefähig.

Zu Absatz 2:
Dem hier geregelten Ausschluss der Beihilfefähigkeit für Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit naher Angehöriger oder abhängig Beschäftigter liegt die verfassungsrechtlich nicht zu beanstandende Einschätzung zugrunde, dass die naheliegende Möglichkeit besteht, dass unter nahen Angehörigen ein ärztliches Honorar entweder nicht erhoben oder auf dasjenige beschränkt wird, was als Versicherungsleistung und Beihilfe erstattet wird. Im letzteren Fall würden Honorarforderungen nur deshalb erhoben, weil letztlich Dienstherr und Krankenversicherung die Aufwendungen zu tragen haben (BVerfG, Kammerbeschluss vom 16. September 1992, 2 BvR 1161/89; BVerwG, Urteil vom 29. September 2011, 2 C 80/10).

Dem Urteil des BVerwG vom 29. September 2011, 2 C 80/10 wird auch insoweit Rechnung getragen, als in Satz 5 bestimmte Fälle vom Ausschluss ausgenommen werden. Das kann etwa in Betracht kommen, wenn die Behandlung durch den nahen Angehörigen aus medizinischen Gründen geboten ist, weil dieser zu den wenigen Spezialisten gehört, die die in Frage kommende Behandlung überhaupt durchführen können, oder wenn es aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, einen anderen Arzt aufzusuchen, und der Umfang der Behandlung das Maß dessen deutlich übersteigt, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird.

Zu Absatz 3:
Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist grundsätzlich auf notwendige Aufwendungen in angemessenem Umfang begrenzt. Deshalb sind Aufwendungen, die durch einen krankheitsbedingt erforderlichen Rücktransport anlässlich einer privaten Reise veranlasst werden, nicht beihilfefähig. Grundsätzlich sind Reisekosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union und von Rückbeförderungen wegen Erkrankung während der Urlaubsreise auch von Urlaubsorten innerhalb der Europäischen Union nicht beihilfefähig. Da die Wahl von Behandlungsorten außerhalb der Europäischen Union und von Urlaubsorten in der Einflusssphäre des Beihilfeberechtigen und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen liegt und zur Abdeckung der mit einer Erkrankung im Urlaub verbundenen Risiken hinreichende Versicherungsmöglichkeiten bestehen, ist eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn grundsätzlich nicht geboten. Beihilfefähig sind jedoch Fahrtkosten, die beispielsweise für genehmigte stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (§ 7 Abs. 2, § 38 Abs. 4) oder Kuraufenthalte am Toten Meer (§ 39 Abs. 5) entstehen.

Zu Absatz 4:
Die Regelung greift den in § 102 Abs. 1 SächsBG geregelten Sachleistungsverweis auf. Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen sind durch die Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Grunde nach abgesichert. Das gilt für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte und deren familienversicherte Angehörige. Ein Anspruch auf Beihilfeleistungen für gesetzlich Krankenversicherte besteht daher nur für Zahnersatz, Heilpraktikerleistungen, Sehhilfen nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus. Diese dem Grunde nach beihilfefähigen Leistungen sind nicht durch Sachleistungen der gesetzlichen Krankenkassen abgedeckt oder es werden nur Zuschüsse gewährt. Vom Sachleistungsverweis ausgenommen sind berücksichtigungsfähige Kinder des nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beihilfeberechtigten. Durch diese Regelung soll insbesondere für Kinder des Beihilfeberechtigten, die nach § 10 Abs. 1 SGB V in die Familienversicherung des anderen Elternteils fallen würden, auch weiterhin die Möglichkeit einer Beihilfegewährung und einer beihilfekonformen Absicherung durch eine private Krankenversicherung bestehen. Damit kann sich der Beihilfeberechtigte bewusst für die zweckmäßigste Absicherung seines Kindes im Krankheitsfall entscheiden. Seit der Öffnungsaktion der privaten Krankenversicherung muss kein Beamter mehr freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse bleiben. Hat der Beihilfeberechtigte sich für eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse entschieden, in der die Kinder beitragsfrei mitversichert sind, greift für diese berücksichtigungsfähigen Kinder jedoch der Sachleistungsverweis, sodass

Beihilfeleistungen nur für die genannten vier Leistungsarten gewährt werden können. Einer gesonderten Fürsorge des Dienstherrn bedarf es dann weder für ihn noch für seine Kinder.

Pflegeleistungen nach Abschnitt 6 sind ebenfalls von dem Sachleistungsverweis nicht erfasst, da es sich bei diesen Aufwendungen nicht um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern der (sozialen) Pflegeversicherung handelt. Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. Aufgrund dessen kommt ein Sachleistungsverweis auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung auch nicht in Betracht, weswegen der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen bei in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Personen wie bisher 50 Prozent beträgt (vgl. § 57 Abs. 5).

Zu Absatz 5:
Ein Ausschluss nach § 5 geht § 4 Abs. 3 Satz 2 vor. Nach § 5 ausgeschlossene Aufwendungen können daher nicht ausnahmsweise über die Härtefallklausel des § 4 Abs. 3 Satz 2 beihilfefähig sein. Der Aspekt der Fürsorgepflicht des Dienstherrn kommt aus den zu den Absätzen 1 bis 4 genannten Gründen nicht zum Tragen.

Zu § 6 (Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen)
Zu Absatz 1:
Die Norm trägt dem in § 102 Absatz 1 Satz 1 SächsBG geregelten Subsidiaritätscharakter der Beihilfe Rechnung. Sie bezieht sich sowohl auf Beihilfeberechtigte als auch auf berücksichtigungsfähige Angehörige. Danach besteht nach der dem Dienstherrn obliegenden Fürsorgepflicht kein Anlass zu einer Beihilfegewährung, soweit aufgrund von Rechtsvorschriften – hierzu zählen neben Gesetzen und Rechtsverordnungen auch Verwaltungsvorschriften bzw. Förderrichtlinien – oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die Kosten bereits abgedeckt sind (BayVfGH, Entscheidung vom 24. Juni 2008, Vf. 3-VII-07). Die genannten Leistungen schließen die Beihilfefähigkeit der Leistungen nicht aus, sondern gelten gegenüber den Beihilfeansprüchen in ihrer Höhe als vorrangig. Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften und aufgrund arbeitsvertraglicher Grundlage sind danach bei der Festsetzung der Beihilfe abzuziehen. Aus dem Restbetrag errechnet sich die Beihilfe. Leistungen einer privaten Krankenversicherung werden von dieser Vorschrift nicht erfasst, da diese regelmäßig aus eigenen Mitteln des Beihilfeberechtigten finanziert wird. Satz 2 trägt dem Umstand Rechnung, dass das auf Art. 72 Abs. 1 des Beamtenstatuts der Europäischen Union zurückgehende Gemeinsame Krankenfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union (dazu Gericht für den öffentlichen Dienst der Europäischen Union, Urteil vom 14. Dezember 2010, F-80/09) gegenüber dem nationalen (Beihilfe-)Recht insoweit nachrangig ist (EuGH, Urteil vom 14. September 1995, C-396/93). Satz 2 stellt zudem klar, dass Unterhaltsleistungen die beihilfefähigen Aufwendungen nicht mindern. Unberührt bleibt § 58 Abs. 1, wonach die Summe aus Beihilfe und anderen Leistungen die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen darf.

Zu Absatz 2:
Der in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährte höchstmögliche Festzuschuss im Bereich des Zahnersatzes ist von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht um eine Sachleistung im eigentlichen Sinn, da die Behandlung für den Patienten aufgrund eines zu tragenden Eigenanteils nicht völlig kostenfrei ist (§ 55 SGB V). Angesichts dieser zwingenden Beteiligung des Mitglieds an der Kostentragung hat die Leistung der gesetzlichen Krankenkasse im Bereich der zahnprothetischen Versorgung nur die Wirkung eines Zuschusses. Als Festzuschuss werden gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V 50 Prozent der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung gewährt. Dieser Festzuschuss kann sich bei eigenem Bemühen zur Gesunderhaltung seiner Zähne um bis zu 30 Prozent auf dann 65 Prozent der Regelversorgung erhöhen.

Zu Absatz 3:
Die Vorschrift ist Ausfluss des Subsidiaritätsprinzips und von der Rechtsprechung (BVerwG, Urteil vom 13. März 1980, 6 C 1/79; BayVerwGH, Urteil vom 29. März 1989, 3 B 88.02961) bestätigt. Auch wenn zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen nicht in Anspruch genommen worden sind, müssen diese (fiktiv) bei der Beihilfeberechnung berücksichtigt werden. Aufgrund des durch § 102 Abs. 1 SächsBG eingeführten Sachleistungsverweises entfällt der nach bisherigem Recht bestehende Beihilfeanspruch von Personen, die Anspruch auf bestimmte Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz haben, und berücksichtigungsfähiger Kinder, die bei einer anderen pflichtversicherten Person berücksichtigt sind. Satz 2 ist zur Erreichung des Regelungsziels des § 5 Abs. 4 Satz 2 erforderlich.

Zu Absatz 4:
Die Regelung entspricht inhaltlich unverändert der bisher in den Beihilfevorschriften Ausland enthaltenen Ausnahme.

Zu § 7 (Aufwendungen im Ausland)
Die Vorschrift ist die zentrale Regelung für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit von Leistungen, die sowohl für aktive Beamte als auch Versorgungsempfänger anlässlich von Heilbehandlungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstehen. Dabei wird zwischen Leistungen innerhalb (Absatz 1) und außerhalb (Absatz 2) der Europäischen Union unterschieden. Für aktive Beamte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind, enthält Absatz 3 eine Sonderregelung, wenn Heilbehandlungen außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union erforderlich werden.

Zu Absatz 1:
Aufgrund der Weiterentwicklung der rechtlichen Vorgaben der Europäischen Union (vgl. auch EuGH, Urteile vom 28. April 1998, C-120/95 und C-158/96) ist bei beihilfefähigen Aufwendungen, die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union entstehen, und auf amtlichen Gebührenordnungen beruhen, einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern kein Kostenvergleich durchzuführen. Solche Aufwendungen sind demnach ebenso zu behandeln wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder in Ermangelung dessen am früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen. Die Aufwendungen sind daher in der jeweils entstandenen Höhe beihilfefähig, wobei auch hier unter anderem Höchstbeträge, Eigenanteile oder die Anbindung der Beihilfefähigkeit an bestimmte Indikationen zu beachten ist, wie beispielsweise bei Aufwendungen für Heilpraktiker, Hebammen und Heilmittel. Bei privaten Krankenhäusern ist hingegen – ebenso wie bei einer Behandlung im Inland – eine Vergleichsberechnung nach § 20 Abs. 2 durchzuführen.

Nach dem Urteil des EuGH vom 8. März 2001, C-215/99, müssen alle Geldleistungen im Pflegefall auch im EU-Ausland gezahlt werden. Für Sachleistungen im Bereich der Pflege gilt grundsätzlich das Recht des Landes in dem der Versicherte wohnt. Das bedeutet im Bereich der sozialen Pflegeversicherung in der Regel, dass keine oder schlechtere Leistungen gewährt werden. Satz 3 soll sicherstellen, dass zumindest die Aufwendungen beihilfefähig sind, wie wenn sie beim Verbleiben am Wohnort oder Dienstort beihilfefähig wären.

Zu Absatz 2:
Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie auch bei einer Behandlung im Inland entstanden wären. Insofern ist ein Kostenvergleich anzustellen. Fahrtkosten sind für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen abweichend von dem Grundsatz in § 5 Abs. 3 Nr. 2 beihilfefähig und auf einen Höchstbetrag von 200 EUR begrenzt. Die Vorschrift legt außerdem fest, in welchen Ausnahmefällen Aufwendungen, die außerhalb der Staaten der Europäischen Union entstanden sind,

abweichend vom Grundsatz des Satzes 1 beihilfefähig sind. Die Ausnahmeregelung dient der besonderen Fürsorge für die Beamten und ihre Familien (Nummern 1 und 3) sowie der Verwaltungsvereinfachung (Nummer 2).

Zu Absatz 3:
Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die in einem Drittland außerhalb der Europäischen Union entstehen, wird begrenzt durch das Preisniveau im Gastland und im Inland.

Zu Abschnitt 2 (Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen)

Zu Unterabschnitt 1 (Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen)

Zu § 8 (Ärztliche Leistungen)
Aufwendungen für notwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen, die von Ärzten vorgenommen werden, sind aus Anlass einer Krankheit beihilfefähig. Die Beurteilung der Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach § 4 Abs. 3 bis 5, 8 und 9. Bescheinigungen des Arztes über die Dienstunfähigkeit des Beihilfeberechtigten (§ 16 Abs. 2 Sächsische Urlaubsverordnung - SächsUrlVO) oder für ein Fernbleiben vom Dienst zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines berücksichtigungsfähigen erkrankten Kindes (§ 13 Abs. 2 Satz 1 und 4 SächsUrlVO) oder berücksichtigungsfähigen schwer erkrankten Angehörigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d Doppelbuchst. aa SächsUrlVO) werden auf Anforderung des Dienstherrn erstellt und sind deshalb ebenfalls beihilfefähig (OVG Lüneburg, Urteil vom 5. April 2011, 5 LB 23/10).

Zu § 9 (Heilpraktikerleistungen)
Notwendige Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern sind dem Grunde nach beihilfefähig. Dies eröffnet die Möglichkeit einer alternativen Behandlung und ist damit Ausdruck der Therapiefreiheit der Patienten. Die inhaltsgleiche Regelung des bisherigen Beihilferechts hat sich bewährt. In der gesetzlichen Krankenversicherung gehören diese Leistungen nicht zum Pflichtleistungskatalog, können aber durch Satzung freiwillig erbracht werden. Die beihilfefähigen Gebührensätze werden nunmehr als Anlage zur Beihilfeverordnung neu geregelt. Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 12. November 2009, 2 C 61/08 entschieden, dass der Dienstherr die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die Behandlung durch Heilpraktiker nicht schematisch auf den Mindestsatz des seit April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker begrenzen darf. Dies verstoße unter anderem gegen den Gleichheitssatz des Art. 3 GG. Der nun in der Anlage 2 festgelegte beihilfefähige Leistungsumfang und die beihilfefähigen Höchstbeträge lehnen sich an die vom Bund mit den Heilpraktikerverbänden am 23. September 2011 geschlossene Vereinbarung über beihilfefähige Honorare für Heilpraktikerleistungen an.

Zu Unterabschnitt 2 (Ambulante zahnärztliche Leistungen)

Zu § 10 (Zahnärztliche Leistungen)
Aufwendungen für notwendige ambulante zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind beihilfefähig. Diese Leistungen umfassen zahnärztliche Leistungen einschließlich implantologische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. Die Angemessenheit richtet sich nach § 4 Abs. 3 bis 7. Weiterhin wird klargestellt, dass Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für Beihilfeberechtigte durch die Festsetzungsstellen auch dann zu tragen sind, wenn sie von Zahnärzten ausgestellt wurden.

Zu § 11 (Implantologische Leistungen)
Aufwendungen für Implantate sind beihilfefähig, wenn sie medizinisch notwendig sind, weil die Kaufähigkeit anders nicht wiederhergestellt werden kann. Ohne besondere Indikation sind zwei Implantate je Kiefer (einschließlich vorhandener) beihilfefähig. Zur Befestigung von

implantatbasierten Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer ist die Gesamtzahl der beihilfefähigen Implantate auf vier je Kiefer (einschließlich vorhandener), also insgesamt acht, begrenzt. Bei Einzelzahnlücken ist Absatz 1 anzuwenden. Werden mehr Implantate eingesetzt als beihilfefähig sind, sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sowie die Material- und Laborkosten anteilig beihilfefähig. Die Aufwendungen für Suprakonstruktionen, das heißt für auf die Implantate aufgebrachten Zahnersatz (zum Beispiel Brücken oder Kronen) sind unabhängig davon beihilfefähig, ob die Aufwendungen für die jeweiligen Implantate selbst beihilfefähig sind. Die Höchstzahl der Implantate ist bei den in Absatz 3 genannten Indikationen, zum Beispiel bei größeren Kiefer- und Gesichtsdefekten, nicht begrenzt.

Zu § 12 (Kieferorthopädische Leistungen)
Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beihilfefähig. Ab dem vollendeten achtzehnten Lebensjahr können Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit einem kieferchirurgischen Eingriff erbracht werden, nicht mehr als beihilfefähig anerkannt werden, weil sich durch kieferorthopädische Maßnahmen im voll ausgebildeten Gebiss nur in Ausnahmefällen noch Verbesserungen der Bissstellung erreichen lassen. Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplans ist zwingende Voraussetzung des Anspruchs auf Beihilfe. Mit der Regelung, dass bei Abbruch der Behandlung oder Wechsel des Kieferorthopäden nur die laut Zustimmung der Festsetzungsstelle verbleibenden Kosten beihilfefähig sind, soll eine Umgehung der Kostenbegrenzung für kieferorthopädische Leistungen vermieden werden.

Zu § 13 (Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen)
Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur in den aufgeführten Fällen beihilfefähig. Diese Beschränkung ist aus wirtschaftlichen Gründen gerechtfertigt, da die genannten Leistungen nur in den aufgeführten Fällen sowohl Erfolg versprechend, als auch besonders dringlich sind. Die Auflistung ist abschließend. Die Vorlage eines schriftlich dokumentierten Befundes über den Kiefer- oder Zahnstatus ist erforderlich, um die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die entsprechenden Maßnahmen beurteilen zu können.

Zu § 14 (Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne)
Zu Absatz 1:
Absatz 1 regelt die Beihilfefähigkeit von Auslagen, Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlungen. Zur Verwaltungsvereinfachung wurde die bisher unterschiedliche Verfahrensweise für Aufwendungen nach § 4 Abs. 3 GOZ, die zu 100 Prozent, und zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ, die zu 40 Prozent beihilfefähig waren, vereinheitlicht, da die Zuordnung und unterschiedliche Behandlung der einzelnen Aufwendungen einen unverhältnismäßig hohen Bearbeitungsaufwand zur Folge hatte. Um Benachteiligungen zu vermeiden, wurde eine Mischkalkulation durchgeführt und der beihilfefähige Prozentsatz nun für beide Aufwendungsarten auf einheitlich 60 Prozent festgesetzt.

Zu Absatz 2:
Neben dem vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung vorzulegenden Heil- und Kostenplan können auch bei anderen Aufwendungen, die nur eingeschränkt beihilfefähig sind (zum Beispiel für prothetische Leistungen (Zahnersatz) oder Implantate), der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung Heil- und Kostenpläne vorgelegt werden. Die Aufwendungen dafür sind beihilfefähig. Die Regelung dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen vor unkalkulierbaren Kostenrisiken, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, die Beihilfefähigkeit der beabsichtigten Aufwendungen vorab zu prüfen und die Beihilfeberechtigten im Rahmen der Fürsorgepflicht entsprechend zu unterrichten. Die spätere Beihilfegewährung richtet sich jedoch nach den tatsächlich getätigten Aufwendungen. Die Vorlage eines Heil- und

Kostenplans ist bei Zahnersatz und implantologischen Leistungen keine Anspruchsvoraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe. Im Gegensatz dazu muss bei kieferorthopädischer Behandlung ein Heil- und Kostenplan zur vorherigen Genehmigung der Behandlung durch die Festsetzungsstelle vorgelegt werden.

Zu § 15 (Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf)

Zu Absatz 1:

Der Beihilfeanspruch von Beamten auf Widerruf schließt Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen grundsätzlich ein.

Zu Absatz 2:

Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind für Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen die unter den Nummern 1 bis 4 genannten Leistungen. Damit wird dem besonderen Charakter des im Wesentlichen den Vorbereitungsdienst umfassenden Beamtenverhältnisses auf Widerruf Rechnung getragen, aus dem sich nur eine eingeschränkte Fürsorgepflicht des Dienstherrn ergibt. Die Einschränkung der Fürsorgepflicht besteht hingegen nicht, wenn die Aufwendungen auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen, oder der Beamte auf Widerruf bereits mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Zu Unterabschnitt 3 (Ambulante psychotherapeutische Leistungen)

Zu § 16 (Psychotherapeutische Leistungen)

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift definiert die Arten ambulanter psychotherapeutischer Leistungen.

Zu Absatz 2:

Es wird geregelt, welche ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen bei einer seelischen Krankheit dem Grunde nach beihilfefähig sind. Der Umfang der beihilfefähigen Maßnahmen entspricht dem bisherigen Niveau und den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Absatz 3:

Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn diese nach wissenschaftlich anerkannten Verfahren nach § 4 Abs. 3 Satz 1 durchgeführt und nach dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ, Abschnitt B und G abgerechnet werden. Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergibt sich die Abrechnungsmöglichkeit aus § 1 Abs. 2 Satz 1 GOP, der auf die entsprechenden Abschnitte der GOÄ verweist. Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen werden nur dann als beihilfefähig anerkannt, wenn ein Behandlungserfolg zu erwarten ist. Die Begrenzung der Anzahl der probatorischen Sitzungen auf höchstens fünf bzw. acht orientiert sich am Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich ist eine psychotherapeutische Behandlung nur nach vorheriger Durchführung eines Begutachtungsverfahrens beihilfefähig. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die festgelegten Voraussetzungen für die Bewilligung von Beihilfe zu Aufwendungen für Psychotherapie eingehalten werden.

Zu Absatz 4:

Die Vorschrift entspricht § 28 Abs. 3 SGB V. Eine somatische Abklärung ist erforderlich, da ein Psychotherapeut nicht die erforderliche Ausbildung hat, somatische Ursachen auszuschließen. Die Entscheidung über die Notwendigkeit der Psychotherapie kann erst getroffen werden, wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Beschwerden somatische Ursachen haben.

Zu Absatz 5:
Notwendige Aufwendungen für psychosomatische Grundversorgung sind von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle ausgenommen, da es sich im Wesentlichen um kurzfristig mögliche Maßnahmen der Basisdiagnostik und -therapie und gegebenenfalls um eine Kooperation mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Spezialisten zur differentialdiagnostischen oder indikatorischen Klärung des Krankheitsbildes handelt.

Zu Absatz 6:
Die Regelung bezeichnet die Anwendungsbereiche, in denen eine tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie nach derzeitigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse Aussicht auf Erfolg bietet und die entsprechenden Aufwendungen daher beihilfefähig sind. Die Aufzählung ist abschließend. Die Indikationen entsprechen denen, die auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung angewendet werden. Die Dauer entspricht den Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu den Absätzen 7 und 8:
Die Regelungen tragen der Tatsache Rechnung, dass diese besonderen Therapieformen nur in bestimmten Fällen sinnvoll und Erfolg versprechend sind.

Zu Absatz 9:
Eine psychotherapeutische Behandlung ist auch neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig, wenn psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.

Zu Absatz 10:
Für den Langzeiterfolg einer stationären Therapie müssen Patienten in der Lage sein, die Techniken und Fähigkeiten anzuwenden, die sie sich in der Therapie angeeignet haben. Während der ambulanten Nachsorge lernen die Patienten unter Anleitung das Zurechtfinden im Alltag. Die Abrechnungen hierfür erfolgen in der Regel pauschal. Als angemessen im Sinne von § 4 sind daher in jedem Fall die Kosten anzusehen, die gegenüber den Sozialversicherungsträgern abgerechnet werden können. § 4 Abs. 6 Satz 5 findet Anwendung.

Zu Absatz 11:
Die Regelung soll den im Ausland tätigen Beamten im Anschluss an eine in Deutschland durchgeführte ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung nach Rückkehr an den ausländischen Dienstort eine muttersprachliche Nachsorge zur Sicherung des Behandlungserfolges ermöglichen. Die Notwendigkeit einer internetgestützten Therapie ist zum Beispiel dann gegeben, wenn am ausländischen Dienstort kein geeigneter Psychotherapeut zur Verfügung steht.

Zu Absatz 12:
Kombinationsbehandlungen stehen der psychodynamischen Wirksamkeit der jeweiligen Therapie entgegen; hierfür getätigte Aufwendungen sind daher von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Zu § 17 (Psychosomatische Grundversorgung)
Zu Absatz 1:
Die psychosomatische Grundversorgung kommt zur Anwendung, wenn der Arzt die ursächliche Beteiligung psychischer Faktoren an einem – gegebenenfalls komplexen – Krankheitsgeschehen festgestellt hat oder aufgrund seiner ärztlichen Erfahrung diese als wahrscheinlich annehmen muss. Die begrenzte Zielrichtung der psychosomatischen Grundversorgung strebt eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische

Krankenbehandlung an. An diesen Grundsätzen orientieren sich die Regelungen zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die psychosomatische Grundversorgung.

Zu Absatz 2:
Aus dem besonderen Charakter der psychosomatischen Grundversorgung ergibt sich die Notwendigkeit sowohl für die erfolgten Begrenzungen der Beihilfe hinsichtlich der Anzahl der Behandlungen, als auch für den Ausschluss von Beihilfe für weitere, gleichzeitig mit der psychosomatischen Grundversorgung durchgeführte Behandlungen.

Zu den Absätzen 3 und 4:
Die besondere Qualifikation der Leistungserbringer stellt sicher, dass nur Aufwendungen für Behandlungen beihilfefähig sind, die von für die Leistungserbringung qualifizierten Personen erbracht werden.

Zu § 18 (Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie)
Zu Absatz 1:
Die Festlegung der Dauer der jeweiligen Behandlung folgt den aktuellen medizinischen Erfordernissen und entspricht den Festlegungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen auch Aufwendungen für die Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem näheren Umfeld als beihilfefähig anzuerkennen. Nach dem Psychotherapeutengesetz sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechtigt, Patienten, die im Regelfall das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu behandeln. Satz 2 regelt, dass diese Altersbegrenzung auch bei der Zuordnung zum Behandlungsumfang (Anzahl der Sitzungen) nach Satz 1 Nr. 1, 2 oder 4, abweichend von anderen Definitionen, wonach für Jugendliche das Alter vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr bis zum nicht vollendeten achtzehnten Lebensjahr maßgebend ist (beispielsweise § 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII), beachtet werden soll.

Zu den Absätzen 2 bis 4:
Die besondere Qualifikation der Leistungserbringer stellt sicher, dass gerade in diesen sensiblen Therapiebereichen nur Aufwendungen für Behandlungen beihilfefähig sind, die von für die jeweils durchgeführten Psychotherapieformen qualifizierten Personen erbracht werden.

Zu den Absätzen 5 und 6:
Die Regelungen über die Verfahrensweise bei Überschreitung der im Regelfall vorgesehenen Anzahl der Sitzungen richten sich nach den Bestimmungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Absatz 7:
Die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist entsprechend den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen.

Zu § 19 (Verhaltenstherapie)
Zu Absatz 1:
Die Festlegung der Dauer der jeweiligen Behandlung folgt medizinischen Erfordernissen und entspricht den Festlegungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Eine weitere Erhöhung ist hier im Gegensatz zu § 18 ausgeschlossen.

Zu Absatz 2:
Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen für Kurzzeittherapien einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Durch den Verzicht auf das Begutachtungsverfahren in diesen Fällen (Abschluss innerhalb von zehn oder zwanzig Sitzungen) wird einerseits Aufwand eingespart, andererseits werden Zeitverzögerungen vermieden. Damit ist sichergestellt, dass das beihilferechtliche Begutachtungsverfahren einer möglichst zeitnahen Aufnahme der Behandlung nicht entgegensteht.

Zu den Absätzen 3 bis 5:
Ebenso wie in den Fällen des § 18 stellt die besondere Qualifikation der Leistungserbringer sicher, dass nur Aufwendungen für Behandlungen beihilfefähig sind, die von für die jeweils durchgeführten Psychotherapieformen qualifizierten Personen erbracht werden.

Zu Unterabschnitt 4 (Stationäre Leistungen)

Zu § 20 (Krankenhausleistungen)
Zu Absatz 1:
Die Vorschrift legt fest, welche Aufwendungen bei voll- und teilstationären Behandlungen in Krankenhäusern grundsätzlich beihilfefähig sind. Die Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) (Abrechnung mit Hilfe von tagesgleichen Pflegesätzen) oder für somatische Krankenhäuser nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Die Vergütung erfolgt im Wesentlichen über fallpauschalierte Entgelte, sogenannte Diagnosis Related Groups (DRGs)).

Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 17 Abs. 2 Satz 1 KHEntG und § 22 Abs. 1 Satz 2 BPflV dürfen dem Patienten Wahlleistungen nur in Rechnung gestellt werden, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind. Um Aufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen, die im Rahmen dieser Vorschrift beihilfefähig sind, handelt es sich daher nur, wenn diese auf Wunsch des Patienten erbracht werden und schriftlich vereinbart worden sind. Zu den von Nummer 3 Buchst. c erfassten Wahlleistungen zählt insbesondere das Einholen von ärztlichen Zweitmeinungen.

Zu Absatz 2:
Mit der Regelung sollen die Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, mit geringem Verwaltungsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt werden. In der Praxis betrifft dies Vergütungen von Privatkliniken oder Kliniken im Ausland. In manchen Privatkliniken wurden in der Vergangenheit Pflegesätze verlangt, die erheblich über den Pflegesätzen der Einrichtungen lagen, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz anwenden. Die bisherige Regelung, einen Kostenvergleich mit vergleichbaren Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung durchzuführen, hat im Vollzug zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand geführt. Zudem wurde verwaltungsgerichtlich (VG Hannover, Urteil vom 27.02.2008 - 13 A 1080/07) entschieden, dass in den Vergleich Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 KHEntgG (zum Beispiel Ausbildungskosten oder Kosten der Qualitätssicherung) einzubeziehen sind. Diese werden von den Krankenhäusern der Maximalversorgung regelmäßig berechnet und verändern sich in der Höhe, was zu einem erheblichen Ermittlungsaufwand geführt hat. Beihilfeberechtigten konnten aufgrund dieser Schwankungen vorab keine zuverlässigen Auskünfte über die Höhe der beihilfefähigen Kosten erteilt werden. Bund und Länder haben eine Regelung erarbeitet, die Einzelabfragen entbehrlich macht. Diese wird im Absatz 2 inhaltlich übernommen. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Behandlung in Privatkrankenhäusern (Indikationen, die von DRG-Fallpauschalensystem erfasst sind) wird der Berechnung des beihilfefähigen Höchstbetrages die obere Grenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen

Basisfallwertkorridors (2012: 3.066,32 EUR) zu Grunde gelegt. Die obere Korridorgrenze schließt alle Zu- und Abschläge mit ein. In den verbleibenden Fällen (Krankenhäuser der Psychiatrie und Psychotherapie) diente als Berechnungsgrundlage die Auswertung der Budgetvereinbarungen 2009 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser. Dabei wurden für die Festlegung des beihilfefähigen Höchstbetrages jeweils der Mittelwert des Basispflegesatzes und der maximale Wert des Abteilungspflegesatzes zu Grunde gelegt. Für die Wahlleistung Zweibettzimmer wird ein Pauschalvergleichssatz von 1,5 Prozent der oberen Korridorgrenze des Bundesbasisfallwertes eingeführt. Dieser ist Ergebnis eines Kostenvergleichs der durchschnittlichen Zweibettzimmerzuschläge in den letzten 10 Jahren. Damit wird die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Privatkliniken auf ein vertretbares Kostenniveau begrenzt und gleichzeitig der Verwaltungsaufwand für den Kostenvergleich erheblich gesenkt. Rechtsstreite werden damit vermieden. Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen, die üblicherweise Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen sind, sind nicht beihilfefähig. Bei Notfallbehandlungen im nächstgelegenen Krankenhaus ist keine Vergleichsberechnung durchzuführen (vgl. BVerwG, Urteil vom 17. Oktober 2011 – 2 C 14/10).

Zu Absatz 3:
Die Regelung hat klarstellende Funktion, weil sie die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Begleitperson oder einer Pflegekraft ausschließlich dann zulässt, wenn deren Anwesenheit für den Behandlungserfolg des Patienten aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist daher grundsätzlich auf die notwendigen Krankenhauskosten nach Absatz 1 Nr. 2 beschränkt. Die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses ist nur in den genannten Ausnahmefällen beihilfefähig.

Zu Absatz 4:
Die Vorschrift trägt den besonderen Verhältnissen im Ausland Rechnung. Die Beihilfefähigkeit von Abrechnungsunternehmen für ausländische stationäre Leistungen ist mit weniger Verwaltungsaufwand verbunden und bedeutet auch aus fürsorglicher Sicht eine Verbesserung für die im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten.

Zu Unterabschnitt 5 (Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen)

Zu § 21 (Arzneimittel):
Zu Absatz 1:
Aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit wird der insbesondere auch europarechtlich geprägte Begriff des Arzneimittels (hierzu EuGH, Urteil vom 15. Januar 2009, C-140/07; BVerwG, Urteil vom 26. Mai 2009, 3 C 5/09; BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, B 1 KN 3/07 KR R) im Beihilferecht nunmehr erstmals definiert. Denn nach der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung kann die Legaldefinition in § 2 Abs. 1 AMG wegen des andersartigen Regelungszweckes, nämlich für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln zu sorgen, nicht ohne Weiteres auf das Beihilferecht übertragen werden (BVerwG, Urteil vom 30. Mai 1996, 2 C 5/95; VGH München, Urteil vom 5. März 2010, 14 BV 08.1013; VGH Mannheim, Urteil vom 31. August 2010, 10 S 3384/08). Der beihilferechtliche Arzneimittelbegriff wird entsprechend dem Arzneimittelgesetz definiert. Mit dem Verweis auf die Zweifelsfallregelung des § 2 Abs. 3a AMG, wonach im Zweifel die arzneimittelrechtlichen Bestimmungen maßgeblich sind, wird die im Arzneimittelrecht geltende klare rechtliche Zuordnung bestimmter Grenzprodukte, die Arzneimittel im Sinne der Definition des AMG sind, daneben aber anderen Produktgruppen und damit anderen Regelungssystemen zugeordneten sein können (hierzu OLG Köln, Urteil vom 11. Dezember 2009, 6 U 90/09, bestätigt durch BGH, Urteil vom 24. November 2010, I ZR 204/09; VG Köln, Urteil vom 14. Oktober 2009, 24 K 4394/08), in das Beihilferecht übernommen. Aufgrund des Verweises auf § 2 Abs. 4 AMG gelten als Arzneimittel auch solche Mittel, die arzneimittelrechtlich

zugelassen oder registriert sind (VGH München, Urteil vom 13. Dezember 2010, 14 BV 08.1982).

Zu Absatz 2:
Es wird die Beihilfefähigkeit der Arzneimittel geregelt. Mit dem Abstellen auf das Einwirken auf den menschlichen Körper werden insbesondere Arzneimittel für Tiere im Sinne von § 2 Abs. 1 AMG von der Erstattungsfähigkeit ausgenommen, obwohl diese vom Arzneimittelbegriff dem Grunde nach erfasst sind. Die Beihilfefähigkeit setzt die Bestimmung des Arzneimittels zur Krankheitsbehandlung voraus. Nicht erforderlich ist demgegenüber die arzneimittelrechtliche Zulassung des Arzneimittels zur Behandlung der diagnostizierten Krankheit. Aufgrund der in den Vordergrund zu stellenden Therapiehoheit des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers sollen damit auch Arzneimittel im sogenannten „Off-Label-Use“ (zulassungsüberschreitende Anwendung) erstattungsfähig sein. Überdies sollen die Festsetzungsstellen aus Gründen der Rechtsvereinfachung und Vollzugsfreundlichkeit von entsprechenden Einzelfallprüfungen entlastet sein. Hinzu kommt, dass auch das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung (zum Beispiel BSG, Urteil vom 19. März 2002, B 1 KR 37/00 R; BSG, Urteil vom 27. März 2007, B 1 KR 30/06 R, bestätigt durch BVerfG, Urteil vom 30. Juni 2008, 1 BvR 1665/07) die Erstattungspflicht des „Off-Label-Use“ durch die gesetzliche Krankenversicherung in Ausnahmefällen ebenfalls zulässt. Die Arzneimittel müssen aus Anlass einer Krankheit verschrieben werden; Arzneimittel zur Prophylaxe und Verhütung einer Erkrankung sind aus Gründen der Fürsorge für Kleinkinder von Beihilfeberechtigten in den genannten Fällen ausnahmsweise beihilfefähig.

Zu Absatz 3:
Der generelle Ausschluss der Erstattungsfähigkeit sogenannter „Life-Style-Produkte“ (zum Beispiel potenzsteigernde Mittel und Abmagerungsmittel) und von Gegenständen, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, ergibt sich bereits aus § 102 Abs. 1 Satz 3 SächsBG. Absatz 3 gibt aus Gründen der Übersichtlichkeit diese Regelung wieder. Da die Behandlungsbedürftigkeit der Leiden, für die diese Produkte eingesetzt werden, wesentlich vom steuerbaren Willen und der freien Entscheidung des Betroffenen abhängt, ist eine Aufnahme dieser Mittel in das Leistungsprogramm der Beihilfe nicht angezeigt. Der Betroffene kann ohne Verletzung der beamtenrechtlichen Verpflichtung, sich gesund zu halten und ohne Gefahr weitergehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Schädigungen auf die Behandlung je nach seinen individuellen Lebensbedürfnissen teilweise, überwiegend oder auch ganz verzichten (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008, 2 C 24/07). Zu den der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnenden Arzneimitteln können insbesondere Vitaminpräparate, die im Wesentlichen in Abhängigkeit von ihrer Dosierung sowohl Arzneimittel als auch Lebensmittel in Form von Nahrungsergänzungsmittel darstellen können (EuGH, Urteil vom 29. April 2004, C- 387/99; VGH Mannheim, Urteil vom 19. Januar 2010, 4 S 1816/07; BayVGH, Urteil vom 13. Dezember 2010, 14 BV 08.1982), zählen.

Zu § 22 (Medizinprodukte):
Zu Absatz 1:
Ebenso wie der Begriff des Arzneimittels wird auch der Begriff des Medizinproduktes im Beihilferecht erstmals definiert. Das Beihilferecht hat auf das im Jahre 1994 eingeführte Medizinproduktegesetz (MPG) und die damit verbundene Änderung des arzneimittelrechtlichen Arzneimittelbegriffs bislang ebenso wenig reagiert wie das Krankenversicherungsrecht (zum Beihilferecht vgl. VGH München, Urteil vom 5. März 2010, 14 BV 08.1013; VGH München, Urteil vom 17. Mai 2010, 14 B 08.3164; zum Krankenversicherungsrecht vgl. Wabnitz, Medizinprodukte als Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung 2008, Seite 45 f). Der beihilferechtliche Medizinproduktebegriff wird im Wesentlichen entsprechend dem Medizinproduktegesetz definiert. Ausreichend ist, dass das Produkt bei objektiver Betrachtung die in § 3 Nr. 1 bis 3 MPG genannten Kriterien erfüllt. Da es auf die nach dem Medizinproduktegesetz ansonsten maßgebliche Zweckbestimmung des Herstellers nach § 3 Nr. 1 MPG (hierzu Deutsch/Lippert/Ratzel/Tag, Kommentar zum Medizinproduktegesetz (MPG), 2. Aufl. 2010, § 3 Rn. 2) nicht ankommt, ist auch eine

Einbeziehung des § 2 Abs. 2 MPG in den beihiferechtlichen Medizinproduktebegriff nicht erforderlich. Außerdem wird die – von der Definition des § 2 Abs. 1 AMG und somit auch des § 21 Abs. 1 nicht erfasste – Negativabgrenzung des § 2 Abs. 3 Nr. 7 AMG zu Arzneimitteln inhaltlich übernommen. Medizinprodukte sind damit nur dann Arzneimittel, wenn es sich um sogenannte Funktionsarzneimittel im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 2 AMG handelt (OVG Münster, Beschluss vom 15. März 2010, 13 A 2612/09). Damit gelten die im Arzneimittel- und Medizinprodukterecht (für die Zulassungspflicht des § 21 Abs. 1 AMG) geltenden Abgrenzungskriterien im Wesentlichen auch im Beihilferecht. Danach unterscheiden sich Medizinprodukte von (Funktions-)Arzneimitteln in erster Linie durch ihre Funktionsweise. Medizinprodukte wirken physikalisch, während die Hauptwirkung von Arzneimitteln auf pharmakologische, immunologische oder metabolische Art erfolgt (BT- Drs. 16/12256, S. 41; BGH, Urteil vom 24. Juni 2010, I ZR 166/08). Auch im Hinblick auf die einschränkenden Voraussetzungen, unter denen Aufwendungen für nicht stoffliche Medizinprodukte nach Absatz 3 erstattet werden, ist eine Definition der stofflichen Medizinprodukte erforderlich, zumal die Anwendung der Zweifelsfallregelung des § 2 Abs. 3a AMG nicht zu einer tatsächlichen Abschaffung stofflicher Medizinprodukte geführt hat (OVG Münster, Beschluss vom 23. April 2010, 13 A 622/10; OVG Münster, Urteil vom 19. Mai 2010, 13 A 156/06).

Zu den Absätzen 2 bis 4:
Hier wird die Beihilfefähigkeit von Medizinprodukten geregelt. Dabei werden sogenannte stoffliche Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter im Beihilferecht wie Arzneimittel behandelt. Insofern ist für die beihilferechtliche und leistungsrechtliche Einordnung die Differenzierung nach der Wirkungsweise ohne Belang. Entscheidend ist – wie im bisherigen Recht – die Eignung des jeweils in Rede stehenden Mittels oder Wirkstoffs auf den regelwidrigen Körperzustand einzuwirken (VGH Mannheim, Urteil vom 11. März 2010, 10 S 3090/08). Die Beihilfefähigkeit von nicht stofflichen Medizinprodukten, wie zum Beispiel Hilfsmittel oder Verbandmittel richtet sich nach den §§ 23 und 24. Ebenso wie im Bereich der Arzneimittel sind sogenannte „Life-Style-Produkte“ und Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, von der Erstattung ausgeschlossen.

Zu § 23 (Hilfsmittel)
Zu Absatz 1:
Aus Gründen der Rechtsklarheit wird erstmals der Begriff des Hilfsmittels im sächsischen Beihilferecht definiert, zumal aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung des Hilfsmittelbegriffs in der Sozialversicherung (§ 33 SGB V; § 31 SGB VII; § 31 SGB IX; § 40 SGB XI) auch dort keine einheitliche gesetzliche Begriffsdefinition existiert (zum Hilfsmittelbegriff im Krankenversicherungsrecht BSG, Urteil vom 3. August 2006, B 3 KR 25/05 R). Hilfsmittel im Sinne des Beihilferechts sind demnach in erster Linie nicht stoffliche Medizinprodukte. Zu den Hilfsmitteln zählen als Medizinprodukte daher neben den im bisherigen Beihilferecht stets gesondert bezeichneten Körperersatzstücken und Geräten zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle auch Verbandmittel. Als besonderes Hilfsmittel ohne Medizinproduktcharakter kommt darüber hinaus – wie im bisherigen Recht – der Blindenführhund, in Betracht. Dem Grunde nach beihilfefähig sind nicht nur die Anschaffung des Hilfsmittels, sondern alle Aufwendungen, die zu dem bestimmungsgemäßen Umgang mit dem Hilfsmittel gehören.

Zu Absatz 2:
Die Norm regelt die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln. Die Angemessenheit und Notwendigkeit von Hilfsmitteln muss unter Beachtung des § 102 Abs. 1 Satz 2 SächsBG und des § 4 Abs. 3 von den Festsetzungsstellen geprüft werden. Auf die in der Nummer 1 und Nummer 9 der bisherigen Anlage 5 zu § 9 Nr. 5 Satz 2 SächsBhVO veröffentlichte Positivliste und Negativliste zu erstattungsfähigen Hilfsmitteln wird im Hinblick auf die hierzu ergangene Rechtsprechung verzichtet. Denn selbst wenn ein Hilfsmittel in der sogenannten Positivliste nicht enthalten oder dessen Erstattung in der Negativliste ausdrücklich ausgeschlossen war, konnten auch im bisherigen Beihilferecht die Aufwendungen für ein Hilfsmittel ersetzt werden, wenn dies im Einzelfall die in § 45 BeamtStG statuierte

Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber seinem Beamten gebietet (OVG Lüneburg, Beschluss vom 21. November 2008, 5 LA 98/08 unter Hinweis auf BVerwG, Urteil vom 12. Juni 1967, VI C 28/67; BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008, 2 C 9/07; VG Leipzig, Urteil vom 2. September 2010, 3 K 702/09). Die in § 64 dem Staatsministerium der Finanzen erteilte Ermächtigung, ausführende Regelungen hierzu – vergleichbar den bisherigen Hilfsmittellisten – in einer Verwaltungsvorschrift zu treffen, entspricht sowohl dem Interesse des Beamten, sich vor der Anschaffung eines Hilfsmittels über dessen voraussichtliche Kostenerstattung zu orientieren als auch dem Interesse der Festsetzungsstellen, möglichst detaillierte und der rasanten Entwicklung im Bereich der Hilfsmittel entsprechende aktuelle Arbeitshilfen zu erhalten.

Zu Absatz 3:
Die Vorschrift enthält aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung eine Sonderregelung zu der ärztlichen Verordnungspflicht, wenn das als beihilfefähig anerkannte Hilfsmittel repariert werden muss oder eine Ersatzbeschaffung erforderlich ist.

Zu den Absätzen 4 bis 8:
In Ausgestaltung des § 102 Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 Buchst. f SächsBG erfolgt hier eine unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und unter dem Aspekt der zumutbaren Eigenvorsorge zu betrachtende Beschränkung der Beihilfefähigkeit der dort genannten Hilfsmittel im Wesentlichen entsprechend dem bisherigen Recht.

Zu Absatz 9:
Die Erstattungsfähigkeit von Schuhen wird neu geregelt und orientiert sich künftig im Wesentlichen an der Handhabung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach sind Schuhe grundsätzlich dem allgemeinen Lebensbedarf zuzurechnen. Das in Absatz 9 genannte Schuhwerk dient unterschiedlichen Zwecken, woraus eine zeitlich begrenzte oder eine dauerhafte Versorgung der Patienten resultiert. Dient das Schuhwerk einer dauerhaften Versorgung, sind ein Eigenanteil und gegebenenfalls eine Karenzzeit für eine Ersatzbeschaffung angemessen; bei einer nur vorübergehenden Versorgung fallen keine Eigenanteile an.

Zu Absatz 10:
Im Hinblick auf den umfangreichen Regelungsgehalt zu Sehhilfen und Mobilitätstraining für Blinde wird deren Beihilfefähigkeit in gesonderten Paragraphen geregelt. Regelungen zur Beihilfefähigkeit von Pflegehilfsmitteln finden sich aufgrund des Sachzusammenhangs mit Pflegeleistungen in Abschnitt 6.

Zu § 24 (Sehhilfen)
Die bislang in Nummer 11 der Anlage 5 zu § 9 Nr. 5 Satz 2 SächsBhVO geregelte Beihilfefähigkeit von Sehhilfen wird aktualisiert sowie pauschaler und vollzugsfreundlicher ausgestaltet. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Sehhilfen in einem eigenen Paragraphen geregelt. Im Hinblick auf die zumutbare Eigenvorsorge ist die Beihilfefähigkeit überdies auf Höchstbeträge und in Einzelfällen auf Indikationen beschränkt.

Zu Absatz 1:
Die Regelung definiert den Begriff der Sehhilfen im beihilferechtlichen Sinn.

Zu Absatz 2:
Es wird die Regelung des § 23 Abs. 10 Satz 1 aufgegriffen und klargestellt, dass sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Sehhilfen als besondere Hilfsmittel auch nach § 23 Abs. 3 bis 4 beurteilt.

Zu Absatz 3:
Die Vorschrift übernimmt hinsichtlich des ärztlichen Verordnungserfordernisses die bisherige Regelung und erhöht den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker moderat um 2 EUR.

Zu Absatz 4:
Die Norm löst die bisherige äußerst kleinteilige und im Verwaltungsvollzug nur mit hohem Aufwand zu kontrollierende Regelung zu Gunsten einer pauschalierenden Betrachtungsweise ab. Danach werden die Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen künftig einheitlich beurteilt. Es wird ein einheitlicher Höchstbetrag von 80 EUR je Auge bei einer einheitlichen Tragezeit von 2 Jahren eingeführt. Der Höchstbetrag umfasst zum Beispiel auch die Kosten für Entspiegelung, Tönung von Brillengläsern, gegebenenfalls gesondert in Rechnung gestellte Handwerkerleistungen sowie die Kosten einer Reparatur. Innerhalb des 2-Jahreszeitraumes kann so lange Beihilfe gewährt werden, bis der Höchstbetrag ausgeschöpft ist. Eine Übertragung nicht genutzter (Teil-) Beträge auf nachfolgende Jahre ist nicht möglich. Auf die Art der Brillengläser, den Umfang der Sehschwäche und das Vorliegen bestimmter Indikationen kommt es grundsätzlich nicht mehr an. Kinder bis zum achtzehnten Lebensjahr, bei denen sich erfahrungsgemäß sowohl die Sehkraft als auch die Kopfform in kürzeren Abständen ändern können, sind von diesen Höchstgrenzen ausgenommen.

Zu Absatz 5:
Die Vorschrift enthält – wie nach dem bisherigen Recht – eine Sonderregelung für Kurzzeitlinsen bei Vorliegen bestimmter Indikationen. Aufgrund der Besonderheit der Augenerkrankung können Langzeitlinsen regelmäßig nicht benutzt werden, so dass eine Geltung der in Absatz 4 genannten Höchstgrenzen nicht sachgerecht wäre.

Zu Absatz 6:
Es wird die Beihilfefähigkeit von Brillengläsern bei eingesetzten Kontaktlinsen geregelt. Damit nicht regelmäßig Kontaktlinsen neben Brillengläsern erstattet werden können, muss das Erfordernis einer zusätzlichen Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen augenärztlich verordnet werden. Die bisherige Regelung, wonach bei Aphakie die Aufwendungen für Brillengläser einer Reservebrille ebenfalls erstattet werden, wird fortgeführt.

Zu Absatz 7:
Die Norm spezifiziert die bislang relativ unbestimmte Regelung der Nummer 11 Buchst. e Satz 2 der Anlage 5 zu § 9 Nr. 5 Satz 2 SächsBhVO für vergrößernde Sehhilfen. Dabei wird zwischen optisch (Nummern 1 und 2) und elektronisch vergrößernden Sehhilfen (Nummer 3) unterschieden, wobei zusätzlich eine Unterscheidung nach Nah- und Fernbereich getroffen wird. Nicht beihilfefähig sind demnach insbesondere Aufwendungen für Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz oder die Ferne, separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung des Lesegutes) und Fresnellinsen aller Art.

Zu Absatz 8:
Die bisherige Sonderregelung für die Erstattung von Brillenfassungen von für den Schulsport benötigten Brillen wird fortgeführt, wobei der bisher beihilfefähige Betrag auf 55 EUR aufgerundet wird. Reparaturkosten sind nicht auf den Höchstbetrag anzurechnen. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für Sportbrillengläser sind ohne Beschränkungen beihilfefähig.

Zu § 25 (**Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel)**
Zu Absatz 1:
Entsprechend den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sogenannte diätetische Krankenkost und

diätetische Lebensmittel, einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder grundsätzlich nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 2:
Bei bestimmten Erkrankungen, die eine künstliche Ernährung erforderlich machen, ist die Möglichkeit zur Teilnahme an den vielfältigen Formen des Soziallebens, die mit Essen und Trinken einhergehen, jedoch nicht oder nur eingeschränkt möglich. Das bedeutet für den Patienten zusätzlich zu seiner Erkrankung eine weitere schwerwiegende Einschränkung der Lebensqualität. Damit das Grundbedürfnis der Ernährung so lange wie möglich auf natürliche Weise befriedigt werden kann, ist ein Umfeld erforderlich, in dem Zeit und Mühe in die notwendige Zuwendung und Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme investiert wird. Deshalb sind auch in der ambulanten Versorgung in bestimmten medizinisch notwendigen Fällen – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – Aufwendungen für eine enterale Ernährung als Form der künstlichen Ernährung für Kranke beihilfefähig. Zur enteralen Ernährung gehören Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung.

Zu Absatz 3:
Die Vorschrift erhebt die bislang lediglich in Hinweisen zu den Beihilfevorschriften des Bundes geregelte gängige Therapieform bei den hier genannten Erkrankungen in den Verordnungsrang.

Zu Unterabschnitt 6 (Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung)

Zu § 26 (Heilmittel)
Zu Absatz 1:
Es wird – in Anlehnung an § 2 Abs. 1 der am 1. Juli 2011 in Kraft getretenen Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (BAnz. 2011, S. 2247) – der Begriff des Heilmittels im Sinne des Beihilferechts definiert. Da das Krankenversicherungsrecht in § 27 Abs. 1 Nr. 3 und § 32 SGB V keine Definition des Heilmittelbegriffs enthält, sondern deren Begriffsinhalt voraussetzt und das Unfallversicherungsrecht in § 30 SGB VII demgegenüber einen eigenen Heilmittelbegriff definiert, kann nicht ohne weiteres auf die zum Heilmittelbegriff bislang ergangene sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung zurückgegriffen werden (BSG, Urteil vom 28. Juni 2000, B 6 KA 26/99 R). Das Heilmittel muss zudem in einem der in Absatz 1 abschließend genannten vier Therapiebereiche erbracht werden. Damit wird das in § 102 Abs. 1 Satz 2 SächsBG und § 4 Abs. 3 enthaltene Gebot der Notwendigkeit der getätigten Aufwendungen für den Bereich der Heilmittel konkretisiert. Nichtärztliche Leistungen auf den Gebieten der Ernährung, des Sehens und Hörens, der Erziehung, des Verhaltens, der Psyche sowie der Musik, der Kunst, des Tanzes und des Sports sind damit vom Heilmittelkatalog nicht erfasst. Aufwendungen hierfür sind deshalb unabhängig von der Berufsausbildung des Leistungserbringers nicht erstattungsfähig. Auf die Zuordnung des Leistungserbringers zu einem der in Absatz 2 genannten Gesundheits- und Medizinalfachberufe kommt es somit in diesen Fällen ebenso wenig an, wie auf die Frage, ob das Berufsbild gesetzlich geregelt oder die Erfüllung der in den einschlägigen kultusministeriell genehmigten Studien- und Prüfungsordnungen nachgewiesen ist (hierzu BSG, Urteil vom 25. September 2001, B 3 KR 13/00 R). Deshalb fallen zum Beispiel nichtärztliche Leistungen im Bereich der Motopädie, Sporttherapie, Orthoptie, Eutonie, Eurythmie, Gymnastik, Musiktherapie, Kunst- und Maltherapie sowie Diätetik und Ernährung oder Psychologie bereits nicht unter den Heilmittelbegriff.

Zu Absatz 2:
Die Norm regelt die Beihilfefähigkeit der Heilmittel. Anlage 3, die gegenüber dem bisherigen Recht geringfügig überarbeitet wurde, listet die beihilfefähigen Heilmittel abschließend auf. Im Sinne der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sind Heilmittel nur bei Erbringung durch qualifiziertes nichtärztliches Fachpersonal beihilfefähig. Eine Kostenerstattung für Heilmittel ist somit grundsätzlich nur dann möglich, wenn – vorbehaltlich der in Absatz 3 bis 5

enthaltenen Maßgaben – folgende Voraussetzungen vorliegen: Zunächst muss es sich um ein in der Anlage 3 genanntes Heilmittel handeln. Das Heilmittel muss aus Anlass einer Krankheit verordnet sein und von einem Angehörigen eines sogenannten Gesundheits- und Medizinalfachberufs erbracht werden. Gesundheits- und Medizinalfachberufe sind sowohl die bundesrechtlich geregelten Gesundheits- und Medizinalfachberufe (Ergotherapeut, Logopäde, Masseur und Medizinischer Bademeister, Physiotherapeut, Podologe – vgl. auch § 2 Abs. 2 SächsGfbWBG), die landesrechtliche geregelten Berufe (Staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Schule Schlaffhorst-Andersen) als auch Berufe mit akademischer Qualifikation wie zum Beispiel der Klinische Linguist. Der konkrete Leistungserbringer muss außerdem die für die Berufsausübung erforderliche Ausbildung und die zur Führung dieser Berufsbezeichnung erforderliche Erlaubnis haben. Schließlich muss die Leistungserbringung auch dem jeweiligen Berufsbild entsprechen. Deshalb sind zum Beispiel Leistungen eines Physiotherapeuten auf dem Gebiet der Ergotherapie nicht beihilfefähig. Die Anlage 3 enthält – in Ermangelung entsprechender Regelungen in amtlichen Gebührenordnungen – zudem Festlegungen, bis zu welchem Betrag Aufwendungen als angemessen im Sinne von § 4 Abs. 3 anzusehen sind.

Zu Absatz 3:
Die Vorschrift enthält in Abgrenzung zu Fitnessstudios, in denen teilweise dieselben Therapiemaschinen zum progressiv-dynamischen Rückentraining eingesetzt werden, weitere Voraussetzungen, unter denen die hier genannten Therapien beihilfefähig sind. Wesentliches Abgrenzungsmerkmal ist, dass die Durchführung jeder einzelnen Trainingssitzung unter ärztlicher Aufsicht erfolgen muss. Insofern sind Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen der ärztlich geleiteten Gerätegestützten Krankengymnastik entsprechen, nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Zu Absatz 4:
Die Beihilfefähigkeit für Maßnahmen der Podologischen Therapie wird – wie bisher – auf die Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beschränkt.

Zu Absatz 5:
Häufig werden Kranke und Menschen mit Behinderungen zur Betreuung und Behandlung in Einrichtungen untergebracht, in denen Heilmittel angewandt werden. Hierzu gehören Frühfördereinrichtungen, Ganztagsschulen, Heimförderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangswohnheime für Suchtkranke. Hierzu gibt es eine spezielle Abrechnungsregelung für Fälle einer Pauschalabrechnung. Bei Einzelabrechnungen gelten auch hier die in der Anlage 3 genannten Höchstsätze.

Zu § 27 (Komplextherapie und integrierte Versorgung)
Das Gesundheitswesen befindet sich ständig in Bewegung. Um auch neueren Behandlungsmethoden folgen zu können, müssen auch Leistungen, die nicht nach den traditionellen Gebührenordnungen abrechnungsfähig sind, beihilfefähig sein.

Zu Absatz 1:
Es wird der Begriff der Komplextherapie definiert. Kennzeichen dieses Behandlungsansatzes ist die fachgebietsübergreifende Behandlung eines einheitlichen Krankheitsbildes, wobei die Beteiligung eines Psychotherapeuten im Sinne von § 16 Abs. 3 Satz 2 oder Arztes sicher gestellt sein muss.

Zu Absatz 2:
Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Komplextherapien ist auch dann gegeben, wenn erbrachte Leistungen nicht nach den Gebührenordnungen abrechnungsfähig sind. Die Vorschrift enthält insofern eine Ausnahme von dem in § 4 Abs. 5 niedergelegten Grundsatz, wonach in Ausfüllung des in § 102 Absatz 1 Satz 2 SächsBG statuierten

Wirtschaftlichkeitsgrundsatz grundsätzlich nur die in den amtlichen Gebührenordnungen festgelegten Gebühren erstattungsfähig sind. Auch können im Rahmen einer Komplextherapie Aufwendungen für Leistungen erstattet werden, die als Einzelleistung nicht beihilfefähig wären. Stattdessen sind bei pauschaler Abrechnung dieser Leistungen auf der Grundlage von § 4 Abs. 6 die Vergütungen beihilfefähig, die diesbezüglich insbesondere von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherträgern vertraglich vereinbart wurden. Sofern solche Vereinbarungen mit Sozialversicherungsträgern nicht bestehen, kann auf etwaige Preisvereinbarungen im privaten Krankenversicherungssektor zurückgegriffen werden.

Zu Absatz 3:
Bei der neuropsychologischen Therapie handelt es sich um keine psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 16 bis 19, sondern um eine integrierte Komplextherapie der Sensomotorik zur Behandlung von Hirn- und Nervenschäden. Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen kognitiver Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Die neuropsychologische Therapie kann von Ärzten und Psychotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation in Form von Einzel- und Gruppenbehandlungen durchgeführt werden.

Zu Absatz 4:
Es wird die neue Versorgungsform der integrierten Versorgung in das Beihilferecht aufgenommen. Mit diesem in die gesetzliche Krankenversicherung neu eingeführten Rechtsinstitut (§§ 140a SGB V ff) sollte die vormals bestehende starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gezielt durchbrochen werden, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientierte Behandlung zu verbessern (BT-Drs. 14/1245, S. 91). Anders als bei den in Absatz 1 bis 3 genannten Komplextherapien sind davon auch Pauschalabrechnungen ambulanter Leistungen in Kombination mit Krankenhausleistungen (§ 20) oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen (§ 37) umfasst. Durch die neue Versorgungsform ist mit Kostenersparnissen für die Beihilfe zu rechnen.

Zu § 28 (Mobilitätstraining für Blinde)
Die bislang in Nummer 12 der Anlage 5 zu § 9 Nr. 5 Satz 2 SächsBhVO geregelte Beihilfefähigkeit von Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung in deren Gebrauch wurde konkretisiert und redaktionell überarbeitet sowie aus Gründen der Übersichtlichkeit in einem eigenen Paragraphen geregelt. Die Beihilfefähigkeit der Anschaffungskosten von Langstöcken, elektronischer Blindenleitgeräte und eines Blindenführhundes richtet sich nach § 23. Absatz 1 regelt demnach nur noch die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für das Mobilitätstraining für Blinde. Die für das Mobilitätstraining geltenden Höchstbeträge werden an die Kostensätze des Bundesverbandes der Rehabilitationslehrer und Rehabilitationslehrerinnen für Blinde und Sehbehinderte e.V. angepasst. Absatz 2 übernimmt die bisherige Abrechnungsregelung.

Zu § 29 (Soziotherapie)
Die Vorschrift ist dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nachgebildet. Nach § 37a SGB V haben psychisch erkrankte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Versorgung mit Soziotherapie. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen. Aufwendungen für Soziotherapie gehörten bisher nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Da psychisch Kranke häufig Probleme haben, verordnete Medikamente einzunehmen, ärztliche Ratschläge zu befolgen und notwendige Nachgespräche mit dem behandelnden Arzt tatsächlich wahrzunehmen, ist die ambulant durchzuführende Soziotherapie für diese Patienten ein wesentliches und mittelbares Element des ärztlichen Handelns und versetzt sie in die Lage, sich einer ärztlichen Behandlung zu

unterziehen. Die Soziotherapie hilft teure Krankenhausbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen. Mit der Aufnahme dieser Therapieform in die Sächsische Beihilfeverordnung wird auch psychisch kranken Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen diese Art der Betreuung ermöglicht.

Zu § 30 (Häusliche Krankenpflege)

Zu Absatz 1:

Die Regelung zum Umfang der häuslichen Krankenpflege wurde im Wesentlichen an die auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V zum Leistungsumfang gehörenden Maßnahmen angepasst. Weiterhin werden die Voraussetzungen geregelt, unter denen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege beihilfefähig sind. Die Aufwendungen sind auch dann beihilfefähig, wenn sie außerhalb des häuslichen Bereichs zum Beispiel in stationären Einrichtungen erbracht werden, wie beispielsweise bei Wachkomapatienten in Pflegeeinrichtungen.

Zu Absatz 2:

Die Beihilfefähigkeit ist in Übereinstimmung mit § 4 Abs. 3 Satz 1 auf angemessene Aufwendungen beschränkt. Im Hinblick auf die vergleichbare Interessenlage ist in diesem Zusammenhang grundsätzlich eine Orientierung an den Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung dahingehend zulässig, dass Aufwendungen bereits immer dann ohne weitere Prüfung als angemessen anerkannt werden können, wenn vergleichbare Kosten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen.

Zu Absatz 3:

Wird die häusliche Krankenpflege von nahen Angehörigen durchgeführt, sind nur die Kosten beihilfefähig, die typischerweise tatsächlich anfallen (Fahrtkosten, Verdienstausfall). Dieser Beschränkung liegt die Annahme zu Grunde, dass nahe Angehörige in der Regel keine Vergütung erhalten, sondern die häusliche Krankenpflege auf Grund sittlicher Verpflichtungen im Hinblick auf die bestehenden familiären Bindungen übernehmen. Erleiden nahe Angehörige indes infolge der Aufgabe oder der Aussetzung einer Erwerbstätigkeit zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege einen Arbeitseinkommensausfall, so ist davon auszugehen, dass ihnen dieser Ausfall ersetzt wird; die entsprechenden Aufwendungen sind daher beihilfefähig.

Zu § 31 (Palliativversorgung)

Zu Absatz 1:

Sterbende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sollen möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen und in Würde sterben können. Mit der Vorschrift des Absatzes 1 sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung beihilfefähig. Es handelt sich um ärztliche und pflegerische Leistungen. Die Regelung bestimmt die Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Für Inhalt und Umfang gelten die Festlegungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ermöglichen, bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden.

Zu Absatz 2:

Die Regelung bestimmt die Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen. Diese ist gegeben, wenn eine anderweitige palliativ-medizinische Versorgung nicht möglich ist. Zwingende Voraussetzung ist dabei eine ärztliche Bescheinigung.

Zu Unterabschnitt 7 (Ergänzende Leistungen)

Zu § 32 (Fahrtkosten)

Zu Absatz 1:

Die Regelungen zu den Fahrtkosten lehnen sich weitgehend an die entsprechenden Bestimmungen des § 60 SGB V an. Die Vorschrift legt fest, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen Fahrtkosten beihilfefähig sind. Nach Absatz 1 Satz 2 sind in begründeten Ausnahmefällen Besuchsfahrten der Eltern zu einem stationär untergebrachten Kind beihilfefähig.

Zu Absatz 2:

Aufgrund der besonderen Situation bei Rettungsfahrten, zum Beispiel im Zusammenhang mit einem Unfall, kann die Entscheidung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen hier nicht von einer vorherigen ärztlichen Entscheidung abhängig gemacht werden kann. Deshalb sollen Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann beihilfefähig sein, wenn sich im Krankenhaus ergibt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Dabei zählen auch die Aufwendungen für einen Rettungshubschrauber zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

Zu Absatz 3:

Eine Erstattung der Fahrtkosten ist nur auf der Basis der Regelungen des Sächsischen Reisekostengesetzes möglich. Der Systematik des Sächsischen Reisekostengesetzes folgend sind bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges nur Kosten in Höhe der sogenannten „kleinen Wegstreckenentschädigung“ nach § 5 Abs. 1 Satz 1 SächsRKG (zurzeit 15 Cent je km) beihilfefähig. Die Bezugnahme auf reisekostenrechtliche Bestimmungen und insbesondere die Verweisung auf die Regelung in § 5 Abs. 1 SächsRKG stellt die Anwendung bewährter Prinzipien bei der Entscheidung über die Angemessenheit der Erstattung von Fahrtkosten sicher. Bei Krankentransporten richtet sich die Höchstgrenze der beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten mit Krankentransportfahrzeugen nach Regelungen des Landes oder der Kommune, in dem das Transportunternehmen seinen Sitz hat.

Zu Absatz 4:

Die Vorschrift berücksichtigt hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten die im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse.

Zu § 33 (Unterkunfts- und Verpflegungskosten)

Zu Absatz 1:

Mit der Regelung wird der Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen bestimmt. Eine auswärtige Behandlung liegt unter Beachtung der Regelungen des Sächsischen Reisekostenrechts vor, wenn die Behandlung außerhalb des Wohnortes erfolgt. Wohnort ist jeder Ort, in dem der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen – gegebenenfalls auch einen weiteren – Wohnsitz hat.

Zu Absatz 2:

Die Vorschrift regelt die beihilfefähigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei Behandlungen außerhalb des Gastlandes für die im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähige Angehörige unter Berücksichtigung der im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse.

Zu § 34 (Kommunikationshelfer)

Hörbehinderte Menschen, die den Regelungen des Sozialgesetzbuchs unterliegen, haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die Gebärdensprache zu verwenden (vgl. § 17 Abs. 2

SGB I). Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger – unter anderem die gesetzlichen Krankenkassen – sind deshalb verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen. Da die Beihilfe gewährenden Dienstherren nicht zu den Trägern von Sozialleistungen im Sinne des SGB I zählen, wird mit der Regelung eine Gleichstellung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt.

Durch die Festlegung des beihilfefähigen Betrages unter Bezugnahme auf § 5 Abs. 1 Sächsische Kommunikationshilfenverordnung (SächsKhilfVO), welcher wiederum auf das Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) verweist, ist hinsichtlich der Höhe der entsprechenden Kosten eine Gleichbehandlung mit Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt, da die Bestimmung des § 17 SGB I Bezug auf § 19 Abs. 2 Satz 4 SGB X nimmt, der hinsichtlich der Höhe der Vergütungen ebenfalls auf das JVEG verweist.

Die Erweiterung auf Menschen mit Sprachbehinderung dient der Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) vom 13. Dezember 2006, wie sie auch in § 6 Sächsisches Integrationsgesetz (SächsIntegrG) aufgenommen wurde. Danach haben Menschen mit Hör- oder Sprachbehinderung das Recht, mit Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen des Freistaates Sachsen in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren, soweit dies zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren erforderlich ist.

Die Vorschrift bezieht sich dabei ausdrücklich nur auf Kommunikationshelfer im Sinne von § 2 Nr. 1 SächsKHilfVO, da sich die Beihilfefähigkeit anderer Kommunikationshilfen dem Grunde nach bereits nach § 23 richtet.

Zu § 35 (Familien- und Haushaltshilfe)

Zu Absatz 1:

Die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe wurden weiter an die der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 38 SGB V angepasst.

Zu Absatz 2:

Die Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen sind auch bis zu 28 Tage nach einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig. Anders als in § 38 SGB V wird der zeitliche Umfang im Beihilferecht begrenzt, um der missbräuchlichen Inanspruchnahme der Beihilfe entgegen zu wirken. Die bislang geltende Frist von sieben Tagen wird nunmehr auf 28 Tage verlängert, um der allgemein sinkenden Verweildauer in Krankenhäusern Rechnung zu tragen und weil die Patienten im Regelfall nach einer Krankenhausentlassung noch nicht in der Lage sind, sich selber zu versorgen.

Zu Absatz 3:

Alleinstehende Beihilfeberechtigte haben unter den in der Vorschrift genannten Voraussetzungen einen erleichterten Zugang zu einer Familien- und Haushaltshilfe.

Zu Absatz 4:

Die Beihilfefähigkeit ist entsprechend den Grundsätzen des § 4 Abs. 3 Satz 1 auf angemessene Aufwendungen beschränkt. Als angemessen werden im Hinblick auf die vergleichbare Interessenlage in diesem Zusammenhang die Sätze, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, angesehen. Demzufolge orientieren sich die genannten Beträge an diesen Sätzen. Eine ergänzende private Absicherung der Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe bei einem Krankenhausaufenthalt der den Haushalt führenden Person ist durch Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung möglich.

Zu Absatz 5:
Ebenfalls beihilfefähig ist die auswärtige Unterbringung von Kindern unter zwölf Jahren oder pflegebedürftiger Angehöriger sowie Beihilfeberechtigter beispielsweise in einer stationären Einrichtung. Aufwendungen für eine Unterbringung in einem Heim, können immer dann ohne weitere Prüfung als beihilfefähig anerkannt werden, wenn vergleichbare Kosten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen. Bei Unterbringung in einem fremden Haushalt sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Sätze für eine Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Altersbegrenzung wurde an die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst.

Zu Absatz 6:
Mit der Regelung werden die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe für die im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähige Angehörige unter Berücksichtigung der im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse bestimmt. Als Spezialregelung zu Satz 1 werden die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen in Geburtsfällen festgelegt. Dabei werden die spezifischen Bedürfnisse bei Auslandseinsätzen berücksichtigt.

Zu § 36 (Überführungskosten in Todesfällen)
Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 31 Abs. 2 SächsBhVO. Aufwendungen anlässlich des Todes von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nur in den hier ausdrücklich genannten Fällen beihilfefähig. Neu aufgenommen wurde die Klarstellung in Satz 2, wonach die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig sind. Für berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten im Ausland sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig, wenn sie am Auslandsdienstort mit dem Beamten in einem Haushalt wohnen.

Zu Abschnitt 3 (Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren)
In Ergänzung zur medizinischen Akutbehandlung sind auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und Kuren beihilfefähig.

Zu § 37 (Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen)
Zu Absatz 1:
Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zählen ambulante (auch teilstationäre) und stationäre Rehabilitationsleistungen einschließlich der Anschlussheilbehandlung, Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Müttergenesung und andere spezielle Rehabilitationsmaßnahmen.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, voraussichtlich nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen in der Teilhabe am schulischen, beruflichen und gesellschaftlichen Leben als Folge einer Schädigung durch frühzeitige Einleitung geeigneter Rehabilitationsleistungen zu vermeiden, zu beseitigen oder zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Darüber hinaus ist bei drohender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit Ziel der Rehabilitation, die Selbsthilfe- bzw. Selbstbestimmungsfähigkeit soweit wie möglich zu erhalten oder wiederherzustellen. Rehabilitationen in diesem Sinne können daher auch bei Menschen Anwendung finden, die nicht oder nicht mehr im Erwerbsleben stehen (zum Beispiel Kinder oder alte Menschen).

Inhalte der medizinischen Rehabilitation sind diagnostische Maßnahmen, die notwendig sind, um die für den Beihilfeberechtigten und dessen berücksichtigungsfähige Angehörige anzustrebenden Rehabilitationsziele zu bestimmen und die dazu erforderlichen und geeigneten therapeutischen Verfahren und Methoden nach Art und Umfang festzulegen, um

vorgegebene Teilziele und - in der Summe aller eingesetzten Verfahren und Methoden - das angestrebte Gesamtziel der Rehabilitationsleistung zu erreichen.

Medizinische Rehabilitationsleistungen sind komplex, interdisziplinär und individuell ausgerichtet. Sie werden auf der Basis eines ganzheitlich orientierten, dem aktuellen Stand wissenschaftlicher, insbesondere rehabilitationswissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechenden nachprüfbaren Konzeptes erbracht. Je nach Behandlungsfall beinhaltet die Leistung beispielsweise die rehabilitationsspezifische Diagnostik, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, physikalischer Therapie, Funktionstraining, Logopädie, Ergotherapie, psychologische Betreuung, Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsbildung mit Informationen über Krankheit und Krankheitsbewältigungsstrategien, Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich Schulung, Patientenschulung und Diätetik.

Abzugrenzen ist die medizinische Rehabilitation von der beruflichen und der sozialen Rehabilitation, deren Maßnahmen grundsätzlich durch die Beihilfe nicht abgedeckt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 und 5).

Zu Absatz 2:
Die Norm regelt, welche medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen beihilfefähig sind. Die beihilfefähigen Maßnahmen sind im Wesentlichen mit denen, die im Bereich der medizinischen Rehabilitation von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden, identisch.

Beihilfefähig sind Aufwendungen für:
- Anschlussheilbehandlungen.
  Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem Begriff der Anschlussrehabilitation. Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine ambulante (auch teilstationäre) oder stationäre Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation. Eine Anschlussheilbehandlung muss sich an eine Krankenhausbehandlung oder eine damit im Zusammenhang stehende ärztliche Behandlung anschließen. Unterbrechungen von wenigen Tagen sind unschädlich.

- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen.
  Um den Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Inanspruchnahme der von den Sozialversicherungsträgern fortentwickelten Therapiekonzepte zu ermöglichen und Missverständnisse zu vermeiden, wird der bisherige Begriff der Sanatoriumsbehandlung durch stationäre Rehabilitationsmaßnahme ersetzt. Die stationäre Rehabilitation bietet durch die Möglichkeit zur wohnortfernen Unterbringung außerhalb der gewohnten Umgebung bessere Erfolgschancen bei einem Teil der Patienten mit gravierenden psychosozialen Belastungen. Darüber hinaus sind manche der überregionalen stationären Einrichtungen besonders spezialisiert in der Behandlung seltener Krankheiten (zum Beispiel Mukoviszidose), bei denen die geringen Fallzahlen keine flächendeckende Versorgung ermöglichen.

- Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung.
  Bei diesen Maßnahmen handelt es sich um stationäre Maßnahmen. Es werden hier vor allem berufs- und familienspezifische Stress- und Erschöpfungszustände sowie gesundheitliche Störungen, psychosomatische und psychische Erkrankungen behandelt. Therapiert werden können in den Einrichtungen Mutter/Vater und das Kind oder nur Mutter/Vater während das gegebenenfalls in die Einrichtung mit aufgenommene Kind betreut wird.

- Familienorientierte Rehabilitationen bei schwerst chronisch erkrankten Kindern.
  Unter familienorientierter Rehabilitation ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation für ein schwerst chronisch krankes Kind zu verstehen, bei der das Kind von seinen Eltern

oder sonstigen Erziehungsberechtigten und Geschwistern begleitet wird. Diese Begleitung ist notwendig, weil die Erkrankung des Kindes auch Auswirkungen auf die übrigen Familienangehörigen hat, sodass deren Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess erforderlich ist. Es handelt sich um stationäre Maßnahmen in spezialisierten Einrichtungen.

- Suchtbehandlungen
  Art und Inhalt notwendiger Suchtbehandlungen sind im Wesentlichen abhängig von der Art der Sucht und den individuellen Gegebenheiten des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Die Regelungen zur Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen tragen dieser Vielfalt möglicher Behandlungsansätze Rechnung. Die Suchtbehandlung kann entweder als medizinische Rehabilitation oder als Entwöhnung durchgeführt werden. Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor. Hierzu gehören auch Aufwendungen für ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung.

- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in geeigneten wohnortnahen Einrichtungen einschließlich Erweiterter Ambulanter Physiotherapie (EAP).
  Angebote der ambulanten medizinischen Rehabilitation wurden in den letzten Jahren zunehmend ausgebaut. Diese interdisziplinären therapeutischen Angebote können den Erfordernissen des Einzelfalles flexibel angepasst werden. Vorteile sind beispielsweise die Möglichkeit der Einbindung berufsbezogener Aspekte, der Angehörigen und der behandelnden niedergelassenen Ärzte, die Anpassung von Dauer und Intensität der Rehabilitation an den Bedarf und die Bedürfnisse, die bessere Nutzung von Selbsthilfeaktivitäten vor Ort. Die ambulante Rehabilitation war im sächsischen Beihilferecht bisher nicht als Leistungsart erfasst. Sie ist eine kostengünstigere und weitaus flexiblere Alternative zur stationären Rehabilitation, sodass sie nun auch in die Sächsische Beihilfeverordnung aufgenommen wird. Der ambulanten Rehabilitation soll dabei der Vorrang vor Inanspruchnahme einer stationären Maßnahme eingeräumt werden, es sei denn es handelt sich um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen oder eine familienorientierte Rehabilitation. Die EAP war im bisherigen Beihilferecht im Rahmen der Heilmittel geregelt. Aufgrund der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung der EAP als eine ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an die Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit in einer wohnortnahen Einrichtung (BSG, Urteil vom 17. Februar 2010, B 1 KR 23/09 R) wird die EAP künftig im Rahmen der medizinischen Rehabilitation geregelt.

- Ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.
  Rehabilitationssport und Funktionstraining kommt für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht (zum Beispiel Herzsportgruppen). Ziel des Rehabilitationssports ist mit Mitteln des Sports Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Das Funktionstraining wirkt mit Mitteln der Krankengymnastik und Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen mit dem Ziel der Erhaltung und Verbesserung von Funktionen sowie des Hinauszögerns von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile, der Schmerzlinderung, der Bewegungsverbesserung und der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass es sich um Leistungen im Sinne von § 44 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 SGB IX handelt.

Zu Absatz 3:
Diese Norm regelt Umfang und Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen. Bei stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen ist die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten für die

An- und Abreise auf einen Höchstsatz beschränkt. Es bleibt den Beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen überlassen, welche Beförderungsmittel sie nutzen. Bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs ist durch die Verweisung auf § 32 Abs. 3 eine Wegstreckenentschädigung ausschließlich nach § 5 Abs. 1 SächsRKG (zurzeit 15 Cent je km) vorgesehen.

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Begleitpersonen ist unerheblich, in welchem Verhältnis sie zu dem Beihilfeberechtigten oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen stehen, der rehabilitiert wird. Die Bestätigung über eine medizinisch indizierte Verlängerung der in Nummer 5 genannten Maßnahmen muss vom behandelnden Arzt ausführlich begründet werden.

Zu Absatz 4:
Die Norm enthält Regelungen zu Pauschalabrechnungen, beihilfefähigen Höchstsätzen, Vorschriften der Zurechnung von Aufwendungen und Ausschlusstatbestände zu bestimmten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Zu § 38 (Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen)
Die Norm regelt die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen.

Zu Absatz 1:
Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, Suchtbehandlungen, familienorientierte Rehabilitation und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich EAP in Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort, und in geeigneten wohnortnahen Einrichtungen sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet wurden. Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art, Dauer und Inhalt der Rehabilitationsmaßnahme enthalten. Diese Angaben sind erforderlich, weil diese Behandlungen abweichend von anderen Rehabilitationsmaßnahmen in besonderem Maße von der individuellen Behandlungsbedürftigkeit abhängen und bei ihrer Ausgestaltung deshalb nicht, wie zum Beispiel eine Kur nach § 39 eine grundsätzlich gleiche Dauer als notwendig angesehen werden kann. Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme sicher zu stellen, darf die Verordnung nicht von einem Arzt stammen, der mit der behandelnden Einrichtung in einer Rechtsbeziehung steht.

Die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Festsetzungsstelle bei stationären Suchtbehandlungen und familienorientierter Rehabilitation dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit im Sinne von § 4 Abs. 3 hinzuweisen. Das Bedürfnis nach einer vorherigen Beurteilung der Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen gilt bei stationären Suchtbehandlungen in besonderem Maße, da Suchtbehandlungen in zahlreichen privaten Krankenversicherungsverträgen von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind und der Beihilfeberechtigte aus diesem Grund oft ohnehin bereits mit erheblichen Kosten belastet sein kann.

An familienorientierten Rehabilitationen ist die ganze Familie des insbesondere an Krebs, einer Herzerkrankung oder an Mukoviszidose chronisch erkrankten Kindes mit Behandlungsmaßnahmen beteiligt. Um der individuellen entwicklungsspezifischen Situation des Kindes und seiner Familie gerecht zu werden, ist die Verordnung vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des Kindes entsprechend den in der Sozialversicherung entwickelten Kriterien zu erstellen.

Zu Absatz 2:
Die Vorschrift regelt die Beihilfefähigkeit für Maßnahmen der EAP als Spezialfall der in § 37 Abs. 2 Nr. 6 geregelten ambulanten Rehabilitation. Wegen des aufwändigen und kostenintensiven Verfahrens sowie des zusätzlichen Nutzens der Therapie zur allgemeinen Fitness- und Kräftigungssteigerung sind die Aufwendungen nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig.

Zu Absatz 3:
Zur Gewährleistung der Einhaltung des Grundsatzes der Nachrangigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber ambulanten ärztlichen Behandlungen und von stationären gegenüber ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen ist grundsätzlich eine vorherige Anerkennung der stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle notwendig. Im Rahmen dieses Voranerkennungsverfahrens hat die Festsetzungsstelle durch Einholung entsprechender Gutachten medizinischen Sachverstand heranzuziehen. In den Gutachten hat die ausdrückliche Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit zu erfolgen. Weiterhin muss aus ihnen hervorgehen, dass ambulante ärztliche Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort nicht ausreichend sind. Bei einer stationären Rehabilitation muss darüber hinaus das Erfordernis einer stationären Maßnahme begründet werden. Die geforderten Voraussetzungen, einschließlich der genannten Fristen, lehnen sich im Hinblick auf die gleiche Interessenlage an die Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung an (§ 40 Abs. 2 SGB V).

Die Anerkennung einer stationären oder in einem anerkannten Kurort durchgeführten ambulanten Rehabilitationsmaßnahme unterliegt grundsätzlich einer Vierjahresfrist. Auch insoweit lehnt sich die Vorschrift im Hinblick auf die gleiche Interessenlage an die Regelungen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung an. Ausnahmsweise sind Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen in einem kürzeren Zeitraum beihilfefähig, wenn durch das nach Absatz 1 Satz 3 eingeholte Gutachten eine entsprechende dringende medizinische Notwendigkeit nachgewiesen wird. Eine solche dringende Notwendigkeit ist etwa dann gegeben, wenn andernfalls die Gefahr irreversibler Schädigungen bestehen würde. Die Feststellungen des Gutachtens ersetzen indes nicht die Entscheidung der Festsetzungsstelle.

Zu Absatz 4:
Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind und deren stationäre Rehabilitation nicht in der Europäischen Union durchgeführt werden kann, sind auch beihilfefähig, wenn die Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union durchgeführt wird. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Einrichtung nach der Erklärung eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist. Das Vorliegen dieser ärztlichen Erklärung ist Voraussetzung der Beihilfefähigkeit der entsprechenden Aufwendungen; durch sie wird die abschließende Entscheidung der Festsetzungsstelle über die Eignung der Einrichtung jedoch nicht ersetzt.

Die in Absatz 3 Satz 1 enthaltene Regelung, dass Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 oder Nr. 3 nur beihilfefähig sind, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat, gilt auch für diesen Personenkreis. Durch das Erfordernis, dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit Unterlagen über die ausgewählte Einrichtung beizufügen, wird die Beurteilung der Eignung der in Aussicht genommenen Einrichtung zur Erreichung des Rehabilitationsziels ermöglicht. Die Vorlage entsprechender Unterlagen ist notwendig, weil der Standard unterschiedlicher stationärer Rehabilitationseinrichtungen international stark voneinander abweicht.

Aufwendungen für Fahrtkosten vom ausländischen Dienstort zum Ort der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union und zurück sind nur dann beihilfefähig, wenn die Reise zur Rehabilitationsmaßnahme und zurück nicht mit einer amtlich bezahlten Reise verbunden werden konnte. Amtlich bezahlte Reisen in diesem Zusammenhang sind zum Beispiel Reisen anlässlich eines Heimaturlaubs oder Dienstreisen. Die Regelung konkretisiert für diese Fallgestaltung den Grundsatz, dass nur notwendige Aufwendungen beihilfefähig sind.

Zu § 39 (Kuren)

Zu Absatz 1:

Kuren sind Maßnahmen, die an einem anerkannten Kurort durchgeführt werden. Dabei steht die Anwendung ortsgebundener Mittel, wie zum Beispiel Quellen, Salinen, Höhen- und Meereslagen, im Vordergrund. Sie unterscheiden sich von den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in den Therapiezielen. Durch eine Kur soll die Gesundheit gestärkt, Regulationsstörungen beseitigt und damit die Dienstfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden. Diese Therapieziele werden durch die unspezifischen Reize dieser ortsgebundenen Mittel erreicht. Kuren können auch in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden, die sich in anerkannten Kurorten befinden.

Zu Absatz 2:

Kuren werden in der Regel ambulant durchgeführt. Unterkunft und Verpflegung erfolgt nicht in der Einrichtung, die die Kurmaßnahmen durchführt. Bei Durchführung in einer stationären Rehabilitationseinrichtung in einem Kurort, in der auch Unterkunft und Verpflegung angeboten werden, gelten die gleichen beihilfefähigen Höchstbeträge. In der Anlage 4 werden die bislang in gesonderten Verwaltungsvorschriften geregelten Kurorte im In- und Ausland zusammengefasst.

Zu Absatz 3:

Die Norm regelt den Umfang und die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen anlässlich einer Kur. Die beihilfefähigen Beträge für Unterkunfts- und Verpflegungskosten sind geringer als bei Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37. Damit wird dem größeren Erholungsanteil einer Kur Rechnung getragen.

Zu Absatz 4:

Kuren sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme von der Festsetzungsstelle vorher anerkannt wurde. Auch bei Kuren gilt der Grundsatz, dass diese nur dann als notwendig angesehen werden, wenn die möglichen Maßnahmen am Wohnort ausgeschöpft sind. Sie dürfen außerdem nicht überwiegend der Vorsorge dienen. Hierzu wird von der Festsetzungsstelle ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten eingeholt.

Zu Absatz 5:

Insbesondere bei schweren Formen von Neurodermitis oder Psoriasis soll auch für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörigen, insbesondere Kinder, die Möglichkeit einer Kur am Toten Meer weiterhin eröffnet bleiben. Wenn alle inländischen Maßnahmen ausgeschöpft sind, stellt eine solche Kur in der Regel die einzige Behandlungsalternative dar. Die Aufwendungen sind mit Ausnahme der Fahrtkosten in dem Umfang beihilfefähig, in dem Kuren im Inland beihilfefähig sind. Hat die Einrichtung als stationäre Rehabilitationseinrichtung eine Vergütungsvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger abgeschlossen, sind die dort vereinbarten Pauschalen für Flug, Transfer, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung beihilfefähig.

Zu Absatz 6:

Die Regelung trägt wie § 38 Abs. 4 den besonderen Umständen der Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland bei Fahrten zur Kur Rechnung.

Zu Abschnitt 4 (Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten)

Zu § 40 (Schutzimpfungen)

Zu Absatz 1:

Schutzimpfungen stellen die effektivste und kostengünstigste Präventionsmaßnahme in der modernen Medizin dar, die die Ausbreitung vermeidbarer Erkrankungen verhindert. So ist Impfen der beste Schutz gegen viele Infektionskrankheiten und auch notwendig, um das erneute Auftreten alter Seuchen zu vermeiden. Durch die Vermeidung der Ausbreitung entsprechender Krankheiten aufgrund von Schutzimpfungen lassen sich Krankheitskosten vermeiden. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass Impfungen nur gegen schwere Erkrankungen vorgenommen werden und letztlich die Krankheitskosten um ein Vielfaches höher wären als die Kosten für eine solche Impfung.

Aufwendungen für Schutzimpfungen sind im gleichen Umfang beihilfefähig wie entsprechende Maßnahmen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, was mit dem Verweis auf § 20d Abs. 1 Satz 3 SGB V sicher gestellt wird. Dadurch wird auch gewährleistet, dass die entsprechenden Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass eines dienstlich veranlassten Auslandsaufenthaltes grundsätzlich beihilfefähig sind, was der Konkretisierung der dem Dienstherrn obliegenden Fürsorgepflicht dient. Dies entspricht auch der Verfahrensweise im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, wonach Impfungen aus Anlass einer beruflichen Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut in die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers fallen.

§ 20d Abs. 1 Satz 3 SGB V gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Schutzimpfungen vorsehen kann. Die gesetzlichen Krankenkassen können weitere Schutzimpfungen in ihrer Satzung ebenfalls vorsehen (§ 20d Abs. 2 SGB V). In diesem Rahmen können insbesondere Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Sächsischen Impfkommission empfohlen werden, ebenfalls als beihilfefähig anerkannt werden.

Zu Absatz 2:

In Absatz 2 wird ausdrücklich klargestellt, dass Abzugsbeträge nach Maßgabe des § 59 Abs. 1 nicht zur Anwendung kommen, was der bisherigen Rechtslage entspricht. Bisher wurden für Impfstoffe keine Abzüge vorgenommen, da § 9 Nr. 2 SächsBhVO lediglich Abzüge für Aufwendungen für Arzneimittel aus Anlass einer Krankheit vorsah und Aufwendungen im Rahmen von Vorsorgemaßnahmen, wie zum Beispiel Schutzimpfungen, keine Aufwendungen in Krankheitsfällen sind.

Zu § 41 (Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen)

Zu Absatz 1:

Hauptsächlicher Gegenstand der Untersuchung sind die „Volkskrankheiten“ der Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankung sowie der Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus). Aus der Formulierung „insbesondere“ ergibt sich, dass die Herausstellung der drei Krankheitsformen keine abschließende Aufzählung bedeutet. Durch den Verweis auf § 25 SGB V gelten für über die Aufzählung hinausgehende Untersuchungen insbesondere die Voraussetzungen des § 25 Abs. 3 SGB V. Beihilfefähig sind danach Aufwendungen für Untersuchungen insbesondere dann, wenn

- es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
- das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist, oder
- die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind.

Die entsprechenden Aufwendungen sind im gleichen Umfang beihilfefähig wie entsprechende Maßnahmen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Zu Absatz 2:
Absatz 2 regelt die Voraussetzungen des Anspruches auf Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung. Die entsprechenden Aufwendungen sind im gleichen Umfang beihilfefähig wie entsprechende Maßnahmen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Zu Absatz 3:
Das Staatsministerium der Finanzen kann für geeignete Gruppen eine von § 25 Abs. 1 und 2 SGB V abweichende Altersgrenze und eine von den Absätzen 1 und 2 abweichende Häufigkeit der Untersuchungen sowie weitere Untersuchungen bestimmen. Dies entspricht dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, wo der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien ebenfalls abweichende Festlegungen treffen kann.

Zu Absatz 4:
Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland. Im Rahmen der Krebsvorsorge wurde ein Früherkennungsprogramm für erblich belastete Frauen entwickelt. Damit haben erstmals Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko Zugang zu einem hochspezifischen Betreuungsangebot. 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 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.

Zu Absatz 5:
Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion wurde neu aufgenommen. Unbehandelte Chlamydieninfektionen können bei Frauen zu schweren und dauerhaften Erkrankungen führen (zum Beispiel dauerhafte Schäden an den Eileitern, die zur Unfruchtbarkeit führen kann), die man durch rechtzeitige Behandlung großenteils verhüten kann. Wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Frauen bis zum vollendeten fünfundzwanzigsten Lebensjahr und einmal je Kalenderjahr beschränkt.

Zu § 42 (Kinderuntersuchungen)
Die Vorschrift wurde an die Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung angelehnt und verweist auf die dortigen Normen. Die Aufwendungen für Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sind somit beihilfefähig, wie entsprechende Maßnahmen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Darüber hinaus kann das Staatsministerium der Finanzen weitere Untersuchungen, wie beispielsweise die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte empfohlenen Untersuchungen U10, U11 und J2, die zwar keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 26 SGB V darstellen, deren Kosten jedoch bereits von Krankenkassen als freiwillige Leistung übernommen werden, als beihilfefähig anerkennen.

Zu § 43 (Verhütung von Zahnerkrankungen)
Die Regelungen entsprechen dem bisherigen § 27 Abs. 2 SächsBhVO, wurden jedoch im Hinblick auf die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden Regelungen konkretisiert, was auch der bisherigen Verfahrensweise im Bereich der Beihilfe entspricht.

Zu Abschnitt 5 (Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen)

Zu § 44 (Schwangerschaft und Geburt)

Zu Absatz 1:

Bei den Aufwendungen im Rahmen der Schwangerschaft und für die Geburt handelt es sich grundsätzlich nicht um Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit. Die Vorschrift regelt daher, welche Aufwendungen in diesem Fall beihilfefähig sind. Die beihilfefähigen Aufwendungen betreffen sowohl die Schwangere selbst als auch das ungeborene Kind.

Durch die umfassende Betreuung während der Schwangerschaft sowie nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden.

Satz 1 Nr. 6 dient dabei der besonderen Klarstellung, dass die Schwangere auch für das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung nach Maßgabe des § 20 hat.

Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins werden im Interesse des Dienstherrn erstellt und sind deshalb nach Satz 1 Nr. 7 ebenso wie Bescheinigungen nach § 8 Satz 2 beihilfefähig.

Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 196 Abs. 1 RVO und sind damit im gleichen Umfang beihilfefähig, wie dies zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Die Höhe der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hebammen richtet sich nach Maßgabe der Anlage 6. Dies gilt auch dann, wenn die Leistungen außerhalb des Freistaates Sachsen erbracht wurden und sich die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nach dortigem Landesrecht richten.

Die Sätze 3 und 4 treffen Regelungen hinsichtlich der Zuordnung der einzelnen Aufwendungen. Danach werden die Aufwendungen nach Satz 1 immer der Schwangeren mit der Folge zugerechnet, dass auch der Bemessungssatz der Schwangeren zur Anwendung kommt. Soweit jedoch das Neugeborene nicht gesund ist, gelten die nach Satz 1 Nr. 6 entstandenen Aufwendungen (Krankenhausbehandlung) als Aufwendungen für das Kind (mit dem entsprechendem Bemessungssatz von 80 Prozent).

Zu Absatz 2:

Aufgrund der Aufhebung der Sächsischen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung zum 1. Januar 2011 werden die beihilfefähigen Gebührensätze nunmehr als Anlage zur Beihilfeverordnung neu geregelt. Die Höhe der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hebammen nach Absatz 1 richtet sich nach den in der Anlage 6 genannten Beträgen. Bislang richteten sich Leistungsabrechnungen von Hebammen und deren Beihilfefähigkeit nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Freistaat Sachsen war dies die Sächsische Hebammenhilfe-Gebührenverordnung. 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 richten sich grundsätzlich nach der aktuell gültigen Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1 zum Vertrag nach § 134a SGB V) unter Berücksichtigung eines angemessenen Steigerungssatzes, welcher nach der SächsHebGebVO bislang 1,8 betrug. In Satz 6 wird ausdrücklich klargestellt, dass Abzugsbeträge nach Maßgabe des § 59 Abs. 1 nicht zur Anwendung kommen, was der bisherigen Rechtslage entspricht. Bisher wurden keine Abzüge vorgenommen, da § 9 Nr. 2 SächsBhVO lediglich Abzüge für Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit vorsah und Aufwendungen im Rahmen von Schwangerschaften oder Geburt keine Aufwendungen in Krankheitsfällen sind.

Zu Absatz 3:
Die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind nach Maßgabe des § 24a Abs. 1 SGB V und damit im gleichen Umfang wie in der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Aufwendungen für empfängnisverhütende Arzneimittel oder Medizinprodukte (hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterinpessare) auch ohne Krankheit bis zum zwanzigsten Lebensjahr beihilfefähig.

Zu Absatz 4:
Auf die zu gewährende Beihilfe findet der Bemessungssatz gemäß § 57 keine Anwendung. Die Beihilfe wird – soweit beide Elternteile beihilfeberechtigt sind – grundsätzlich der Mutter gewährt. Soweit sich die Beihilfeberechtigung der Mutter jedoch nach anderen Vorschriften als der Sächsischen Beihilfeverordnung richtet (zum Beispiel nach den Beihilfeverordnungen des Bundes oder der Länder) und die dortigen Regelungen eine solche pauschale Beihilfe nicht vorsehen, kann auch dem Vater die Beihilfe gewährt werden.

Zu Absatz 5:
Die Regelung enthält Sonderbestimmungen für die Entbindung von Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Für sonstige mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stehende Aufwendungen gelten die allgemeinen Vorschriften für Beamte im Ausland (§ 32 Abs. 4, § 33 Abs. 2). Zusätzlich zu den Leistungen nach Absatz 1 sind die am Entbindungsort, der innerhalb der Bundesrepublik Deutschland liegen muss, entstehenden Kosten der Unterkunft sowie Fahrtkosten beihilfefähig, soweit in Geburtsfällen eine medizinisch notwendige Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist. Hierdurch soll die Möglichkeit gegeben werden, dass die Entbindung auch innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgen kann.

Die Begrenzung der Unterkunftskosten für die Schwangere selbst auf 70 EUR je Übernachtung orientiert sich an der Höhe der Übernachtungskostenerstattung nach § 7 SächsRKG. Für die Begleitperson, deren Mitreise in der Regel nicht zwangsläufig erforderlich ist, aber dennoch geboten sein kann, wird hingegen lediglich der Betrag als beihilfefähig anerkannt, der nach § 33 vorgesehen ist. Die Unterkunftskosten werden zudem hinsichtlich der Dauer in Anlehnung an mutterschutzrechtliche Vorschriften auf sechs Wochen vor der Geburt begrenzt. Nach der Geburt sind Unterkunftskosten bis zur Dauer von zwei Wochen beihilfefähig. Dies soll zumindest gewährleisten, dass das Neugeborene mit der Mutter nicht unmittelbar nach der Geburt an den Dienstort zurückkehren muss, was bei Beamten im Ausland im Regelfall mit einer längeren Reise verbunden ist.

Zu § 45 (Künstliche Befruchtung)
Zu Absatz 1:
Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung wird in enger Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzung, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ - in der Fassung vom 14. August 1990 (Bundesarbeitsblatt 1990, Nr. 12) geregelt. Die Vorschrift entspricht hinsichtlich der Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung im Wesentlichen dem bisherigen § 28 Abs. 1 SächsBhVO.

Ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind danach nur beihilfefähig, wenn die Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit (zum Beispiel Fertilisierungsoperation, alleinige hormonelle Stimulation), die nicht Gegenstand der künstlichen Befruchtung sind, keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind. Aufwendungen zur künstlichen Befruchtung sind nur beihilfefähig, wenn sie im homologen

System durchgeführt werden, wenn also die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind. Es dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Nach Geburt eines Kindes besteht - sofern die sonstigen Voraussetzungen gegeben sind - erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. Die beihilfefähigen Behandlungsmethoden und die Voraussetzungen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 richten sich dabei nach Anlage 7.

Nach den Sätzen 5 bis 7 sind Aufwendungen nur für diejenigen Leistungen (Maßnahmen) beihilfefähig, die beim Beihilfeberechtigten selbst (und gegebenenfalls bei seinem berücksichtigungsfähigen Ehegatten) durchgeführt werden. Das im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Kostenteilungsprinzip kommt damit auch im Bereich der Beihilfe zur Anwendung.

Etwaige Zuwendungen des Freistaates Sachsen aufgrund der Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Grundsätze zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 18. Februar 2009 (SächsABl. S. 753) für eine In-Vitro-Fertilisations-Behandlung oder eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektions-Behandlung werden gemäß § 6 Abs. 1 auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet, soweit der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Ehegatte diese Zuwendung unmittelbar erhalten hat.

Zu Absatz 2:
Für Inseminationen – also die künstliche Befruchtung im Körper der Frau – enthält Absatz 2 hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen eine Sonderbestimmung. Danach gilt Absatz 1 unbeschränkt, wenn es sich um Inseminationen handelt, die nach Anregung der Fortpflanzungsorgane durch Hormone (sogenannte Stimulationsverfahren), durchgeführt werden. Durch die vorangegangene Hormonbehandlung ist ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehreren Embryonen gegeben. Damit verbunden besteht auch ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für die Frau, so dass vor Durchführung dieser Maßnahme eine ärztliche Beratung erforderlich ist. Für andere Inseminationen findet wegen des geringeren Gesundheitsrisikos Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 keine Anwendung.

Zu Absatz 3:
Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen (befruchtete Eizelle im Vorkernstadium) werden nunmehr als beihilfefähig anerkannt. Voraussetzung ist, dass die Kryokonservierung dieser Eizellen im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfolgt, die imprägnierte Eizelle also im Zusammenhang mit einer beabsichtigten künstlichen Befruchtung gewonnen wurde und die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen. Dies kommt insbesondere dann in Betracht, wenn sich nach der Eizellentnahme mehr Eizellen befruchten lassen, als für den späteren Transfer vorgesehen sind. Dies erfolgt in der Regel nur dann, wenn mindestens drei überschüssige befruchtete und qualitativ hochwertige Eizellen vorliegen. Der Vorteil des Einfrierens überschüssiger Eizellen liegt darin, dass eine weitere hormonelle Stimulation und Punktion der Eierstöcke (Eizellentnahme) bei einem nachfolgenden Versuch zur künstlichen Befruchtung nicht notwendig ist, was auch für die betroffene Frau eine schonendere Behandlung darstellt.

Darüber hinaus entfallen bei einem weiteren Befruchtungsversuch die erneut anfallenden Kosten für die Eizellentnahme und die damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen. Die Kosten für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen liegen zudem unter den notwendigen Kosten für die hormonelle Stimulation und Punktion der Eierstöcke. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen sind daher längstens bis zur Dauer von drei Jahren beihilfefähig, um diesen Kostenvorteil zu erhalten.

Zusätzlich müssen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen die Voraussetzungen für eine künstliche

Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen sind deshalb unter anderem dann nicht mehr beihilfefähig, wenn keine hinreichende Aussicht mehr besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird, oder dass sich das Ehepaar scheiden lassen hat.

Zu Absatz 4:
In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können 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.

Die Beihilfefähigkeit umfasst auch die Aufwendungen für die Lagerung der kryokonservierten Samenzellen. Diese ist jedoch 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 angemessen, um dem betroffenen Beamten auch ausreichend Zeit für eine Lebens- und Familienplanung zu ermöglichen und zugleich auch jüngeren Beamten die Möglichkeit zu eröffnen, Maßnahmen der künstlichen Befruchtung innerhalb der angegebenen Altersgrenzen in Anspruch zu nehmen.

Unbefruchtete Eizellen sind von der Regelung nicht umfasst, da sich diese zwar einfrieren lassen, die Überlebensrate nach dem Auftauen jedoch sehr gering ist.

Zu § 46 (Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch)
Zu Absatz 1:
Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 28 Abs. 2 SächsBhVO. Die Vorschrift konkretisiert die Voraussetzung des § 4 Abs. 3, dass grundsätzlich nur Aufwendungen für notwendige Maßnahmen beihilfefähig sind. Nicht beihilfefähig sind danach Sterilisationen, die ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation nur dem Zweck dienen, zukünftige Schwangerschaften zu vermeiden, da dies in erster Linie der persönlichen Lebensplanung des Betroffenen dient und anders als eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation zu bewerten ist. Entsprechendes gilt für eine Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung, die nicht aufgrund einer Krankheit notwendig war.

Zu Absatz 2:
Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem bisherigen § 28 Abs. 3 SächsBhVO, wurde jedoch weiter konkretisiert, was sowohl der bisherigen Verfahrensweise als auch der Verfahrensweise im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht (§ 24b SGB V). Die Ergänzung dient daher in erster Linie der Klarstellung. Beihilfefähig sind danach Aufwendungen für (nicht strafbare) Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer oder kriminologischer Indikation nach § 218a Abs. 2 und 3 StGB sowie nach der sogenannten Beratungsregelung (§ 218a Abs. 1 StGB). Diese Verfahrensweise entspricht auch dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 28. Mai 1993, 2 BvF 2/90 („Zweites Fristenurteil“) und lässt das grundsätzliche Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen unberührt. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für nach § 218a Abs. 4 StGB nicht strafbare Schwangerschaftsabbrüche. Für diese werden nach § 24b SGB V im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls keine Leistungen gewährt.

Im Bereich der gesetzlichen Krankversicherung wird bei Abbrüchen nach der sogenannten Beratungsregelung (§ 218a Abs. 1 StGB) zwischen notwendigen ärztlichen Maßnahmen, die bis zum Beginn des tatsächlichen Abbruchs stattfinden, und den „echten“ Abbruchleistungen

unterschieden. Letztere sind unter Beachtung des „Zweiten Fristenurteils“ des Bundesverfassungsgerichts von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen, was mit dem Verweis auf § 24b Abs. 4 SGB V in Satz 2 klargestellt wird.

In Satz 3 wird klargestellt, dass – wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 24b Abs. 3 SGB V – auch die Aufwendungen einer eventuell erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches beihilfefähig sind.

Zu § 47 (Erste Hilfe, Entseuchung, Organ- und Stammzellspende)
Die Regelung entspricht dem bisherigen § 32 und bezieht einzelne Aufwendungen in die Beihilfe ein, die dem Abschnitt 2 nicht unmittelbar unterfallen.

Zu Absatz 1:
Aufwendungen für Erste Hilfe können insbesondere bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen entstehen und umfassen die Kosten für den Einsatz von Rettungskräften, Sanitätern und Anderen sowie die dabei verbrauchten Stoffe, insbesondere Arznei-, Hilfs- und Verbandsmittel. Die Notwendigkeit, Verletzten oder Erkrankten Erste Hilfe zu leisten, ergibt sich aus den Umständen des Einzelfalls. Diese Aufwendungen sind neben Aufwendungen nach Abschnitt 2 beihilfefähig. Insbesondere richtet sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für sich anschließende Rettungsfahrten, zum Beispiel ins Krankenhaus, nach § 32 Abs. 2.

Zu Absatz 2:
Eine behördlich angeordnete Entseuchung kann bei Vorliegen ansteckender Krankheiten in Betracht kommen. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einschließlich der hierfür verbrauchten Stoffe (insbesondere Desinfektionsmittel) ist aber, dass der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige mit entsprechenden Kosten belastet wurde.

Zu Absatz 3:
Die beihilfefähigen Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Organ-, Gewebe- oder Stammzellspende umfassen ausschließlich die mittelbaren Folgekosten einer Organ-, Gewebe- oder Stammzelltransplantation und werden immer dem Organ-, Gewebe- bzw. Stammzellempfänger zugeordnet, auch wenn sie tatsächlich bei dem Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender entstanden sind. Die Vorschrift gilt sowohl für postmortale Organspenden, für die auf Grundlage des Vertrages nach § 11 Abs. 2 Transplantationsgesetz, mit dem die Deutsche Stiftung für Organtransplantationen (DSO) als Koordinierungsstelle beauftragt wurde, für die Organbeschaffung Organisations- und Flugtransportkostenpauschalen an die DSO zu leisten sind, als auch für Lebendspenden, bei denen dem Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender Aufwendungen entstehen. Diese Aufwendungen sind – wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – immer dem Organ-, Gewebe- bzw. Stammzellempfänger zuzuordnen.

Die Regelung ist erforderlich, um auch die Aufwendungen als beihilfefähig anzuerkennen, die gegebenenfalls für einen Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender entstehen, der ohne diese Regelung keinen Anspruch auf Erstattung seiner Aufwendungen hätte. Die Regelung unterstützt die Bereitschaft zur Organ-, Gewebe- bzw. Stammzellspende zugunsten Beihilfeberechtigter und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Zudem wurde in Satz 3 geregelt, dass auch der vom Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen beihilfefähig ist (vgl. auch BSG, Urteil vom 12. Dezember 1972, 3 RK 47/70). Nachgewiesener Ausfall an Arbeitseinkommen ist insoweit der Verdienstausfall in Höhe des Nettolohnes. Beiträge zur Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung werden jedoch nicht ersetzt.

Zu Absatz 4:
Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass auch die Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur Suche nach einem Spenderorgan (zum Beispiel bei den Transplantationszentren nach § 10 TPG bzw. Eurotransplant als Vermittlungsstelle nach § 12 TPG), nach einem Gewebe oder für einen nicht verwandten Stammzellspender in das Zentrale Knochenmarkspender-Register beihilfefähig sind. Hierdurch wird die bisher in den Hinweisen zu den Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) enthaltene Regelung in die neue Verordnung überführt.

Unter Stammzelltransplantation versteht man die Übertragung von Blutstammzellen von einem Spender zu einem Empfänger. Grundsätzlich gibt es dabei derzeit zwei Methoden der Stammzellgewinnung, nämlich die klassische Knochenmarksentnahme und die inzwischen üblichere Periphere Blutstammzellspende. Mit beiden Methoden erreicht man qualitativ gleichwertige Ergebnisse. Dem Spender steht es daher grundsätzlich frei, für welche der beiden Möglichkeiten er sich bereit erklärt. Eine besondere Form der Stammzelltransplantation ist die Verwendung von Nabelschnurblut.

Das Zentrale Knochenmarkspender-Register wird von der ZKRD - Zentrales Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland gemeinnützige GmbH geführt. Für die Registrierung zur Suche für einen nicht verwandten Stammzellspender entstehen dort – unabhängig von der Art der Gewinnung der Blutstammzellen – in der Regel Aufwendungen von 15 000 € einschließlich einer einmaligen Aktivierungsgebühr von 4 600 €. Die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen ist jedoch nicht auf diesen Höchstbetrag beschränkt.

Zu Abschnitt 6 (Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit)
Die Versicherungspflicht gegen das Risiko der dauernden Pflegebedürftigkeit umfasst alle in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung versicherten Personen (§ 1 Abs. 2 SGB XI). Die Leistungen der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung sind im Wesentlichen gleich. Die beihilferechtlichen Regelungen verfolgen eine vergleichbare Zielrichtung und lehnen sich daher überwiegend an die entsprechenden Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch an. In diesem Zusammenhang werden durch Verweisungen auf das Elfte Buch Sozialgesetzbuch auch einige typisierende und pauschalierende Regelungen, die den Umfang des typischerweise entstehenden Aufwands im Sinne eines sachgerechten Ausgleichs zwischen Finanzierbarkeit und möglichst weitgehender Sicherstellung im Einzelfall notwendiger Pflegeleistungen pauschal bestimmen, in das Beihilferecht übernommen.

Zu § 48 (Dauernde Pflegebedürftigkeit)
Zu Absatz 1:
Die Voraussetzungen, die für die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe erfüllt sein müssen, sind in den §§ 14 und 15 SGB XI im Einzelnen geregelt. Auf diese Regelungen wird insoweit Bezug genommen und der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung der Pflegebedürftigen in drei verschiedene Pflegestufen aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in das Beihilferecht übernommen. Darüber hinaus sind bei Pflegebedürftigen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bestimmte Aufwendungen auch ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe im Rahmen des Abschnittes 6 beihilfefähig (§ 49 Abs. 5: Beratungsbesuche, § 53: zusätzliche Betreuungsleistungen). Die Vorschrift dient damit auch der Abgrenzung von Krankenbehandlungs- und Pflegeleistungen. Während die Krankenbehandlung der Beseitigung oder Linderung eines Krankheitszustandes dient, dient die Pflege der Unterstützung des Beihilfeberechtigten oder seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei der Bewältigung des täglichen Lebens. Die Regelung des Satzes 3 stellt klar, dass die Leistungen der Beihilfe neben anderen Leistungen nach dieser Verordnung gewährt werden.

Zu Absatz 2:
Es wird klargestellt, dass Beihilfe zu Pflegeleistungen nur auf Antrag gewährt wird. Eine rückwirkende Gewährung über Absatz 2 hinaus kommt grundsätzlich nicht in Betracht. Bei Beantragung von Beihilfeleistungen findet jedoch § 16 SGB I analoge Anwendung (vgl. SG Dortmund, Urteil vom 21. September 1999, S 39 P 172/98). Dies gilt deshalb, da der Gesetzgeber des SGB XI durch § 28 Abs. 2 SGB XI und § 55 Abs. 1 SGB XI die Versicherungsleistungen und Beihilfeleistungen so eng miteinander verbunden habe, dass die Beihilfe „de facto nach denselben Grundsätzen" erbracht werde wie die Leistungen der Pflegeversicherung. Der Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gilt deshalb auch als Zeitpunkt des Antrages auf entsprechende Beihilfeleistungen.

Zu Absatz 3:
§ 7a SGB XI räumt Pflegebedürftigen ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater ein. Dieser Anspruch besteht auch für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige. Die Kosten der Pflegeberatung haben die Pflegekassen bzw. Versicherungsunternehmen zu tragen (§ 7a Abs. 4 SGB XI). Von daher ist es erforderlich, dass sich auch die Festsetzungsstellen an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beteiligen.

Zu § 49 (Häusliche Pflege)
Zu Absatz 1:
Die Vorschrift regelt entsprechend den Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen für häusliche Pflege. Sie bezieht sich auf die berufsmäßig durchgeführte Pflege durch geeignete Pflegekräfte. Diese Pflegekräfte stehen in der Regel in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder einer ambulanten Pflegeeinrichtung, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsauftrag abgeschlossen hat. Die Vorschrift lehnt sich an die – durch das Sachleistungsprinzip geprägten – Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung an. Hierdurch wird aber der Beihilfeanspruch für Aufwendungen nicht ausgeschlossen, die für berufsmäßige Pflegeleistungen durch andere Pflegekräfte entstehen (vgl. Absatz 2). Durch den Verweis auf § 36 Abs. 4 SGB XI wird sichergestellt, dass in schweren Fällen und bei über die Sätze des Elften Buches Sozialgesetzbuch hinausgehenden Pflegeaufwendungen Beihilfe zu den erhöhten Aufwendungen gewährt werden kann. Die Regelung entspricht inhaltlich den Bestimmungen des bisherigen § 19 Abs. 1 SächsBhVO.

Zu Absatz 2:
Absatz 2 regelt entsprechend § 37 SGB XI die Beihilfeansprüche, wenn die Pflege durch andere geeignete Personen, zum Beispiel Angehörige, Freunde, Nachbarn erfolgt. Sie ist aber auch auf Fälle anwendbar, in denen die Pflege berufsmäßig durch Personen erfolgt, die die in Absatz 1 Satz 2 genannten Kriterien nicht erfüllen.

Satz 2 entspricht dem bisherigen § 19 Abs. 4 SächsBhVO. Ergänzend wurde in Satz 3 die Regelung für den Todesfall des Pflegebedürftigen aufgenommen, wonach die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats weiter zu zahlen ist. Dies entspricht § 37 Abs. 2 SGB XI. Durch die Norm sollen im Ergebnis Überzahlungen im Sterbemonat weitgehend vermieden werden, die aus der vorschüssigen Zahlung der Pauschalbeihilfe folgen; zugleich soll auch ein höherer Verwaltungsaufwand vermieden werden. Zudem wird damit dem Umstand Rechnung getragen, dass die mit der Pflege verbundenen Kosten nicht von einem auf den anderen Tag wegfallen, sondern gerade im Sterbefall regelmäßig „auslaufen". Für Leistungen nach Absatz 1 bedarf es dieser Festlegungen nicht, weil hier eine taggenaue Abrechnung erfolgt.

Zur Vermeidung von Doppelzahlungen sind Erstattungen oder Sachleistungen von anderen Stellen auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen (Satz 4). Um nicht versicherte Personen bei

der Beihilfe nicht besser zu stellen als Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, ist für nicht versicherte Beihilfeberechtigte die Beihilfe höchstens in der Höhe zu zahlen, wie sie auch für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu zahlen wäre (Satz 5).

Die Regelungen des § 44 SGB XI (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen) und § 44a SGB XI (Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit) gelten unmittelbar, weshalb ein Verweis auf diese Regelungen nicht notwendig ist. Hierbei handelt es sich nicht um unmittelbare Aufwendungen des Pflegebedürftigen; vielmehr sollen hier das soziale Engagement der „ehrenamtlichen" Pflegepersonen berücksichtigt und sozialversicherungsrechtliche Nachteile für diesen Personenkreis unter anderem durch die direkte Leistung von Rentenversicherungsbeiträgen an die gesetzliche Rentenversicherung ausgeglichen werden.

Zu Absatz 3:
Absatz 3 regelt die Bemessung der Beihilfe, wenn sowohl Leistungen von geeigneten Pflegekräften als auch anderen Personen in Anspruch genommen werden und entspricht dem bisherigen § 19 Abs. 3 SächsBhVO. Sie entspricht inhaltlich § 38 SGB XI, der die Kombination von Sachleistungen (§ 36 SGB XI bzw. Absatz 1) und Pflegegeld (§ 37 SGB XI bzw. entsprechend Pauschalbeihilfe nach Absatz 2) zulässt.

Zu Absatz 4:
Bei Pflegeaufwendungen, die nicht durch die Höchstbeträge des Elften Buches Sozialgesetzbuch in ausreichendem Umfang gedeckt sind, sind aus Fürsorgegesichtspunkten nach Absatz 4 weiterhin die bisherigen beihilfefähigen Obergrenzen anwendbar. Die Höhe entspricht den jeweiligen bisherigen Höchstgrenzen, die jedoch auf volle 10 EUR-Beträge aufgerundet wurden.

Zu Absatz 5:
Absatz 5 regelt die Aufwendungen für Beratungsbesuche, die entsprechend der in § 37 Abs. 3 SGB XI für die soziale Pflegeversicherung getroffenen Regelungen beihilfefähig sind. Danach ist in den Pflegestufen I und II einmal halbjährlich, in der Stufe III einmal vierteljährlich eine Beratung des Pflegebedürftigen durch einen zugelassenen Pflegedienst oder eine andere von der Pflegekasse beauftragte Pflegekraft abzurufen. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne von § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Regelung entspricht dem bisherigen § 19 Abs. 9 SächsBhVO.

Zu § 50 (Teilstationäre Pflege)
Zu Absatz 1:
Absatz 1 regelt die teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung. Kann die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, besteht – wie in der sozialen Pflegeversicherung – ein zeitlich nicht begrenzter Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in Einrichtungen einer Tages- oder Nachtpflege. Dies kommt zum Beispiel in Betracht bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, der Ermöglichung einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit für die Pflegeperson, einer beabsichtigten Entlastung der Pflegeperson oder bei einer nur für einige Stunden am Tag oder in der Nacht notwendigen ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen. Die Tages- und Nachtpflege soll die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern.

Zu Absatz 2:
Mit der Möglichkeit, ergänzend zur häuslichen Pflege die Tages- und Nachtpflege in Anspruch zu nehmen, wird die Pflegebereitschaft und die Pflegetätigkeit im häuslichen

Bereich erhalten und gefördert, sowie – entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ – vollstationäre Pflege vermieden. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind – wie bisher – in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 4 bis 6 SGB XI zu ermitteln. Mindestens ist jedoch der jeweilige pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 beihilfefähig. Die bisherige Begrenzung in den Fällen des Satzes 1 Nr. 2 und 3 auf die Höchstsätze nach § 49 Abs. 4 musste entfallen, da ansonsten die Leistungen der Beihilfe in bestimmten Fallkonstellationen hinter denen der Pflegeversicherung zurückgeblieben wären (zum Beispiel bei der Kombination von Pflege durch geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Personen sowie teilstationärer Pflege in Pflegestufe II und III).

Zu § 51 (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen und den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bei Verhinderung der Pflegepersonen. Bei Verhinderung der Pflegepersonen wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen werden die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 Satz 3 SGB XI bis zu 1 550 Euro (ab 1. Januar 2012) für längstens vier Wochen im Kalenderjahr durch die Beihilfe übernommen. Bisher ergab sich dieser Anspruch aus § 20 SächsBhVO.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 trifft dabei – in enger Anlehnung an § 39 Satz 3 bis 6 SGB XI – Sonderregelungen, wenn die Verhinderungspflege durch Personen erfolgt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Da die Regelung mit den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch korrespondieren muss, war ein Abstellen auf den im Beihilferecht nunmehr verwendeten Begriff des nahen Angehörigen nach § 5 Abs. 2 nicht möglich. In diesen Fällen wird grundsätzlich nur die Pauschalbeihilfe nach § 49 Abs. 2 gewährt. Soweit diesen Personen jedoch besondere Aufwendungen entstehen, sind diese Aufwendungen ebenfalls beihilfefähig, wobei die insgesamt zu gewährende Beihilfe die Höchstbeträge nach Absatz 1 nicht übersteigen darf.

Zu § 52 (Kurzzeitpflege)

Zu Absatz 1:

Mit der Vorschrift werden die Voraussetzungen und der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bei stationärer Kurzzeitpflege geregelt. So sind Aufwendungen für die Inanspruchnahme ganztätiger Pflege in einem Pflegeheim für bis zu vier Wochen pro Jahr unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen für solche Übergangs- und Krisensituationen sind entsprechend § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI im Sinne einer typisierenden und pauschalierenden Regelung auf bis zu 1 550 Euro im Jahr (ab 1. Januar 2012) begrenzt. Bisher ergab sich dieser Anspruch aus § 20 SächsBhVO.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 trifft mit der Verweisung auf § 42 Abs. 3 SGB XI Sonderregelungen für die Kurzzeitpflege von Kindern in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und andere geeignete Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Soweit hierauf ein Anspruch aus der sozialen Pflegeversicherung besteht, sind entsprechende Aufwendungen ebenfalls beihilfefähig.

Zu § 53 (Zusätzliche Betreuungsleistungen)

Der Umfang der zusätzlichen beihilfefähigen Aufwendungen Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf wird mit § 53 geregelt. Neben dem Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung muss zusätzlich noch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bestehen. Erfasst sind hiervon vor allem Demenzkranke. Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher Pflege

sind in gleichem Umfang beihilfefähig, in dem auch die Pflegeversicherung Leistungen für ihre Mitglieder gewährt. Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 21 SächsBhVO.

Zu § 54 (Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes)

Zu den Absätzen 1 und 2:

Die Vorschrift regelt in Anlehnung an die Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Voraussetzungen und den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen. Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (in der Regel technische Pflegehilfsmittel) sowie die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (zum Beispiel Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, Türvergrößerung, Abbau von Türschwellen, Einbau einer Gegensprechanlage, Installation von Badarmaturen mit verlängertem Hebel) sind beihilfefähig, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung ebenfalls Zuschüsse gewährt. Dadurch wird sichergestellt, dass Pflegebedürftige stets die individuell erforderlichen Leistungen sowohl von der Pflegeversicherung als auch der Beihilfe erhalten und beide Stellen bei der Entscheidung über die Angemessenheit von Aufwendungen zum gleichen Ergebnis kommen. So wird verhindert, dass Pflegebedürftige auf Grund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen und darauf beruhender Entscheidungen der beteiligten Kostenträger entsprechende Aufwendungen in nennenswertem Umfang selbst bestreiten müssen. In vielen Fällen wird der Pflegebedürftige hierdurch erst in die Lage versetzt, notwendige häusliche Pflege in Anspruch nehmen zu können.

Hinsichtlich der Aufwendungen für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen ist bei in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung Versicherten der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird. Insofern wird sichergestellt, dass der nach § 40 Abs. 4 SGB XI vom Pflegebedürftigen zu leistende Eigenanteil auch in der Beihilfe berücksichtigt wird. Für nicht in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung Versicherten wird die Beihilfe nur zur Hälfte gewährt. Die Höhe des Eigenanteiles wird hier konkret vorgegeben und orientiert sich an dem im Bereich der sozialen Pflegeversicherung festgelegten Eigenanteil.

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen § 22 SächsBhVO.

Zu § 55 (Vollstationäre Pflege)

Zu Absatz 1:

Absatz 1 bestimmt die Voraussetzung und den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen für eine Vollzeitpflege in Pflegeheimen. In den meisten Fällen wird die vollstationäre Pflege in den in das System der sozialen Pflegeversicherung eingebundenen, zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 Satz 1 des SGB XI durchgeführt werden. Der Regelfall ist damit von Absatz 1 erfasst. Der Beihilfeanspruch ist aber nicht auf Aufwendungen für Pflegeleistungen dieser Einrichtungen beschränkt. Die Regelung des Satzes 3 erlaubt es Pflegebedürftigen durch den Verweis auf § 43 Abs. 5 SGB XI auch, ihren Pflegeplatz während der Dauer vorübergehender Abwesenheit, beispielsweise für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder einen Krankenhausaufenthalt, beizubehalten, um ihnen eine Änderung des individuellen Wohnumfeldes zu ersparen. Andererseits werden mit Satz 3 auch Höchstgrenzen festgelegt, um zu vermeiden, dass Pflegekapazität für längere Zeit ungenutzt bleibt und unvertretbare Beihilfeausgaben entstehen.

Der Beihilfeanspruch besteht auch für Aufwendungen für vollstationäre Pflege in Einrichtungen, die denjenigen nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vergleichbar sind. Hierzu zählen insbesondere vergleichbare Einrichtungen in anderen Staaten der Europäischen Union. Aufgrund von § 7 Abs. 1 Satz 3 sind diese Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie im Inland beihilfefähig wären. Im Einzelfall kann die Regelung aber auch private Einrichtungen im Inland erfassen, soweit bei diesen die Vergleichbarkeit gegeben ist.

Zu Absatz 2:
Die Norm trägt entsprechend den Vorgaben des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes der Tatsache Rechnung, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf einen Vergütungszuschlag erheben können. Mit der Beihilfefähigkeit des Zuschlags wird eine unangemessene finanzielle Belastung der Beihilfeberechtigten vermieden.

Zu Absatz 3:
Die Regelung trägt zu einer Verbesserung der Pflege bei, indem diese Vorschrift einen Anreiz für aktivierende und rehabilitative Maßnahmen bietet, durch die die Lebensqualität der Pflegebedürftigen gesteigert und anschließend die Beihilfekosten durch dauerhafte Verringerung der Pflegeaufwendungen gesenkt werden.

Zu Absatz 4:
Absatz 4 ist Ausdruck der in der Beihilfe konkretisierten Fürsorgepflicht des Dienstherrn, welche in den Fällen ein Eingreifen des Dienstherrn gebietet, in denen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Einkünften trotz ausreichender Eigenvorsorge nicht in der Lage sind, die unmittelbar mit der Pflege zusammenhängenden Aufwendungen zu bestreiten. Satz 2 bestimmt die zumutbaren Eigenanteile. Hinsichtlich der diese Eigenanteile übersteigenden Kosten besteht Anspruch auf Beihilfe. Entsprechend dem bislang geltenden Recht erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen auf 100 Prozent (§ 57 Abs. 8).

Zu Absatz 5:
Absatz 5 definiert den in Absatz 4 verwendeten Begriff des Einkommens. Die bisherige Regelung in § 24 Abs. 4 Satz 3 bis 7 SächsBhVO wurde insoweit aus Gründen der Übersichtlichkeit in einen neuen Absatz überführt.

Zu § 56 (Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe)
Die Regelung bestimmt entsprechend den Festlegungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Voraussetzung und den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen für den Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen. Sie entspricht dem bisherigen § 24 SächsBhVO.

Zu Abschnitt 7 (Umfang der Beihilfe)

Zu § 57 (Bemessung der Beihilfe)
Zu Absatz 1:
Die Beihilfe deckt grundsätzlich einen bestimmten, als Bemessungssatz festgelegten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ab (§ 1 Abs. 5). Satz 2 legt den maßgeblichen Bemessungssatz für diejenigen Fälle fest, in denen sich der für den jeweiligen Beihilfeberechtigten geltende Bemessungssatz zwischen Entstehen der Aufwendung (das ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung) und tatsächlicher Abrechnung geändert hat, zum Beispiel wegen Geburt eines Kindes oder Änderungen beim Familien- oder Auslandskinderzuschlag. Eine Ausnahme vom Grundsatz der prozentualen Beihilfe gilt insbesondere für die Geburtspauschale nach § 44 Abs. 4 und häusliche Pflegeleistungen durch andere geeignete Personen nach § 49 Abs. 2, da hier Beihilfe in Form von Pauschalen gewährt wird.

Zu Absatz 2:
Die Vorschrift gibt im Wesentlichen den Inhalt von § 102 Abs. 5 SächsBG wieder. Danach ist der Bemessungssatz für die unterschiedlichen Gruppen der Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen differenziert festgelegt. Die unterschiedlichen Bemessungssätze berücksichtigen den unter Alimentationsgesichtspunkten im Sinne einer typisierenden Festlegung unterschiedlichen Bedarf der einzelnen Gruppen an Beihilfe. Dies

gilt insbesondere für Versorgungsempfänger sowie berücksichtigungsfähige Ehegatten und Kinder, die üblicherweise über kein oder ein nur geringes eigenes Einkommen verfügen.

Zu Absatz 3:
Die auf der Grundlage des § 102 Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 Buchst. a SächsBG vorgenommene Erhöhung des Bemessungssatzes für Beihilfeberechtigte mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern trägt dem besonderen Alimentationsbedarf von Familien mit mehreren Kindern Rechnung. Neu aufgenommen wurde die Regelung, wonach ein aufgrund mehrerer berücksichtigungsfähiger Kinder erhöhter Bemessungssatz dauerhaft fortbestehen bleibt. Dadurch soll vermieden werden, dass Beamte sich nach Wegfall der Kinder aus dem Familienzuschlag für die Zeit bis zum Eintritt in den Ruhestand, in dem ihnen ohnehin ein Bemessungssatz von 70 Prozent als Versorgungsempfänger zusteht, vorübergehend privat mit einem in zunehmenden Alter teureren Beitragssatz gegen Krankheit versichern oder eine Anwartschaftsversicherung abschließen müssen.

Der erhöhte Bemessungssatz steht nur einem Beihilfeberechtigten zu. Erhält der selbst beihilfeberechtigte Ehegatte den erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent aufgrund von Beihilfevorschriften des Bundes oder eines anderen Landes oder damit vergleichbarer privatrechtlicherer Regelungen, kann ein aktiver sächsischer Beamter den erhöhten Bemessungssatz nicht ebenfalls für sich beanspruchen.

Zu Absatz 4:
Satz 1 verhindert eine Benachteiligung entpflichteter Hochschullehrer, da diesen ansonsten nur ein Bemessungssatz von 50 Prozent zusteht. Satz 2 verhindert eine mögliche Benachteiligung von verheirateten Beamten bei Freistellung ohne Dienstbezüge gegenüber dem bisherigen Recht. Da ohne den Sondertatbestand des § 102 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und 3 SächsBG keine Beihilfeberechtigung bestünde und infolge dessen § 3 Abs. 2 nicht anwendbar wäre, stünde dem ohne Dienstbezüge beurlaubten bzw. in Elternzeit befindlichen Beamten bezüglich seiner Aufwendungen ansonsten der erhöhte Bemessungssatz als berücksichtigungsfähiger Ehegatte oder berücksichtigungsfähiges Kind zu.

Zu Absatz 5:
Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach § 28 Abs. 2 SGB XI zur Hälfte. Da bestimmten Beihilfeberechtigten jedoch grundsätzlich ein Bemessungssatz von mehr als 50 Prozent zustehen kann, käme es ansonsten regelmäßig zu einer Überschreitung der tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Es wird insofern klargestellt, dass ergänzend zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherungen höchstens eine Beihilfe nach einem Bemessungssatz von 50 Prozent zu gewähren ist. Soweit die erstattungsfähigen Aufwendungen die jeweiligen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, sind wiederum die individuellen Bemessungssätze (Absätze 2 bis 4 und 8) anzuwenden.

Zu Absatz 6:
Die Norm entspricht der bisherigen Regelung, wonach sich der Bemessungssatz aus Fürsorgegründen erhöht, wenn die private Krankenversicherung trotz rechtzeitiger und ausreichender Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen (mehr) gewährt. Die Erhöhung des Bemessungssatzes verhindert in diesen Fällen eine dem Fürsorgegrundsatz widersprechende unangemessene Beeinträchtigung der Alimentation durch im Einzelfall von der ergänzenden Krankenversicherung nicht abgedeckte notwendige Aufwendungen in Krankheits-, Pflege- oder Geburtsfällen des Beihilfeberechtigten.

Zu Absatz 7:
Die Norm sieht eine besondere Erstattungsregelung für Beamte und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, für die Leistungen vor, die nach § 5 Abs. 4 noch gewährt werden. Sachleistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihrerseits als Vollversicherung alle notwendigen und wirtschaftlichen Leistungen in Krankheitsfällen umfassen, werden nach § 6 Abs. 1 Satz 1 auf die Beihilfe angerechnet. Da in der gesetzlichen Krankenversicherung – anders als in der privaten Krankenversicherung – keine Teilversicherung möglich ist, führt dies in der Praxis zu einer nicht unerheblichen Entlastung der Beihilfe. Tritt die gesetzliche Krankenversicherung quasi an die Stelle einer die Beihilfe üblicherweise ergänzenden privaten Krankenversicherung, steht dem Beihilfeberechtigten aber häufig nur ein Leistungsniveau zur Verfügung, das hinter dem einer privaten Krankenversicherung zurückbleibt. Darüber hinaus tragen die freiwillig gesetzlich krankenversicherten Beamten den vollständigen Krankenversicherungsbeitrag (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) allein. Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich gerechtfertigt, für die über die Sachleistungen und Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehenden Aufwendungen dieses Personenkreises einen Bemessungssatz von 100 Prozent vorzusehen. Gleichwohl ist die Differenzkostenbeihilfe für freiwillig gesetzlich Krankenversicherte aus den in der Begründung zu § 5 Abs. 4 und § 6 dargelegten Gründen auf die Fälle beschränkt, in denen die gesetzliche Krankenversicherung weder Leistungen noch Zuschüsse gewährt. Zudem wäre der freiwillig gesetzlich Versicherte ansonsten im Ergebnis besser gestellt als derjenige, der sich beihilfekonform privat krankenversichert hat.

Zu Absatz 8:
Die Erhöhung des Bemessungssatzes ergänzt § 55 Abs. 4 und ist aus den zu dieser Vorschrift genannten Gründen geboten.

Zu Absatz 9:
Die Erhöhung des Bemessungssatzes ist geboten, weil in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung regelmäßig nur ein Anspruch auf Leistungen für eine Pflege im Inland besteht (zur Leistungspflicht im Ausland Urteil des EuGH vom 16. Juli 2009, C-208/07). In der deutschen Pflegeversicherung gilt insoweit der Grundsatz, dass Leistungen nicht in ein anderes Land „exportiert“ werden können. Von daher werden von der Pflegeversicherung in der Regel Sachleistungen im Ausland nicht erbracht oder erstattet. Lediglich die Gewährung von Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) kommt bei Aufenthalt von Pflegebedürftigen im Ausland durch die Pflegeversicherung in Betracht. Soweit Beihilfeberechtigte einen dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben, ist der damit verbundene Leistungsausfall im Ausland dienstlich veranlasst und wird deshalb durch einen entsprechenden Beihilfeanspruch nach Satz 1 ausgeglichen, soweit die private oder soziale Pflegeversicherung keine Leistungen gewährt. Soweit sich die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung auf die Gewährung von Pflegegeld nach § 37 SGB XI beschränkt, wird diese Leistung nach Satz 2 auf die Beihilfe angerechnet. Hierdurch wird sichergestellt, dass dieselben Leistungen wie beim Verbleib im Inland gewährt werden können. Dies ist notwendig, weil beispielsweise bei vollstationärer Unterbringung im Ausland Leistungen der Pflegeversicherung in Form von Pflegegeld erbracht werden können und dadurch nach Satz 1 eine Erhöhung des Bemessungssatzes ausgeschlossen wäre.

Zu Absatz 10:
Der Bemessungssatz von 100 Prozent für Überführungskosten bei Todesfällen nach dem bisherigen § 31 Abs. 2 SächsBhVO wird übernommen und aus systematischen Gründen in die Regelungen zum Bemessungssatz integriert.

Zu Absatz 11:
Die Vorschrift ergänzt § 4 Abs. 3 Satz 2 und erlaubt eine Erhöhung des Bemessungssatzes. Die Regelung trägt damit der besonderen Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber den Beamten Rechnung, die eine Dienstbeschädigung erlitten haben. Eine ausnahmsweise

Erhöhung des Bemessungssatzes in besonders gelagerten Einzelfällen kann etwa bei Aufwendungen für eine Suchtbehandlung, an denen sich die ergänzende private Krankenversicherung nicht beteiligt, weil Suchtbehandlungen generell nicht zu ihrem Leistungsumfang gehören, in Betracht kommen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes kommt jedoch nicht bei einer Beschädigung infolge eines Dienstunfalls im Sinne von § 17b SächsBesG in Verbindung mit § 31 BeamtVG in Betracht oder vergleichbarer landesrechtlicher Vorschriften, da die Folgen einer solchen Beschädigung durch die Leistungen der Unfallfürsorge hinreichend abgesichert sind.

Zu Absatz 12:
Die Norm enthält eine Rundungsregelung analog dem Besoldungsbereich.

Zu § 58 (Begrenzung der Beihilfe)
Zu Absatz 1:
Der Wertung des § 102 Abs. 1 Satz 5 SächsBG folgend, wird sichergestellt, dass die Erstattungen, die Beihilfeberechtigte aus dem Beihilfesystem und einer Krankenversicherung erhalten, nicht höher sind als die tatsächlichen Aufwendungen. Ein solcher Fall kann eintreten, wenn Beihilfeberechtigte in der privaten Krankenversicherung einen Prozenttarif abgeschlossen haben, der eine höhere Erstattung vorsieht, als der von der Beihilfe nicht erstattete Anteil (Zum Beispiel private Krankenversicherung mit einem Erstattungssatz von 50 Prozent bei einem Beihilfe-Bemessungssatz von 70 Prozent). In diesen Fällen wird die Beihilfe entsprechend reduziert. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verstößt es nicht gegen den Grundsatz der Fürsorgepflicht, dass die Beihilfe einschließlich der Erstattungen der Krankenkassen nicht mehr als 100 Prozent der Krankheitskosten betragen darf. Durch die Krankheit soll kein Gewinn erzielt werden können (BVerfG, Beschluss vom 13. November 1990, 2 BvF 3/88). Die nach Satz 2 bei der Ermittlung der 100 Prozent-Grenze nicht zu berücksichtigenden Zahlungen betreffen bestimmte Eigenbehalte, die hierdurch abgesichert werden. Es wäre unbillig, diese zu berücksichtigen, da bei dem 100 Prozent-Vergleich auch nur von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen ausgegangen wird. Andernfalls würde den Beihilfeberechtigten die Möglichkeit genommen, diese Belastungen auf eigene Kosten durch eine Versicherung auszugleichen.

Zu Absatz 2:
Grundsätzlich sind die Sachleistungen und Erstattungen, die zu beihilfefähigen Aufwendungen von dritter Seite erbracht werden, nachzuweisen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung reicht in den Fällen, in denen der Beihilfeberechtigte bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen „Prozenttarif“ abgeschlossen hat, regelmäßig ein einmaliger Nachweis und die Mitteilung eventueller Veränderungen aus.

Zu § 59 (Eigenbeteiligungen)
Die Vorschrift präzisiert die in § 102 Abs. 6 SächsBG geregelten Eigenbeteiligungen. Gleichzeitig wird von der in § 102 Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 Buchst. f SächsBG normierten Ermächtigung, Beförderungskosten einzuschränken, Gebrauch gemacht. Die Eigenbeteiligungen des Beihilfeberechtigten dienen der Kostenbegrenzung und der Erzielung von Steuerungseffekten.

Zu Absatz 1:
Die Abzugsbeträge für Arzneimittel und bestimmte Medizinprodukte (zum Beispiel Verbandmittel) werden – wie bisher – gestaffelt in Abhängigkeit vom Apothekenabgabepreis unter Berücksichtigung des Bemessungssatz erhoben. Schwangere sind künftig von Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 unabhängig von der Art der Beschwerden befreit. Für notwendige Hilfsmittel wird weiterhin keine Eigenbeteiligung einbehalten.

Zu Absatz 2:
Da die Unterbringung in einem Zweitbettzimmer bei stationären Aufenthalten nicht zur notwendigen Grundversorgung gehört, erfolgt auch hier eine Eigenbeteiligung des

Beihilfeberechtigten an den Kosten, soweit die Unterkunftskosten gesondert berechnet werden. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Unterbringung in Einzel- oder Zweitbettzimmern nicht die Standardleistung des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung ist. Der Abzugsbetrag trägt den häuslichen Ersparnissen während einer stationären Behandlung Rechnung.

Zu Absatz 3:
Die gegenüber dem bisherigen Recht leicht reduzierte Eigenbeteiligung für Fahrtkosten ist der Minderung der Fahrtkostenpauschale von 0,22 EUR auf 0,15 EUR (§ 32 Abs. 3) geschuldet. Keine Eigenbeteiligungen fallen zum Beispiel bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus und in den Fällen an, in denen die Höhe der Fahrtkosten ohnehin durch einen Höchstbetrag begrenzt sind, wie zum Beispiel in den Fällen des § 37 Abs. 2 Nr. 2 bis 5.

Zu § 60 (Selbstbehalt)
Zu Absatz 1:
Die Vorschrift entspricht der Regelung des bisherigen § 35 SächsBhVO. Danach fällt der Selbstbehalt nur für den Beihilfeberechtigten selbst an, auch wenn er Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen geltend macht. Die Ausnahmetatbestände, bei denen die Beihilfe nicht zu kürzen ist, wurden übernommen. Die Fürsorge des Dienstherrn gebietet es, den Beihilfeberechtigten in den dort genannten Fällen von zusätzlichen Belastungen (Selbstbehalt) freizustellen. So wird für Beihilfeberechtigte in Elternzeit geregelt, dass der Verzicht auf den Abzug des Selbstbehalts sowohl für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten als auch seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt. Auch entspricht das Absehen von einer Kürzung durch einen Selbstbehalt in Höhe von 80 Euro bei Gewährung der Pauschale für Säuglings- und Kleinkinderausstattung in Höhe von 150 Euro den derzeitigen familienpolitischen Zielen des Freistaates Sachsen.

Zu Absatz 2:
Die Norm regelt entsprechend dem bisherigen Recht den Personenkreis, der vom Einbehalt des Selbstbehalts ausgenommen ist.

Zu Absatz 3:
Die Regelung trägt den Bedürfnissen der Praxis Rechnung und verhindert wegen der Einheitlichkeit des anzuwendenden Beihilferechts eine Doppelbelastung bei dienstherrenübergreifenden Wechseln innerhalb des Freistaates Sachsen.

Zu § 61 (Belastungsgrenzen)
Zu den Absätzen 1 und 2:
Es wird die sich aus § 102 Abs. 6 Satz 5 SächsBG ergebende Wertentscheidung des Gesetzgebers präzisiert und das bisher unterschiedlich geregelte Verfahren bei der einprozentigen und zweiprozentigen Belastungsgrenze vereinheitlicht. Obwohl die Eigenbeteiligungen im Einzelfall eine sehr maßvolle und angemessene Höhe haben, können sie sich bei schwerer, häufiger oder lang dauernder Krankheit oder Pflegebedürftigkeit summieren und so zu einer erheblichen, dem Fürsorgegrundsatz widersprechenden Belastung des Beihilfeberechtigten werden. Die Belastungsgrenzen verhindern dies zuverlässig, indem sie eine kalenderjährliche Obergrenze für den Abzug von Eigenbeteiligungen und des Selbstbehaltes festlegen. Sie sind an die individuelle Höhe des Gesamtbetrages der Einkünfte gekoppelt und tragen damit der Belastbarkeit der einzelnen Beihilfeberechtigten Rechnung. Das gegenüber dem bisherigen Recht erfolgte Anknüpfen an den Gesamtbetrag der Einkünfte allein des Beihilfeberechtigten dient der Verwaltungsvereinfachung und Verwirklichung des Alimentationsgrundsatzes. Eine jährliche Belastung mit Eigenbeteiligungen und Selbstbehalt von bis zu einem Prozent für schwerwiegend chronisch Erkrankte bzw. ansonsten zwei Prozent stellt keine wesentlich ins Gewicht fallende Beeinträchtigung der Alimentation dar und ist daher zumutbar und vertretbar. Die Definition der schwerwiegend chronischen Krankheit ist an die Regelung in § 2 Abs. 2 der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar

2004 angelehnt. Nach Überschreiten der in dieser Vorschrift festgelegten Belastungsgrenze sind für das laufende Kalenderjahr – auf Antrag des Beihilfeberechtigten – keine Eigenbeteiligungen mehr abzuziehen.

Zu Absatz 3:
Es werden die Grundsätze des Antragsverfahrens geregelt, wonach zur Feststellung der individuellen Belastungsgrenze grundsätzlich eine Kopie des für das Bezugsjahr maßgeblichen Einkommenssteuerbescheids vorzulegen ist. Ist der Beihilfeberechtigte nicht zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet, ist die Höhe des Gesamtbetrages der Einkünfte durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen.

Zu Absatz 4:
Die Vorschrift trägt den Bedürfnissen der Praxis Rechnung und verhindert wegen der Einheitlichkeit des anzuwendenden Beihilferechts eine Benachteiligung bei dienstherrenübergreifenden Wechseln innerhalb des Freistaates Sachsen.

Zu Abschnitt 8 (Verfahren und Zuständigkeit)

Zu § 62 (Verfahren)
Zu Absatz 1:
Die Vorschrift regelt die Form der Beantragung von Beihilfe. Bei der Antragstellung sind im staatlichen Bereich zwingend die Formblätter, die in der Anlage der Beihilfeverordnung abgedruckt sind, zu verwenden. Die Antragsformulare (Anlagen 8 bis 10) wurden anwenderfreundlicher gestaltet. Mit der Einführung eines Kurzantrages (Anlage 9) wird das Antragsverfahren vereinfacht. Der Antrag ist schriftlich oder – soweit die technischen Voraussetzungen hierfür geschaffen sind – in elektronischer Form zu stellen. Die elektronische Übermittlung der Rechnungsbelege setzt die Zulassung durch die Festsetzungsstelle voraus. Bereits gestellte Beihilfeanträge können nicht durch neue Aufwendungen erweitert werden. Diese sind separat zu beantragen.

Zu Absatz 2:
Für den Nachweis der beantragten Aufwendungen sind die begründenden Belege dem Beihilfeantrag beizufügen. Zweitschriften oder Kopien der Belege sind ausreichend. Der Beihilfeberechtigte kann somit sofort parallel auch die anteiligen Aufwendungen bei der privaten Krankenversicherung geltend machen. Doppeleinreichungen können durch die Beihilfebearbeitungsprogramme ausgeschlossen werden.

Zu Absatz 3:
Die Regelung lässt sowohl eine schriftlichen als auch einen elektronischen Erlass der Beihilfebescheide zu, wobei für die elektronische Form das Einverständnis des Beihilfeberechtigten erforderlich ist. Rezeptbelege, die für die Geltendmachung von Arzneimittelrabatten benötigt werden, werden einbehalten und spätestens vier Monate nach Ablauf der vereinbarten Prüffrist durch den Treuhänder vernichtet. Ist eine Prüffrist nicht vereinbart, gilt als das Ende der Prüffrist das Ende der regelmäßigen Verjährungsfrist nach § 195 BGB von 3 Jahren. Die übrigen Belege werden zurückgesandt. Sofern die Möglichkeit besteht, Belege elektronisch abzubilden und bei Bedarf (zum Beispiel im Rechtsbehelfsverfahren) zu reproduzieren, sind Papierbelege zur Einsparung von Portokosten grundsätzlich nicht mehr zurückzusenden, sondern zu vernichten. Aus Gründen des Datenschutzes sind die elektronischen Dokumente ebenfalls spätestens vier Monate nach Bestandskraft der Entscheidung zu löschen.

Zu Absatz 4:
Mit der Regelung, wonach die Beihilfe im staatlichen Bereich künftig grundsätzlich auf das Bezügekonto überwiesen werden soll, ist zum einen eine Verwaltungseinfachung bei der Abrechnung gegeben, zum anderen dient diese Regelung auch dem Schutz des Beihilfeberechtigten. Damit können fehlerhafte Überweisungen (zum Beispiel bei Änderung

der Bankverbindung) und lange Bankrücklaufzeiten vermieden werden. Um den Beihilfeberechtigten von zu leistenden Vorauszahlungen bei stationären Maßnahmen zu entlasten, können Abschläge für derartige Forderungen gewährt werden. Der Antragsteller darf jedoch bei Beantragung noch nicht über eine spezifizierte Rechnung verfügen, da die Regelung nicht bezweckt, längere Bearbeitungszeiten durch die Beantragung eines Abschlages umgehen zu können. Die Entscheidung über die Abschlagsgewährung liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Festsetzungsstelle.

Zu Absatz 5:
Mit der Möglichkeit die Beihilfezahlungen unmittelbar an Dritte zu leisten und eine Direktabrechnung zwischen Rechnungssteller und Festsetzungsstelle bei längeren stationären Maßnahmen vorzunehmen, sollen aus Fürsorgegründen insbesondere diejenigen Beihilfeberechtigten von hohen Kosten und Aufwand entlastet werden, für die es aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes schwierig ist, Beihilfe zeitnah zu beantragen und hohe Rechnungsbeträge rechtzeitig zu überweisen.

Zu Absatz 6:
Zur Verhinderung besonderer wirtschaftlicher Notlagen, insbesondere wenn Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige getrennt leben, kann die Festsetzungsstelle auch zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter selbst Beihilfe beantragen. Zur Wahrung der Interessen der Beihilfeberechtigten sind diese vor einer entsprechenden Entscheidung anzuhören. Sofern die Festsetzungsstelle die Beantragung durch berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter zulässt, bedeutet dies lediglich eine Verfahrenserleichterung, die den nur dem Beihilfeberechtigten als Element seiner Alimentation zustehenden Beihilfeanspruch materiell unverändert lässt.

Zu Absatz 7:
Die Festsetzungsstelle wird auf Grundlage des § 102 Abs. 7 Satz 2 Nr. 2 Buchst. f SächsBG befugt, für die Feststellung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen auf eigene Kosten Gutachten einzuholen. Im Hinblick auf die Regelung des § 5 SächsGDG, wonach die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen nur dann ausstellen dürfen, wenn dies in einem Gesetz oder einer Rechtsverordnung vorgesehen ist, ist die ausdrückliche Nennung des Amtsarztes in der Norm – ebenso wie etwa in § 7 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4, § 20 Abs. 3 Satz 2 oder § 38 Abs. 3 Satz 2 – erforderlich. Weiterhin wird die Mitwirkungspflicht des Beihilfeberechtigten verankert. Eine derartige Verfahrensweise steht im Einklang mit dem besonderen Dienst- und Treueverhältnis des Beamten zu seinem Dienstherrn. In diesem Rahmen ist dieser verpflichtet, bei der Sachverhaltsaufklärung mitzuwirken, zum Beispiel durch Beibringung von ärztlichen Bescheinigungen.

Zu Absatz 8:
Die Norm regelt den Schutz der persönlichen Daten des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei der Weitergabe an Gutachter. Werden Gesundheitsdaten ohne Beteiligung des Betroffenen weitergegeben, sind diese zu pseudonymisieren.

Zu Absatz 9:
Für die Vorlage prüffähiger Belege ist der Beihilfeberechtigte verantwortlich. Da sich die Vorlage entsprechender Belege bei Behandlungen im Ausland im Einzelfall schwierig gestalten kann, kann die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen in diesen Fällen nach billigem Ermessen feststellen und sich gegebenenfalls Übersetzungen vorlegen lassen.

Zu § 63 (Antragsfrist)
Bei der beihilferechtlichen Antragsfrist handelt es sich rechtlich um eine Ausschlussfrist. Diese zweijährige Antragsfrist bezweckt eine zügige Abwicklung der Beihilfeansprüche im Interesse einer ordnungsgemäßen, übersichtlichen Verwaltung öffentlicher Haushaltsmittel und gibt aber auch den Beihilfeberechtigten ausreichend Zeit, ihre Ansprüche geltend zu machen.

Zu § 64 (Verwaltungsvorschriften)
Die nach dieser Verordnung zu erlassenden Verwaltungsvorschriften dienen der Vereinheitlichung der Rechtsanwendung. Sie werden im Sächsischen Amtsblatt veröffentlicht.

Zu Abschnitt 9 (Übergangs- und Schlussvorschriften)

Zu § 65 (Übergangsvorschriften)
Zu Absatz 1:
Die Norm enthält den Grundsatz, dass sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, nach dem bisherigen Beihilferecht beurteilt.

Zu Absatz 2:
Die Regelung führt das bisherige Recht fort und stellt sicher, dass studierende Kinder, die sich vor Absenkung der für den Kindergeldanspruch maßgeblichen 27-Jahresgrenze für eine ergänzende private studentische Krankenversicherung entschieden haben, nach Vollendung des 25. Lebensjahres den 20-prozentigen Ergänzungstarif nicht auf einen 100-Prozent-Tarif aufstocken müssen, was zu erheblichen finanziellen Belastungen führen würde.

Zu Absatz 3:
Aus Vertrauensgesichtspunkten wird sichergestellt, dass schwerwiegend chronisch Kranke, die nach dem bisherigen Beihilferecht hinsichtlich der Aufwendungen für die chronische Krankheit dauerhaft eine einprozentige Belastungsgrenze haben, diese Belastungsgrenze für einen angemessenen Übergangszeitraum behalten. Anschließend ist die Überschreitung der Belastungsgrenze – ebenso wie in den Fällen der zweiprozentigen Belastungsgrenze – jedes Kalenderjahr nach Maßgabe des § 61 neu zu beantragen.

Zu § 66 (Inkrafttreten und Außerkrafttreten)
Die Verordnung löst die bisherige Verordnung zum 1. Januar 2013 ab.