

**Verwaltungsvorschrift
des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen
zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung
(VwV-SächsBhVO)**

Vom 26. November 2012

I.

1 Zu § 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur

1.1 Zu Absatz 1

1.1.1 Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. Eine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen durch die Beihilfe wird somit nicht verlangt.

1.1.2 Der beihilferechtliche Krankheitsbegriff entspricht dem sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff. Danach ist Krankheit ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Zustand des Körpers oder des Geistes, der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Jemand ist krank, wenn er in seiner Körperfunktion beeinträchtigt ist oder an einer anatomischen Abweichung leidet, die entstehend wirkt. Auf das subjektive Empfinden des Betroffenen kommt es hierbei nicht an; maßgeblich sind objektive Kriterien, insbesondere der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse (BVerwG, Beschluss vom 30. September 2011, 2 B 66/11). Für den Bereich der Zahnheilkunde kann ergänzend die Krankheitsdefinition in § 1 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) herangezogen werden. Danach ist als Krankheit jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen, anzusehen (vergleiche auch OLG Frankfurt, Urteil vom 1. März 2012, 6 U 264/10).

1.2 Zu Absatz 2

1.2.1 Berufsrichter sind über die Verweisung in § 3 des Richtergesetzes des Freistaates Sachsen (**SächsRiG**) unter den gleichen Voraussetzungen wie Beamte beihilfeberechtigt. Die Beihilfeberechtigung nach § 102 Abs. 2 des Sächsischen Beamtengesetzes (**SächsBG**) setzt grundsätzlich die Zahlung laufender Bezüge voraus. Aus diesem Grund sind Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter nicht beihilfeberechtigt.

1.2.2 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften nach § 102 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 **SächsBG** kommen insbesondere § 22 Abs. 1 Satz 2, § 51 Abs. 3, §§ 53 bis 56, § 61 Abs. 2 und 3 und § 87 Abs. 3 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) sowie § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in Verbindung mit § 17 Abs. 1 und 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes (**SächsBesG**) in Betracht.

1.2.3 Dem Kreis der Beamten, denen Besoldung gewährt wird, gehören auch die entpflichteten Hochschullehrer an (vergleiche BGH, Beschluss vom 15. Februar 1973, AnwZ [B] 12/72; BVerwG, Urteil vom 22. Februar 1990, 2 C 6/89; OVG Lüneburg, Urteil vom 5. Dezember 2007, 5 LB 342/07). In den Fällen des § 57 Abs. 4 Satz 1 steht diesem Personenkreis ein Bemessungssatz von 70 Prozent zu.

1.2.4 Während der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einesurlaubes nach § 142a Abs. 1 Satz 1 **SächsBG** besteht die Beihilfeberechtigung gemäß § 102 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und 3 **SächsBG** fort. Aufgrund der dadurch bestehenden Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – ist eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V ausgeschlossen.

1.2.5 In den Fällen des § 102 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 **SächsBG** bleibt die Beihilfeberechtigung nach Ablauf eines Monats nur bestehen, wenn wieder Anspruch auf Dienstbezüge besteht. Liegt nach einer Zeit mit Dienstbezügen ein neuer Freistellungsgrund mit Wegfall der Dienstbezüge vor, beginnt die Monatsfrist erneut. Für die Berechnung gelten die allgemeinen Bestimmungen der §§ 186 bis 193 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

1.2.6 Beihilfeberechtigte erhalten als Mitglied beziehungsweise ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages nach § 27 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. Eine Beihilfegewährung nach der Sächsischen Beihilfeverordnung (**SächsBhVO**) ist ausgeschlossen.

1.2.7 Wird ein aktiver Beamter beziehungsweise Richter oder Versorgungsempfänger zum Mitglied des Sächsischen Landtags gewählt, ruht das Beamtenverhältnis ohne Fortzahlung der Dienstbezüge, wenn das Amt mit dem Mandat unvereinbar ist (§§ 29, 30 Abs. 1 Satz 2 Abgeordnetengesetz). In dieser Zeit besteht deshalb gemäß § 102 Abs. 3 **SächsBG** keine Beihilfeberechtigung. Insoweit sieht § 21 Abgeordnetengesetz für diesen Personenkreis einen eigenständigen Beihilfeanspruch vor. Ist das Amt mit dem Mandat vereinbar, geht der eigenständige Anspruch nach § 21 Abgeordnetengesetz dem Beihilfeanspruch ebenfalls vor, da nach § 102 Abs. 3 **SächsBG** aus dem Beamtenverhältnis keine Beihilfeberechtigung besteht. Dies gilt auch für Versorgungsempfänger nach dem Abgeordnetengesetz. Aufgrund des Ausschlusses der Beihilfeberechtigung in § 102 Abs. 3 **SächsBG** bleibt für die Anwendung der Konkurrenzregelungen des § 3 kein Raum.

1.2.8 Die Beihilfeberechtigung der Mitglieder der Staatsregierung ergibt sich aus § 8 Abs. 3 des Sächsischen Ministergesetzes (**SächsMinG**); die Festsetzung der Beihilfe erfolgt durch das Staatsministerium der Finanzen. Für ehemalige Mitglieder der Staatsregierung ergibt sich bei Vorliegen der Voraussetzungen die Beihilfeberechtigung aus § 11 Satz 2 **SächsMinG**. Besteht in

diesen Fällen gleichzeitig eine Beihilfeberechtigung nach § 102 SächsBG als aktiver Beamter beziehungsweise Richter oder Versorgungsempfänger, sind die Konkurrenzregelungen des § 3 anzuwenden.

- 1.2.9 Ist ein (ehemaliges) Mitglied der Staatsregierung mit Beihilfeberechtigung nach § 8 Abs. 3 oder § 11 Satz 2 SächsMinG gleichzeitig Mitglied des Sächsischen Landtags oder Versorgungsempfänger nach dem Abgeordnetengesetz, geht die Beihilfeberechtigung nach § 8 Abs. 3 und § 11 Satz 2 SächsMinG aufgrund der Subsidiarität des Anspruches nach § 21 Abgeordnetengesetz vor. Die Konkurrenzregelungen des § 3 sind insoweit nicht anwendbar.
- 1.3 Zu Absatz 3**
- 1.3.1 Der Beihilfeanspruch steht – auch für Aufwendungen seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen – nur dem selbst Beihilfeberechtigten und nicht den berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu.
- 1.3.2 Forderungsgläubiger (zum Beispiel Ärzte) können die ihnen aus ihren Forderungen zustehenden Beträge pfänden, solange der konkrete Beihilfeanspruch durch Auszahlung der Beihilfe noch nicht erloschen ist (BGH, Beschluss vom 5. November 2004, IXa ZB 17/04; LG Münster, Beschluss vom 21. Februar 1994, 5 T 930/93).
- 1.3.3 Wegen der Unübertragbarkeit des Beihilfeanspruchs ist eine Aufrechnung gegen Beihilfeansprüche nicht zulässig (BVerwG, Urteil vom 10. April 1997, 2 C 7/96; BGH, Beschluss vom 5. November 2004, IXa ZB 17/04). Im Unterschied zur bisherigen Rechtslage ist die Vererblichkeit des Beihilfeanspruchs nicht ausgeschlossen (BVerwG, Urteil vom 29. April 2010, 2 C 77/08).
- 1.4 Zu Absatz 4**
- 1.4.1 Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den zum Zeitpunkt der Leistungserbringung (§ 4 Abs. 1) jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen nach § 57. Bis zum Zeitpunkt des Todes eines Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen. Auf § 62 Abs. 4 Satz 2 wird hingewiesen.
- 1.4.2 Aufwendungen anlässlich des Todes von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nur in den Fällen der §§ 35, 36 beihilfefähig.
- 1.4.3 Die Beihilfe wird dem Erben oder der Erbengemeinschaft unabhängig vom Nachweis der Zahlung der Rechnung gewährt. Der Festsetzungsstelle ist zum Nachweis der Erbberechtigung ein Erbschein (§ 2353 BGB) vorzulegen. Sofern sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die antragstellende Person nicht Erbe ist, kann auf die Vorlage des Erbscheins verzichtet werden, wenn die Antragstellung durch den überlebenden Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder des Verstorbenen erfolgt, die Aufwendungen durch die Vorlage von Originalbelegen nachgewiesen werden und die Überweisung der Beihilfe weiterhin auf das Bezügekonto des verstorbenen Beihilfeberechtigten erfolgt.
- 1.5 Zu Absatz 5 (bleibt frei)**
- 1.6 Zu Absatz 6 (bleibt frei)**
- 2 Zu § 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige**
- 2.1 Zu Absatz 1**
- 2.1.1 Ehegatten sind stets berücksichtigungsfähige Angehörige. Aufwendungen für Ehegatten sind jedoch nur unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 beihilfefähig.
- 2.1.2 Kinder sind so lange berücksichtigungsfähige Angehörige, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag dem Grunde nach zusteht. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird. Angehörige sind daher auch dann berücksichtigungsfähig, wenn eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines in § 102 Abs. 2 Satz 2 SächsBG genannten Tatbestandes besteht.
- 2.1.3 Entgegen der bisherigen Rechtslage besteht für die Mutter eines nichtehelichen Kindes eines Beihilfeberechtigten keine Fiktion, wonach diese bezüglich der Geburtskosten als Angehörige anzusehen ist, da eine eigenständige Absicherung im Geburtsfall über eine private oder eine gesetzliche Krankenversicherung besteht.
- 2.2 Zu Absatz 2**
- 2.2.1 Im Regelfall besteht 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 oder wegen der Anrechnung anderer Leistungen) und damit auch die Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im Familienzuschlag. In diesen Fällen wird auf den Auslandszuschlag abgestellt. Ein Kind ist auch dann berücksichtigungsfähig, wenn Anspruch auf den Auslandskinderschlag (ohne Berücksichtigung des § 63 Abs. 1 Satz 3 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes [EStG]) besteht oder nur deshalb nicht besteht, weil das Kind im Inland lebt und dort ein Haushalt eines Elternteils besteht.
- 2.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)**
- 3 Zu § 3 Konkurrenzen**
- 3.1 Zu Absatz 1**
- 3.1.1 Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. Hierzu zählen auch aus § 78 des Bundesbeamtengesetzes (BBG) resultierende Fürsorgeleistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), die diese im Auftrag des Bundeseisenbahnvermögens (BEV) gegenüber Beamten, die bis zum 31. Dezember 1993 einen Fürsorgeanspruch gegenüber der Deutschen Bundesbahn hatten und beim BEV selbst eingesetzt oder gemäß Eisenbahnneuordnungsgesetz der Deutschen Bahn AG zugewiesen sind, gewährt (näheres hierzu BSG, Urteil vom 12. Januar 2011, B 12 KR 11/09 R). Gleiches gilt für Kirchenbeamte, die ebenfalls in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehen (vergleiche zum Beispiel § 1 Abs. 2, § 35 Abs. 1 des Kirchenbeamtengesetzes der EKD).

- 3.1.2 Ein Beihilfeanspruch aus einem Ruhegehalt schließt den Beihilfeanspruch als Witwe oder Witwer aus.
- 3.1.3 Beim Zusammentreffen von Beihilfeansprüchen nach § 102 **SächsBG**, § 3 **SächsRiG** und §§ 8 und 11 **SächsMinG** findet Absatz 1 Anwendung. Beim Zusammentreffen von Beihilfeansprüchen nach § 102 **SächsBG** und § 21 Abgeordnetengesetz finden die Konkurrenzregelungen des Absatzes 1 aufgrund des Ausschlusses der Beihilfeberechtigung nach § 102 Abs. 3 **SächsBG** keine Anwendung (vergleiche Nummer 1.2.7). Dies ist insbesondere auch im Hinblick auf den zu gewährenden Bemessungssatz nach § 57 von Bedeutung.
- 3.2 Zu Absatz 2**
- 3.2.1 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. Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind (§ 57 Abs. 3 Satz 1) erhalten damit den erhöhten Bemessungssatz unabhängig davon, ob das berücksichtigungsfähige Kind eine eigene Beihilfeberechtigung hat (zum Beispiel bei Ausbildung im Beamtenverhältnis auf Widerruf).
- 3.3 Zu Absatz 3**
- 3.3.1 Anders als der in Absatz 1 und 2 genannte Personenkreis stehen Abgeordnete in keinem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis. Es 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.
- 3.4 Zu Absatz 4**
- 3.4.1 Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähiger Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne des Absatzes 4 nicht ausgeschlossen, sondern „geht vor“. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen einem Arbeitnehmer ein einzelvertraglicher oder tarifvertraglicher Beihilfeanspruch zusteht.
- 3.4.2 Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist ausgeschlossen. Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.
- 3.4.3 Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und aufgrund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V oder keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist Absatz 4 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähiger Angehöriger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.
- 3.4.4 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 (vergleiche § 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 in Verbindung mit Protokollerklärung zu § 13 TVÜ-Länder).
- 3.4.5 Absatz 4 ist beschränkt auf eine Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen. Er umfasst deshalb nicht Konkurrenzen, die sich aus Beihilfeansprüchen aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis nach § 8 Abs. 3 und § 11 Satz 2 **SächsBG** oder der Mitgliedschaft im Sächsischen Landtag nach § 21 Abgeordnetengesetz ergeben (vergleiche auch Nummer 1.2.7, 1.2.8 und 3.1.3).
- 3.5 Zu Absatz 5**
- 3.5.1 Die Ausübung des Wahlrechts ist nicht mehr möglich, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist (zum Beispiel nach § 5 Abs. 4 der Bundesbeihilfeverordnung [BBhV]).
- 3.5.2 Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit unterschiedlichen Dienstherrn (zum Beispiel Bund – Land; Bund – Kommune) hat die andere Festsetzungsstelle die Bestimmung der Beihilfeberechtigten, wer die Beihilfe für die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält, auf dem Formblatt nach Anhang 1 zu bestätigen. Dort ist gleichzeitig die Bestimmung, wer den erhöhten Bemessungssatz nach § 57 Abs. 3 Satz 2 erhalten soll, zu bestätigen.
- 3.5.3 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.
- 4 Zu § 4 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen**
- 4.1 Zu Absatz 1**
- 4.1.1 Entstandene Aufwendungen sind vom Zeitpunkt der Erbringung der Leistung beihilfefähig. Es

kommt nicht darauf an, ob der Beihilfeberechtigte die ihm in Rechnung gestellte Vergütung beglichen hat oder nicht (SächsOVG, Beschluss vom 5. März 2010, 2 B 28/10).

4.2 Zu Absatz 2

- 4.2.1 Für die Beihilfegewährung an berücksichtigungsfähige Ehegatten kommt es 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 Unselbstständigkeit des Ehegatten gewährt wird und ein Hinausschieben der entstandenen Aufwendungen auf das Folgejahr nicht mehr möglich ist. Maßgeblich sind die im Durchschnitt der letzten drei Jahre vor Entstehen der Aufwendungen erzielten Einkünfte.
- 4.2.2 Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG. Nach § 2 Abs. 2 EStG sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k EStG) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG). Die von der Abgeltungssteuer erfassten Kapitaleinkünfte (§ 20 EStG) sind bei dem Gesamtbetrag der Einkünfte ebenfalls zu berücksichtigen. Diese sind nicht aus dem Steuerbescheid ersichtlich und deshalb gesondert anzugeben. Steuerfreie Einkünfte, wie zum Beispiel der Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG und die Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG, zählen nicht zum Gesamtbetrag der Einkünfte.
- 4.2.3 Nicht zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtete Personen, zum Beispiel Personen, für deren Einkommen eine Veranlagung nach § 43 Abs. 5 EStG oder § 46 EStG unterbleibt (§ 25 Abs. 1 EStG), haben die Höhe des Gesamtbetrages der Einkünfte anhand anderer geeigneter Unterlagen (zum Beispiel Bezügemitteilung, Bankbelege) nachzuweisen.
- 4.2.4 Kann der Gesamtbetrag der Einkünfte im Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht durch einen Einkommensteuerbescheid nachgewiesen werden oder liegt ein in Nummer 4.2.3 genannter Fall vor und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass der Betrag von 18 000 EUR im Durchschnitt der letzten drei Jahre vor Leistungserbringung nicht überschritten wird, kann eine Beihilfe gewährt werden. Für die Glaubhaftmachung der Einkünfte ist das Formblatt nach Anhang 2 zu verwenden.
- 4.2.5 In den Fällen des Satzes 5 ist der Beihilfebescheid unter dem Vorbehalt der Aufhebung und der Rückforderung der geleisteten Beihilfe zu erlassen, soweit nachträglich Umstände bekannt werden, die zu einem Ausschluss der Beihilfegewährung an den Ehegatten führen würden. Bei Bekanntwerden eines solchen Umstandes hat die Festsetzungsstelle den Bescheid ganz oder teilweise aufzuheben. Es ist regelmäßig davon auszugehen, dass der Beihilfebescheid bei einer nachträglich festgestellten Überschreitung der Einkommensgrenze rückwirkend unrichtig geworden ist und insoweit nach § 48 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) zurückgenommen werden kann. Die von der Festsetzungsstelle zu prüfende Rückforderung der zuviel gezahlten Beihilfe richtet sich nach § 110 SächsBG in Verbindung mit § 12 Abs. 2 BBesG (BVerwG, Urteil vom 16. November 1989, 2 C 43/87).
- 4.2.6 Übergangsweise gelten hierzu nach § 65 Abs. 1 Satz 2 bis zum 31. Dezember 2013 die bisherigen Beihilferegelungen (§ 3 Satz 1 Nr. 1 SächsBhVO alte Fassung) – hierzu Nummer 65.1.3 bis 65.1.5.

4.3 Zu Absatz 3

- 4.3.1 Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des Abschnitts 4 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (zum Beispiel ungezielte umfassende Untersuchungen – sogenanntes Check-up) sind nicht beihilfefähig.
- 4.3.2 4.3.2 Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vergleiche § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ], § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Zahnärzte [GOZ]).
- 4.3.3 Besteht eine Umsatzsteuerpflicht, erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.
- 4.3.4 In Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von der Festsetzungsstelle 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. Es ist ein strenger Maßstab anzulegen. Hierbei ist auch zu prüfen, ob der Härtefall eingetreten ist, weil der Beihilfeberechtigte seiner in § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) statuierten Krankenversicherungspflicht beziehungsweise in § 23 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – geregelten Pflegeversicherungspflicht nicht nachgekommen ist; gegebenenfalls ist der Beihilfeberechtigte auf die Bußgeldvorschrift des § 121 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI hinzuweisen.
- 4.3.5 Die Erstattungsmöglichkeit in Härtefällen geht über die in Satz 1 genannten Voraussetzungen hinaus. Eine aus Fürsorgegesichtspunkten gebotene Erhöhung des Bemessungssatzes richtet sich nach § 57 Abs. 11 Nr. 2.
- 4.3.5.1 Hinsichtlich des Krankheitsbildes kommen als Ausnahmefall – ähnlich wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – im Hinblick auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005, 1 BvR 347/98 insbesondere Fälle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit in Betracht (VGH Mannheim, Urteil vom 14. Juli 2010, 11 S 2730/09; vergleiche auch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 20. Januar 2011, BAnz. Nr. 56 [S. 1342] vom 8. April 2011).
- 4.3.5.2 Die Kostenerstattung einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach dem jeweiligen Bemessungssatz ist somit dann möglich, wenn sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer solchen Krankheit noch nicht herausgebildet hat, das anerkannte Heilverfahren nicht angewendet werden darf oder ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist. Wenn die Krankheit zwar lebensbedrohlich ist oder regelmäßig tödlich verläuft, aber zu ihrer Behandlung (Heilung, Besserung oder Linderung) allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapien gegeben sind, besteht keine (verfassungsrechtliche) Verpflichtung, auch für die Kosten einer von dem Erkrankten zu seiner Behandlung gewählten nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode aufzukommen (VGH Mannheim, Urteil vom 14. Juli 2010, 11 S 2730/09). Darüber hinaus muss in

diesen Fällen die nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer Heilung oder erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. Ebenso wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010, B 6 KA 48/09 R) ist eine reale Chance auf Heilung der Grunderkrankung selbst oder eine positive Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung ausreichend. Jedoch führt nicht jede Verbesserung der Lebensqualität, sondern nur die Erfüllung der Hoffnung des Erkrankten auf eine rettende Behandlung in einer aussichtslosen gesundheitlichen Situation dazu, dass auch die Kosten wissenschaftlich nicht anerkannter Behandlungsmethoden im Ausnahmefall von der Beihilfe zu übernehmen sind.

- 4.3.5.3 Die nach dem bisherigen Recht teilweise ausgeschlossene Thymustherapie einschließlich einer Behandlung mit Thymuspräparaten oder eine Hyperthermiebehandlung können demnach bei Krebserkrankungen weiterhin beihilfefähig sein, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.
- 4.3.6 Ein genereller Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen 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 (vergleiche § 5 Abs. 5).
- 4.4 Zu Absatz 4**
- 4.4.1 Die Notwendigkeit ist das erste der grundsätzlichen Tatbestandsmerkmale für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 1. Die Notwendigkeit ist zu bejahen für Leistungen, die nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden und ist für die in der Anlage 1 zu § 4 Abs. 4 Satz 2 nicht abschließend festgelegten Leistungen zu verneinen (Nummer 1) beziehungsweise nur unter den dort näher definierten Voraussetzungen zu bejahen (Nummer 2).
- 4.4.2 Eine Behandlungsmethode ist 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. Um „anerkannt“ zu sein, muss einer Behandlungsmethode somit von dritter Seite – also von anderen als dem/den Urheber(n) – attestiert werden, zur Heilung einer Krankheit oder zur Linderung von Leidensfolgen geeignet zu sein und wirksam eingesetzt werden zu können. Um „wissenschaftlich“ anerkannt zu sein, müssen Beurteilungen von solchen Personen vorliegen, die an Hochschulen und anderen Forschungseinrichtungen als Wissenschaftler in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätig sind. Um „allgemein“ anerkannt zu sein, muss die Therapieform zwar nicht ausnahmslos, aber doch überwiegend in den fachlichen Beurteilungen als geeignet und wirksam eingeschätzt werden (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94; VGH Mannheim, Urteil vom 14. Juli 2010, 11 S 2730/09, VGH München, Urteil vom 13. Dezember 2010, 14 BV 08.1982).
- 4.4.3 Im Regelfall sind von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannte neue Behandlungsmethoden immer beihilfefähig. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestätigt, ist im staatlichen Bereich dem Staatsministerium der Finanzen zu berichten.
- 4.4.4 Der für die nach Anlage 1 zu § 4 Abs. 4 Satz 2 teilweise beihilfefähigen ESWT genannte beihilfefähige Höchstbetrag resultiert aus einem Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 99, Heft 7 vom 15. Februar 2002, S. A 458). Danach wurde die ältere Abrechnungsempfehlung (analog nach Nummer 1860, 6 000 Punkte je Sitzung) durch eine Abrechnungsempfehlung nach Nummer 1800 analog (1 480 Punkte je Sitzung), ersetzt. Da die ESWT nicht als operative Leistung im Sinne der Nummer 1 der Präambel zu C VIII des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ angesehen werden kann, ist die Berechnung von Zuschlägen neben dem analogen Ansatz der Nummer 1800 nicht beihilfefähig (Pieritz, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 105, Heft 16 vom 18. April 2008, S. A 854).
- 4.5 Zu Absatz 5**
- 4.5.1 Die GOÄ und GOZ stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
- 4.5.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt oder einem Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (zum Beispiel einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten zum Beispiel die landesrechtlichen Gesetze über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz [**SächsBRKG**]. Abrechnungen nach dem DKG-NT (Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif) sind ebenso anzuerkennen.
- 4.5.3 Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ aufgeführt sind – § 1 Abs. 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren des § 16 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3. Sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ beihilfefähig.
- 4.5.4 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2, Abs. 4 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach Absatz 5 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 und 2

GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- a) besonders schwierig war,
- b) einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- c) wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des jeweiligen Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vergleiche zum Beispiel Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ und Nummer 6050 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ).

- 4.5.5 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist.
- 4.5.6 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ oder der GOZ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen sind nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig. Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Beihilfeverordnung angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Nummer 4.5.4 und 4.5.5 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen im staatlichen Bereich vom Staatsministerium der Finanzen zugelassen werden.
- 4.6 Zu Absatz 6**
- 4.6.1 Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen, die auf der Basis eines Vertrages oder einer Vereinbarung berechnet werden, setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf die vertragliche Vereinbarung Bezug genommen wird.
- 4.6.2 Wird die Vereinbarung der Rechnung nicht beigelegt, kann die Festsetzungsstelle sie anfordern; wird ihr die Vereinbarung nicht vorgelegt, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfefestsetzung nicht zugrunde gelegt werden. Eine Beihilfe kann für diese Aufwendung nicht gewährt werden. Der Beihilfeberechtigte ist in dem Beihilfebescheid auf diesen Umstand gesondert hinzuweisen; ihm soll empfohlen werden, sich mit dem Rechnungsteller in Verbindung zu setzen.
- 4.7 Zu Absatz 7**
- 4.7.1 Aufwendungen für Leistungen, die nicht durch den Basistarif abgedeckt sind, aber nach der SächsBhVO beihilfefähig sind, werden als beihilfefähig unter Beachtung der Absätze 1 bis 6 und 8 anerkannt. Die Beschränkung der Beihilfe für ärztliche und zahnärztliche Leistungen auf die vereinbarten oder gesetzlich vorgeschriebenen Steigerungssätze ist sowohl mit dem Alimentationsprinzip, der Fürsorgepflicht des Dienstherrn als auch dem Gleichheitsgrundsatz vereinbar (BayVGH, Beschluss vom 30. März 2006, 14 BV 02.3276; VG Dresden, Urteil vom 22. April 2010, 11 K 2016/07).
- 4.7.2 Aufwendungen für Leistungen, die grundsätzlich durch den Basistarif abgedeckt werden, aber nicht im Basistarif in Anspruch genommen wurden, sind in Höhe des Basistarifs beihilfefähig.
- 4.7.3 Die auf Grundlage der abgeschlossenen Verträge nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V erstellten Rechnungen bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle.
- 4.7.4 Seit dem 1. Juli 2007 ist die medizinische Versorgung über die Kassen(zahn)-ärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Insoweit enthält § 75 Abs. 3a SGB V eigenständige Regelungen für die Bemessung der Gebühren für (zahn-)ärztliche Leistungen, die ab dem 1. Juli 2007 erbracht werden. Danach sind bis zu einer abweichenden Vereinbarung oder Festlegung die Gebühren wie folgt begrenzt:
 - a) Gebühren nach dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ Abschnitt M (Labor) und Nummer 437 (Labor bei stationärer Intensivbehandlung) 1,16-facher Satz, Abschnitte A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalischmedizinische Leistungen) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztherapie und Strahlentherapie) 1,38-facher Satz, übrige Leistungen 1,8-facher Satz
 - b) Gebühren nach dem Gebührenverzeichnis zur GOZ 2-facher Satz.
- 4.7.5 Für den Bereich der GOÄ wurden mit der ab 1. April 2010 in Kraft getretenen Vereinbarung für ab diesem Zeitpunkt erbrachte ärztliche Leistungen folgende Vergütungssätze nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V vereinbart:
 - a) Leistungen des Abschnittes M sowie die Leistung nach der Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 0,9-fachen des Gebührensatzes vergütet.
 - b) Leistungen der Abschnitte A, E und O des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 1,0-fachen des Gebührensatzes vergütet.
 - c) Die übrigen Leistungen werden mit dem 1,2-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- 4.7.6 Vereinbarungen des PKV-Verbandes mit Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) für Basis- und Standardtarifversicherte, die gemäß § 75 Abs. 3b Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 75 Abs. 3a SGB V im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften abgeschlossen wurden, sehen eine pauschale Abrechnung für die durch das SPZ erbrachten Leistungen vor. Die jeweils vereinbarten Pauschalen sind beihilfefähig.
- 4.8 Zu Absatz 8**

- 4.8.1 Für aktive Beamte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind (§ 4 Abs. 8), sind die bei einzelnen Paragraphen (zum Beispiel § 20 Abs. 4, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 2, § 35 Abs. 6, § 38 Abs. 4, § 44 Abs. 5) genannten Sonderregelungen zu beachten. Ein Kaufkraftausgleich wird nicht berücksichtigt.
- 5 Zu § 5 Ausschluss der Beihilfefähigkeit**
- 5.1 Zu Absatz 1**
- 5.1.1 Zu den von der Beihilfe ausgeschlossenen pädagogischen Maßnahmen zählen zum Beispiel Maßnahmen der Heilpädagogik, der Sprachheilpädagogik, der Motopädie, der Sozialpädagogik und der Montessoripädagogik. Aufwendungen zur Behandlung einer Legasthenie oder Dyskalkulie sind deshalb nur beihilfefähig, wenn die Behandlung unter ärztlicher oder gegebenenfalls psychotherapeutischer Leitung und Aufsicht durchgeführt wird (VGH München, Urteil vom 26. Oktober 1994, 3 B 94.138; OVG Hamburg, Urteil vom 31. Oktober 1996, Bf I 16/96).
- 5.1.2 Für den Ausschluss nach Nummer 6 ist nicht die fehlende Beihilfefähigkeit der ursprünglichen Leistung, die zum Beispiel auch in der fehlenden wirtschaftlichen Angemessenheit oder der Behandlungsmethode begründet sein kann, sondern deren fehlende medizinische Notwendigkeit entscheidend.
- 5.1.3 Sofern der Ersatzanspruch auf einem Ereignis beruht, welches nach § 111 SächsBG auf den Dienstherrn übergeht, sind die damit zusammenhängenden Aufwendungen beihilfefähig.
- 5.2 Zu Absatz 2**
- 5.2.1 Der Beihilfeanspruch ist dann nicht ausgeschlossen, wenn der Beihilfeberechtigte durch eine Person behandelt wird, die mit dem nahen Angehörigen eine Gemeinschaftspraxis betreibt.
- 5.2.2 Der Ausschluss besteht nur, wenn es sich um Heilmaßnahmen, also zum Beispiel ärztliche Leistungen oder Heilmittel, handelt. Nicht ausgeschlossen sind beispielsweise Pflegeleistungen von Angehörigen (vergleiche § 30 Abs. 3, § 51 Abs. 2).
- 5.2.3 Der Ausschluss besteht auch nicht in den Fällen des § 47 Abs. 1 (Erste Hilfe). Konnte die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden oder war es dem Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar, eine andere Praxis aufzusuchen und übersteigt der Umfang der Behandlung deutlich das Maß dessen, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird, ist die Beihilfefähigkeit ebenfalls nicht ausgeschlossen (vergleiche hierzu BVerwG, Urteil vom 29. September 2011, 2 C 80/10). 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.
- 5.3 Zu Absatz 3**
- 5.3.1 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. Reisekosten sind anlässlich Behandlungen außerhalb der Europäischen Union und 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 Einflussphäre des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen liegt, ist eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn grundsätzlich nicht geboten. In den seltenen Fällen, in denen eine medizinische Behandlung in Staaten der Europäischen Union nicht erfolgen kann, ist über die allgemeine Härtefallklausel des § 4 Abs. 3 Satz 2 die Möglichkeit eröffnet, Fahrtkosten zu erstatten. Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.
- 5.3.2 Fahrtkosten für genehmigte stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (§ 7 Abs. 2, § 38 Abs. 4) oder Kuraufenthalte am Toten Meer (§ 39 Abs. 5) sind nach den dortigen Spezialvorschriften beihilfefähig.
- 5.4 Zu Absatz 4**
- 5.4.1 Zahnersatz ist nach den Maßgaben der §§ 10 bis 14 beihilfefähig. Zur Versorgung mit Zahnersatz gehören insbesondere prothetische Leistungen, implantologische Leistungen gegebenenfalls mit Knochenaufbau, Interimszahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und Kronen. Bei Zahnersatz auf Implantaten kann beispielsweise zu den implantologischen Leistungen und den darauf aufbauenden Suprakonstruktionen (Krone, Brücke, Prothese) Beihilfe gewährt werden. Nicht beihilfefähig sind demgegenüber Aufwendungen für die in Satz 1 und 2 genannten Leistungen, wenn diese außerhalb der Versorgung mit Zahnersatz erbracht werden, oder für andere Leistungen, zum Beispiel kieferorthopädische Behandlungen gesetzlich Krankenversicherter, selbst wenn keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hierzu erfolgen (BayVG, Beschluss vom 26. Mai 2011, 14 BV 09.3028).
- 5.4.2 Die Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf Leistungen für Heilpraktiker hat zur Folge, dass Arzneimittel und Medizinprodukte, die vom Heilpraktiker verordnet werden, ebenso wie von ihm in Auftrag gegebene ärztliche Laborleistungen, für den betroffenen Personenkreis nicht beihilfefähig sind.
- 5.4.3 Pflegeleistungen nach Abschnitt 6 sind von dem Sachleistungsverweis ebenso wenig erfasst wie die Geburtspauschale nach § 44 Abs. 4 (vergleiche Nummer 44.4.4).
- 5.5 Zu Absatz 5**
- 5.5.1 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.
- 6 Zu § 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen**
- 6.1 Zu Absatz 1**
- 6.1.1 § 6 Abs. 1 ist Ausfluss des in § 102 Abs. 1 Satz 1 SächsBG geregelten Prinzips der Nachrangigkeit von Beihilfeleistungen gegenüber Leistungen, die aufgrund anderweitig zustehender Ansprüche aufgrund von Rechtsvorschriften – hierzu zählen neben Gesetzen und Rechtsverordnungen auch

Verwaltungsvorschriften beziehungsweise Förderrichtlinien – oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen von Dritten getragen oder erstattet werden. Solche anderweitigen Ansprüche schließen die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht gänzlich aus, sondern nur in Höhe dieser Ansprüche. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen der Beihilferegelungen beihilfefähig, sofern die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach besteht und nicht etwa, zum Beispiel nach § 5, ausgeschlossen ist. Insbesondere lässt § 102 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 **SächsBG** eine ergänzende Beihilfegewährung zu Leistungen aus anderen Sicherungssystemen zu, wobei diese nach § 102 Abs. 1 Satz 4 **SächsBG** lediglich hinsichtlich gesetzlich Krankenversicherter auf die dort genannten vier Leistungsarten „beschränkt“ sind.

- 6.1.2 Zu den vorrangigen Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 gehören zum Beispiel Sachleistungen (zum Beispiel ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, belegärztliche Leistungen, Heilmittel und so weiter, die auf Kranken- oder Behandlungsschein beziehungsweise Chipkarte gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Kranken- oder Pflegekasse, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Rentenversicherung. Ferner zählen hierzu Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund des Statuts des abgeordneten Personals der Europäischen Schulen (Titel V Kapitel III) sowie Ansprüche nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Zu den zustehenden Leistungen gehören außerdem Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), und zwar auf Leistungen der Kriegsoberfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.
- 6.1.3 Die Beihilfe geht den Leistungen nach dem Krankenfürsorgesystem der EU vor (Artikel 72 Abs. 1 Beamtenstatut EU). Die Beihilfe hat außerdem Vorrang vor den Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) – Sozialhilfe – (§ 2 Abs. 1 SGB XII), auch wenn nach dem SGB XII vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes (PflVG).
- 6.1.4 Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vergleiche § 1615a in Verbindung mit § 1610 Abs. 2 BGB). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 6 Abs. 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann zum Beispiel die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfe beansprucht.
- 6.2 Zu Absatz 2**
- 6.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss. Der Festzuschuss umfasst 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung. Unter den Voraussetzungen des § 55 Abs. 1 SGB V kann sich der Festzuschuss um maximal 30 Prozent erhöhen. Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss entspricht damit 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung und wird sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von einer tatsächlichen Zahlung der gesetzlichen Krankenversicherung stets angerechnet.
- 6.3 Zu Absatz 3**
- 6.3.1 Erstattungsleistungen können zum Beispiel aufgrund von Vorschriften, die auf § 10 Abs. 2, 4 oder 6 BVG Bezug nehmen (zum Beispiel § 4 des Häftlingshilfegesetzes [HHG], § 1 des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten [OEG], §§ 80 ff. des Soldatenversorgungsgesetzes [SVG]) bestehen.
- 6.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)**
- 7 Zu § 7 Aufwendungen im Ausland**
- 7.1 Zu Absatz 1**
- 7.1.1 Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen, die auf amtliche Gebührenordnungen zurückgehen, einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird grundsätzlich kein Kostenvergleich durchgeführt. Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenanteile, wie zum Beispiel bei Aufwendungen für Heilpraktiker, Hebammen und Heilmittel sind auch hier zu beachten. Bei privaten Krankenhäusern ist eine Berechnung entsprechend § 20 Abs. 2 durchzuführen.
- 7.1.2 Auf den Kostenvergleich kann nur bei Aufwendungen verzichtet werden, die auf dem Hoheitsgebiet der Mitgliedsstaaten der EU entstanden sind. Hierzu zählen auch die in Artikel 349, 355 Abs. 1 der Konsolidierten Fassung des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV – Amtsblatt der Europäischen Union vom 9. Mai 2008, C 115/47) genannten Gebiete in äußerster Randlage (zum Beispiel Guadeloupe, Französisch-Guayana, Madeira, Kanarische Inseln). Gleiches gilt für Staaten, mit denen besondere Abkommen geschlossen wurden, wie zum Beispiel mit der Schweiz. Mit dem Gesetz vom 2. September 2001 (BGBl. II S. 810) wurde das Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 in den Rang einfachen Bundesrechts überführt (hierzu BVerwG, Urteil vom 17. Oktober 2011, 2 C 14/10). Für lediglich mit der EU assoziierte Länder und Hoheitsgebiete im Sinne des Anhangs II zum AEUV (zum Beispiel Grönland, Französisch-Polynesien, Niederländische Antillen) und sonstige besondere Gebiete (zum Beispiel Färöer, britische Kanalinseln, Insel Man – Artikel 355 Abs. 5 AEUV) beurteilt sich die Beihilfefähigkeit nach Absatz 2.
- 7.1.3 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
- 7.2 Zu Absatz 2**
- 7.2.1 Falls der Beihilfeberechtigte im Inland keinen Wohnort hat, ist für den Kostenvergleich ebenso wie in den Fällen des Absatzes 1 der letzte frühere Dienstort heranzuziehen.

- 7.2.2 Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen außerhalb der Europäischen Union, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.
- 7.2.3 Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) können regelmäßig wie im Inland entstandene Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach §§ 37, 38 Abs. 3 für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Bei einer Krankenhausbehandlung entfällt die Vergleichsberechnung nach § 20 Abs. 2. Fahrtkosten sind ebenfalls nur bis zu der Höhe wie im Inland beihilfefähig, bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme also bis maximal 200 EUR für An- und Abreise.
- 7.2.4 Für gesondert abgerechnete Leistungen, zum Beispiel physiotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen, ist ein Kostenvergleich vorzunehmen.
- 7.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)**
- 8 Zu § 8 Ärztliche Leistungen**
- 8.1 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. Handelt es sich um eine Vorsorgeuntersuchung, richtet sich die Beihilfefähigkeit nach den Vorschriften des Abschnitts 4. Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. Dem Antragsteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.
- 8.2 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen sind insbesondere in folgenden Fällen beihilfefähig:
- a) bei Fernbleiben des Beamten vom Dienst wegen eigener Erkrankung (§ 16 Abs. 2 der Sächsischen Urlaubsverordnung [[SächsUrlVO](#)]),
 - b) bei Freistellung vom Dienst zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines berücksichtigungsfähigen erkrankten Kindes (§ 13 Abs. 2 Satz 1 und 4 [SächsUrlVO](#)),
 - c) bei Freistellung vom Dienst zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines berücksichtigungsfähigen schwer erkrankten Angehörigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d Doppelbuchst. aa [SächsUrlVO](#)).
- 8.3 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für berücksichtigungsfähige Ehegatten sind nicht beihilfefähig.
- 8.4 Die Festsetzung der Beihilfe für ärztliche Bescheinigungen erfolgt nach Anwendung des Bemessungssatzes (§ 1 Abs. 5).
- 8.5 Die Beihilfefähigkeit spezieller Therapieformen, die von Psychotherapeuten durchgeführt werden, richtet sich nach den §§ 16 bis 19. Andere Leistungen sind nur in dem Maße beihilfefähig, wie sie nach der GOP, die hierzu auf die Abschnitte B und G der GOÄ verweist, berechnungsfähig sind.
- 9 Zu § 9 Heilpraktikerleistungen**
- 9.1 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden.
- 9.2 Die beihilfefähigen Höchstbeträge und die Voraussetzungen für deren Beihilfefähigkeit richten sich nach Anlage 2 zu § 9. Beihilfefähig sind nur die dort aufgeführten Leistungen. Die Nummerierung der Leistungsarten entspricht der (bis zum 31. Dezember 2012 gültigen) Vereinbarung des Bundes mit den Heilpraktikerverbänden vom 23. September 2011.
- 9.3 Vom Heilpraktiker verordnete Heilmittel und Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig, da die Beihilfefähigkeit nur bei ärztlicher Verordnung gegeben ist. Laborleistungen sind als persönliche Leistungen des Heilpraktikers dem Grunde nach beihilfefähig. Der Heilpraktiker kann diese auch an ein unter ärztlicher Leitung stehendes Labor vergeben. Die im Auftrag des Heilpraktikers erbrachten und nach GOÄ selbstständig abgerechneten ärztlichen Laborleistungen sind ebenfalls dem Grunde nach beihilfefähig.
- 9.4 Aufwendungen für Zeugnisse im Sinne des § 8 Satz 2, die von Heilpraktikern ausgestellt sind, sind nicht beihilfefähig.
- 10 Zu § 10 Zahnärztliche Leistungen**
- 10.1 Bei implantologischen Leistungen nach § 11 Abs. 2 sowie funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen nach § 13 ist zur Prüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen die Angabe der Diagnose auf den Belegen erforderlich.
- 11 Zu § 11 Implantologische Leistungen**
- 11.1 Zu Absatz 1**
- 11.1.1 Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses zur GOZ auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (zum Beispiel Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ erfasst.
- 11.1.2 Ein provisorisches Implantat, das nicht für den dauerhaften Verbleib im Kieferknochen bestimmt ist, ist unabhängig von den genannten Voraussetzungen beihilfefähig (VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 3. Mai 2012, 2 S 156/12).
- 11.1.3 Werden mehr Implantate eingesetzt als beihilfefähig sind, sind für die überzähligen Implantate die fiktiven Kosten einer angemessenen preiswerteren Alternativbehandlung nicht beihilfefähig. Es können nur Aufwendungen für tatsächlich erbrachte ärztliche oder zahnärztliche Leistungen berücksichtigt werden (VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 15. März 2012, 2 S 2542/11).
- 11.1.4 Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen sind beihilfefähig, soweit die für Implantate genannten Voraussetzungen vorliegen.
- 11.1.5 Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind unabhängig von den für Implantate genannten Voraussetzungen beihilfefähig.
- 11.1.6 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern der Beihilfeberechtigte nicht in

geeigneter Weise, zum Beispiel durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgeber glaubhaft machen kann (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008, 2 C 12/07).

11.2 Zu Absatz 2

- 11.2.1 Das Vorliegen der Ausnahmeindikationen ist nach den Richtlinien des Bundesausschusses für Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien) zu bewerten. Liegt eine der genannten Indikationen vor, sind Implantate in der medizinisch notwendigen Anzahl beihilfefähig. Gleiches gilt für den Austausch von Sekundärteilen.
- 11.2.2 Für die Feststellung der Indikationen kann die Festsetzungsstelle ein geeignetes Formblatt zur Verfügung stellen. Bei nicht eindeutigen Sachverhalten ist ein unabhängiges Gutachten, das nicht vom behandelnden Zahnarzt erstellt wurde, einzuholen.

12 Zu § 12 Kieferorthopädische Leistungen

- 12.1 Ist eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht möglich (zum Beispiel Behandlungsbeginn im Rahmen eines anderen Krankenversicherungsverhältnisses, besondere Eilbedürftigkeit), kann diese nachträglich erfolgen.
- 12.2 Ist die kieferorthopädische Behandlung (Kieferumformung einschließlich Retention) nicht innerhalb von vier Jahren abgeschlossen und eine kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nummern 6030 bis 6090 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ) medizinisch notwendig, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplanes erforderlich. Dieser ist vor Ablauf der vierjährigen Behandlung vorzulegen. Kieferorthopädische Leistungen einschließlich Retention, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, gegebenenfalls nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen. Ist der Verlängerungszeitraum kürzer als 4 Jahre, kann pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der vollen Gebühr nach den Gebührensätzen der Langzeittherapie (Nummern 6030 bis 6090 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ) als beihilfefähig anerkannt werden (vergleiche BayVGH, Beschluss vom 24. März 1997, 3 B 95.1895).
- 12.3 Sind nach dem Regelbehandlungszeitraum von bis zu vier Jahren (vergleiche Nummer 12.2 Satz 1) ausschließlich noch Retentionsmaßnahmen nach Nummer 6210 oder Begleitleistungen nach den Nummern 6180 bis 6230 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.
- 12.4 Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6200 und 6240 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.
- 12.5 Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen ab Vollendung des 18. Lebensjahres nicht beihilfefähig, es sei denn, es liegt eine schwere Kieferanomalie vor, bei der neben der kieferorthopädischen Behandlung eine Kieferoperation zum Ausgleich der Fehlstellung erfolgt. Eine schwere Kieferanomalie liegt insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, schweren skelettalen Dysgnathien (Kieferfehlstellungen) und verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen vor. Sie sind nicht schon bei jeder fehlerhaften Stellung oder Lagebezeichnung der Zähne im Kiefer gegeben.
- 12.7 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

13 Zu § 13 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- 13.1 Der Seitenzahnbereich beginnt in jedem Quadranten mit Zahn 4.
- 13.2 Die Dokumentation der klinischen Funktionsanalyse nach Nummer 8000 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ muss der Festsetzungsstelle nicht zu Behandlungsbeginn vorliegen, sondern kann nachgereicht werden. Die Festsetzungsstelle kann für die Dokumentation Formblätter zur Verfügung stellen.

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

14.1 Zu Absatz 1

- 14.1.1 Aufwendungen für Material- und Labor- beziehungsweise Praxiskosten sind durch eine § 10 Abs. 2 Nr. 5 und 6 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen. Wenn sich anhand der Rechnung keine Aufteilung nach zahnärztlichen Leistungen, Auslagen und Material- und Laborkosten vornehmen lässt (zum Beispiel Rechnungen ausländischer Leistungserbringer), erfolgt eine pauschale Aufteilung.
- 14.1.2 Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit von Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 GOZ und von Auslagen nach § 9 GOZ bezieht sich nur auf Leistungen nach Satz 1. Sollten diese Aufwendungen (Praxiskosten, soweit sie im Rahmen des § 10 GOZ berechnungsfähig sind) bei anderen als in Satz 1 genannten Leistungen anfallen, sind diese zu 100 Prozent beihilfefähig.

14.2 Zu Absatz 2

- 14.2.1 Für eine geplante prothetische Versorgung und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Aufwendungen für einen Heil- und Kostenplan sind in diesen Fällen nach Nummer 0030 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ beihilfefähig, unabhängig davon, ob die Behandlung als beihilfefähig anerkannt wird. Beinhaltet die geplante Behandlung funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen oder wird eine kieferorthopädische Behandlung beantragt, sind Aufwendungen für einen Heil- und Kostenplan nach Nummer 0040 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ beihilfefähig. Satz 2 gilt entsprechend. Im Übrigen wird auf Nummer 62.7.2 Satz 2 hingewiesen.
- 14.2.2 Die Festsetzungsstelle teilt auf Vorlage eines Heil- und Kostenplanes dem Beihilfeberechtigten die etwaige beihilfefähige Höhe der Aufwendungen mit. Sind die Angaben im Heil- und Kostenplan für eine etwaige Angabe des beihilfefähigen Betrages nicht ausreichend, trifft die Festsetzungsstelle

eine grundsätzliche Aussage zur Beihilfefähigkeit der Behandlung.

15 Zu § 15 Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf

15.1 Zu Absatz 1 (bleibt frei)

15.2 Zu Absatz 2

15.2.1 Wurde eine Behandlung nach Absatz 2 bereits im Rahmen einer Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger begonnen und die Beihilfefähigkeit von einer Festsetzungsstelle anerkannt, kann Beihilfe bis zu deren Abschluss nach den §§ 10 bis 14 gewährt werden.

16 Zu § 16 Psychotherapeutische Leistungen

16.1 Zu Absatz 1

16.1.1 Keine Psychotherapien im Sinne der §§ 16 bis 19 sind zum Beispiel ambulante Maßnahmen

- a) der Familientherapie,
- b) der Funktionellen Entspannung nach M. Fuchs,
- c) der Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
- d) der Gestaltungstherapie,
- e) der Körperbezogenen Therapie,
- f) der Konzentrativen Bewegungstherapie,
- g) der Logotherapie,
- h) der Musiktherapie,
- i) des Psychodramas,
- j) des Respiratorischen Biofeedbacks,
- k) der Transaktionsanalyse.

Aufwendungen für diese Maßnahmen sind nicht beihilfefähig.

16.1.2 Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören auch Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen (vergleiche § 5 Abs. 1 Nr. 4).

16.1.3 Die Beihilfefähigkeit anderer von Psychotherapeuten erbrachter Leistungen aus Anlass einer Krankheit richtet sich nach § 8 Satz 1 (Nummer 8.5).

16.2 Zu Absatz 2

16.2.1 Eine seelische Krankheit wird verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehung und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind (vergleiche § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]).

16.3 Zu Absatz 3

16.3.1 Für probatorische Sitzungen gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringer. Als geeignete Gutachter und Obergutachter, die eine Begutachtung nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 durchführen, sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. bestellt sind, heranzuziehen. In besonderen Einzelfällen können auch von der Festsetzungsstelle benannte Gutachter herangezogen werden.

16.3.2 Die Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben des Psychotherapeuten oder Arztes; dabei sind die Formblätter 1 und 2 im Anhang 3 zu verwenden. Die Einreichung der Unterlagen an den Gutachter hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. Die Festsetzungsstelle vergibt an den Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Code, der den Anfangsbuchstaben des Nachnamens und das Geburtsdatum enthalten soll. Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden.

16.3.3 Hat die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des behandelnden Psychotherapeuten oder Arztes ergeben, kann auf die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens verzichtet werden.

16.3.4 Der Beihilfeberechtigte hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat der Beihilfeberechtigte oder der Patient den behandelnden Psychotherapeuten oder Arzt zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen. Die Aufwendungen für den Bericht sind Bestandteil der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ. Werden neben der Nummer 808 auch Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 80, 85 oder 95 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ beantragt, sind diese nicht als beihilfefähig anzuerkennen (vergleiche OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18. September 2012, 1 A 2836/10).

16.3.5 Der Psychotherapeut oder Arzt soll das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 2a (vergleiche Nummer 16.4.1) in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln und dabei auf das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder Patienten verweisen.

16.3.6 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 3 im Anhang 3 einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 4 im Anhang 3 und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Arztes oder Psychotherapeuten (ungeöffnet!),

- b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
 - c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
 - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 16.3.7 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach dem Formblatt 4 im Anhang 3 – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung an den Psychotherapeuten oder Arzt weiter. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 5 im Anhang 3.
- 16.3.8 Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte oder der Patient den behandelnden Psychotherapeuten oder Arzt zu ersuchen, den Erstbericht an den Gutachter auf dem Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle und des Gutachters eingegangen werden sollte. Der Psychotherapeut oder Arzt soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln und dabei auf das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder des Patienten verweisen.
- 16.3.9 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. Die Festsetzungsstelle leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Arztes oder Psychotherapeuten (ungeöffnet!),
 - b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
 - c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten. Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Psychotherapeut oder Arzt die in den §§ 17 bis 19 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 16.3.10 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- 16.3.11 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den vom Psychotherapeuten oder Arzt begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag) nach Formblatt 2 mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 16.3.6 bis 16.3.9 entsprechend.
- 16.3.12 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
- 16.3.13 Die Kosten des Gutachtens in Höhe von derzeit 41 EUR und des Obergutachtens in Höhe von derzeit 82 EUR jeweils zuzüglich Umsatzsteuer trägt die Festsetzungsstelle, soweit diese in Rechnung gestellt wird.
- 16.4 Zu Absatz 4**
- 16.4.1 Psychotherapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an den Gutachter mit dem Formblatt 2a im Anhang 3 den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vergleiche § 1 Abs. 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes [PsychThG]) einholen.
- 16.5 Zu Absatz 5 bleibt frei)**
- 16.6 Zu Absatz 6 (bleibt frei)**
- 16.7 Zu Absatz 7**
- 16.7.1 Dieses tiefenpsychologische Verfahren war anfänglich unter den Begriffen „katathymes Bilderleben“ oder „Symbol drama“ bekannt.
- 16.8 Zu Absatz 8 (bleibt frei)**
- 16.9 Zu Absatz 9 (bleibt frei)**
- 16.10 Zu Absatz 10**
- 16.10.1 Diese Behandlungsform ist keine klassische ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 16 bis 19 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens. Die Aufwendungen sind in Höhe der mit den Sozialversicherungsträgern vereinbarten Vergütungssätze beihilfefähig. Besteht keine Vereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, können auch Pauschalbeträge als angemessen anerkannt werden, die von der privaten Krankenversicherung übernommen werden. § 4 Abs. 6 Satz 5 ist anzuwenden.
- 16.11 Zu Absatz 11**
- 16.11.1 Ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie genehmigt, kann diese Genehmigung nach Einholung eines erneuten Gutachtens in eine internetgestützte Therapie umgewandelt werden.
- 16.11.2 Die sich an eine in Deutschland durchgeführte ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung anschließende Behandlung kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder in Form einer sogenannten E-Mail-Brücke erfolgen. Beim Einzelkontakt mittels Telefon sind Aufwendungen für fest vereinbarte Termine mit der üblichen Dauer psychotherapeutischer Sitzungen (50 Minuten) beihilfefähig. Beim Therapieverfahren mittels E-Mail-Brücke steht der Psychotherapeut oder Arzt

üblicherweise eine Woche lang für Mail-Kontakte zur Verfügung unter der Zusicherung, dass jede E-Mail innerhalb von 24 Stunden beantwortet wird. Die Abrechnung für diese netzgestützte psychotherapeutische Intervention erfolgt einmal wöchentlich nach der Ziffer für Einzelpsychotherapie (Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ). Anfallende Telefon- oder Internetkosten für das internetgestützte Therapieverfahren gehören nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

- 16.12** **Zu Absatz 12** (bleibt frei)
- 17** **Zu § 17 Psychosomatische Grundversorgung**
- 17.1** **Zu Absatz 1**
- 17.1.1 Die psychosomatische Grundversorgung umfasst seelische Krankenbehandlung durch verbale Interventionen und durch übende und suggestive Interventionen bei akuten seelischen Krisen, auch im Verlauf chronischer Krankheiten und Behinderungen. Sie kommt zur Anwendung, wenn der Arzt die ursächliche Beteiligung psychischer Faktoren an einem (komplexen) Krankheitsgeschehen festgestellt hat oder aufgrund seiner ärztlichen Erfahrung als wahrscheinlich annehmen muss.
- 17.2** **Zu Absatz 2**
- 17.2.1 Ein „Krankheitsfall“ umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode.
- 17.3** **Zu Absatz 3** (bleibt frei)
- 17.4** **Zu Absatz 4** (bleibt frei)
- 18** **Zu § 18 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**
- 18.1** **Zu Absatz 1**
- 18.1.1 Zum Begriff des „Krankheitsfalls“ wird auf Nummer 17.2.1 verwiesen.
- 18.1.2 Hat die gesetzliche oder private Krankenversicherung eine Leistungszusage für die Behandlung eines Jugendlichen erteilt, richtet sich der beihilfefähige Behandlungsumfang danach.
- 18.1.3 In der Regel können die Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei bis zu 20 Prozent der Gesamtzahl der Sitzungen einbezogen werden. Abweichungen bedürfen der Begründung. Die Höchstzahl der Sitzungen darf dadurch nicht überschritten werden.
- 18.2** **Zu Absatz 2** (bleibt frei)
- 18.3** **Zu Absatz 3**
- 18.3.1 Ob die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind, kann in der Regel nach den Angaben des Psychotherapeuten beurteilt werden.
- 18.3.2 Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ).
- 18.4** **Zu Absatz 4**
- 18.4.1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ).
- 18.5** **Zu Absatz 5** (bleibt frei)
- 18.6** **Zu Absatz 6** (bleibt frei)
- 18.7** **Zu Absatz 7** (bleibt frei)
- 19** **Zu § 19 Verhaltenstherapie**
- 19.1** **Zu Absatz 1**
- 19.1.1 Zum Begriff des „Krankheitsfalls“ wird auf Nummer 17.2.1 verwiesen.
- 19.1.2 Der analoge Ansatz der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ zur Einleitung und Verlängerung von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen oder von Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ zur Abgeltung und Erhebung der biographischen Anamnese ist als beihilfefähig anzuerkennen.
- 19.2** **Zu Absatz 2**
- 19.2.1 Eine Verhaltenstherapie, die nicht mehr als 10 Einzel- oder 20 Gruppensitzungen beansprucht, kann ohne Durchführung eines Begutachtungsverfahrens genehmigt werden. In diesen Einzelfällen sind die Qualifikation des Behandlers und die Indikation durch die Festsetzungsstelle zu prüfen.
- 19.3** **Zu Absatz 3** (bleibt frei)
- 19.4** **Zu Absatz 4**
- 19.4.1 Ob die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind, kann in der Regel nach den Angaben des Psychotherapeuten beurteilt werden.
- 19.5** **Zu Absatz 5**
- 19.5.1 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 3 oder 4 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Absätzen 3 oder 4 durch eine entsprechende Berechtigung einer

Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

20 Zu § 20 Krankenhausleistungen

20.1 Zu Absatz 1

- 20.1.1 Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind bezüglich des Beihilfeanspruchs grundsätzlich die Verhältnisse am ersten Tag des Aufenthaltes maßgebend. Treten während des stationären Aufenthaltes Veränderungen ein, ist eine tagesanteilige Abrechnung entsprechend Nummer 57.1.1 vorzunehmen.
- 20.1.2 Aufwendungen für zusätzlich zu einer Fallpauschale berechenbare Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge sowie sonstige festgelegte Entgelte nach § 8 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 8 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV), den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen bis zum 31. Dezember 2014 berechnen. Beihilfefähig sind auch die Zuschläge, die entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) oder dem Krankenhausentgeltgesetz in Rechnung gestellt werden können, wie zum Beispiel DRG-Systemzuschlag, Sicherstellungszuschlag, Qualitätssicherungszuschlag, Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, Zuschlag für Arzt im Praktikum und berechenbare Zusatzentgelte.
- 20.1.3 Ab 1. Januar 2012 ist aufgrund des § 17d Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 KHG auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein pauschalisierendes Entgeltsystem in Kraft getreten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat hierzu die Verordnung pauschalisierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 (PEPPV 2013) erlassen. Nach dieser Verordnung abgerechnete Entgelte sind beihilfefähig. Führen Krankenhäuser dieses Vergütungssystem in den Jahren 2013 und 2014 nicht ein, haben sie die Abrechnung gemäß § 18 BpflV durchzuführen und die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung anzuwenden.
- 20.1.4 Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung nach tagesgleichen Pflegesätzen, ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der Bundespflegesatzverordnung abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntG), auf der Basis von § 17b Abs. 1 Satz 4 und § 17d Abs. 2 Satz 4 KHG ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen, der auf einer Vereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft anderseits basiert, berechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Der Zuschlag für die Aufnahme einer Begleitperson kann auf der Basis des § 17d Abs. 2 Satz 4 BpflV vereinbart werden. Die Ausnahmen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind abschließend in Absatz 3 Satz 2 und 3 geregelt.
- 20.1.5 Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
- 20.1.6 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig.
- 20.1.7 Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 EUR täglich beihilfefähig.
- 20.1.8 Aufwendungen für in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag (§ 17 KHEntG oder § 22 BpflV) sind nicht beihilfefähig.
- 20.1.9 Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 17 Abs. 2 Satz 1 KHEntG und § 16 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.
- 20.1.10 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntG oder § 23 BpflV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 17 KHEntG oder § 16 Satz 1 BpflV beihilfefähig.
- 20.1.11 Andere im Zusammenhang mit Wahlleistungen entstandene Aufwendungen können beispielsweise für das Einholen ärztlicher Zweitmeinungen entstehen. Von den ärztlichen Leistungen sind auch zahnärztliche oder physiotherapeutische Leistungen mit erfasst.

20.2 Zu Absatz 2

- 20.2.1 Der beihilfefähige Höchstbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen (Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen) bei Behandlung in Krankenhäusern, die weder in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes noch in den der Bundespflegesatzverordnung fallen, und Indikationen behandeln, die über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, ist aus dem Produkt der oberen Grenze des gemäß § 10 Abs. 9 KHEntG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors und der Bewertungsrelation gemäß Teil a) des DRG-Fallpauschalenkatalogs (Bewertungsrelation bei Versorgung durch Hauptabteilungen) zu bilden. Der Bundesbasisfallwert und dessen Korridor werden jährlich neu vereinbart. Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen sind die

gesondert berechenbare Wahlleistung „Unterkunft im Zweibettzimmer“ pauschal bis zu einer Höhe von 1,5 Prozent der oberen Korridorgrenze des Bundesbasisfallwertes gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG abzüglich der Eigenbeteiligung von 14,50 EUR pro Aufenthaltstag und wahlärztliche Leistungen beihilfefähig (vergleiche § 59 Abs. 2).

- 20.2.2 Bei einer Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen ist die Beihilfefähigkeit der Summe aus täglichem Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz auf die genannten Höchstbeträge begrenzt. Ein Kostenvergleich mit Kliniken der Maximalversorgung ist nicht durchzuführen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 sind.
- 20.2.3 Beihilfefähig im Rahmen der Höchstsätze nach Absatz 2 Nr. 1 oder 2 sind auch Aufwendungen für die Umsatzsteuer, die von Krankenanstalten für die Leistungen eines angestellten Arztes, dem kein von der Krankenanstalt unabhängiges Liquidationsrecht zusteht, berechnet worden ist (vergleiche Abschnitt 2.2 Abs. 4 Umsatzsteuer-Anwendungserlass vom 1. Oktober 2010 [BSIbI I S. 846]).
- 20.2.4 Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Absatz 2 Satz 1 kann der Beihilfeberechtigte eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit einreichen. Sind möglicherweise hohe nicht gedeckte Kosten zu erwarten, ist der Beihilfeberechtigte darüber zu informieren.
- 20.2.5 Bei Notfallbehandlungen im nächstgelegenen Krankenhaus ist keine Vergleichsberechnung durchzuführen.

20.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)

20.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)

21 Zu § 21 Arzneimittel

21.1 Zu Absatz 1

- 21.1.1 Eine Prüfung, ob das Arzneimittel arzneimittelrechtlich zugelassen ist und ob es im Einzelfall erforderlich ist, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern beziehungsweise eine Erkrankung zu verhüten oder zu erkennen, findet durch die Festsetzungsstellen nicht statt. Ebenso wenig ist es für die Beihilfefähigkeit eines Arzneimittels von Belang, ob es verschreibungspflichtig ist oder nicht und ob es sich um ein Arzneimittel handelt, für das ein Festbetrag festgesetzt ist. Insoweit wird der Therapiehoheit des behandelnden Arztes Vorrang eingeräumt. Die arzneimittelrechtliche Zulassung oder Registrierung eines Präparates ist jedoch Indiz für dessen Arzneimittelcharakter.

21.2 Zu Absatz 2

- 21.2.1 Die Verordnung nach Absatz 2 muss vor dem Kauf des Arzneimittels erfolgen.
- 21.2.2 Das Arzneimittel muss aus Anlass einer Krankheit verordnet sein. Arzneimittel, die der Prophylaxe und Verhütung einer Erkrankung dienen (zum Beispiel Reiseapotheke, homöopathische Hausapotheke), sind nicht beihilfefähig. Für Säuglinge und Kleinkinder bis 3 Jahre sind auch verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies beihilfefähig.
- 21.2.3 Aufwendungen für Arzneimittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
- 21.2.4 Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um die in § 59 Abs. 1 genannten Eigenbeteiligungen zu kürzen, soweit keine Ausnahme nach § 59 Abs. 1 Satz 3 vorliegt.

21.3 Zu Absatz 3

- 21.3.1 Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig, da deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen im Sinne des § 102 Abs. 1 Satz 2 SächsBG nicht nachgewiesen ist.
- 21.3.2 Nicht beihilfefähig sind insbesondere folgende sogenannte Life-style-Arzneimittel:

Abmagerungsmittel (zentral wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amferamon	REGENON; TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etülamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ANTIADIPOSITUM X – 112 T
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S; RECATOL mono
Rimonabant	ACOMPLIA

Abmagerungsmittel (peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlist XENICALat	

Sexuelle Dysfunktion

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil	CAVERJECT; CAVERJECT Impuls; MUSE; VIRIDAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD; YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	IXENSE; UPRIMA
G 04 BE 08 Tadalafil	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	PRILIGY

Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 06 AX 12	WELLBUTRIN
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN; NICOPASS; NICOPATCH; NICORETTE; NICOTINELL; NIKOFRENON
N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX

Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	INTRINSA

Verbesserung des Haarwuchses

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 01 Minoxidil	REGAINE
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA; FINAHAIR; FINAPIL; alle generischen Finasterid-Fertigarzneimittel
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol	ELL CRANELL alpha
Alfatradiol	PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatriadiol	ELL CRANELL dexta
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cydtin; Keratin	PANTOVIGAR N; PANTOVIGAR

Verbesserung des Aussehens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
M 03 AX 01 Clostridium botulinum Toxin Typ A	VISTABEL; AZZALURE; BOCOUTURE VIAL

- 21.3.3 Vitaminpräparate können Arzneimittel oder Lebensmittel (in Form von Nahrungsergänzungsmitteln nach der Verordnung über Nahrungsergänzungsmittel [NemV]) sein. Sie sind – außerhalb des Anwendungsbereichs des § 25 – nur dann beihilfefähig, wenn sie als Arzneimittel zu qualifizieren sind. Ein wesentliches Abgrenzungskriterium ist die Dosierung. So können Vitaminpräparate als Arzneimittel einzustufen sein, wenn sie in starken Dosen zu therapeutischen Zwecken bei bestimmten Krankheiten verwendet werden, deren Ursache nicht der Vitaminmangel ist (EuGH, Urteil vom 29. April 2004, C-387/99; VGH Mannheim, Urteil vom 19. Januar 2010, 4 S 1816/07). Einen Anhaltspunkt für die Einordnung eines bestimmten Vitaminpräparates liefern dessen Zulassung oder Registrierung und die Erwähnung in der vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie herausgegebenen „Roten Liste“ oder in der von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände zur Verfügung gestellten ABDA-Datenbank.
- 21.3.4 Vitaminpräparate, die Arzneimittel darstellen, können im Einzelfall der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sein, wenn sie nach deren objektiver Zweckbestimmung üblicherweise auch von Gesunden benutzt werden. Zu den Mitteln, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, gehören zum Beispiel auch Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer und medizinische Körperpflegemittel.
- 21.3.5 Die Festsetzungsstellen können ohne gesonderte Prüfung in folgenden Fällen von der Beihilfefähigkeit von Vitaminpräparaten ausgehen:
- Vitamin D (freie oder fixe Kombination)
 - nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
 - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
 - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei

zwingender Notwendigkeit.

- b) Vitamin K als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann,
- c) Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse,
- d) Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).

22 Zu § 22 Medizinprodukte

22.1 Zu Absatz 1

22.1.1 Der beihilferechtliche Medizinproduktebegriff wird entsprechend dem Medizinproduktegesetz (MPG) definiert, wobei es nicht darauf ankommt, dass auch der Hersteller das Produkt zu den in § 3 Nr. 1 MPG genannten Zwecken bestimmt hat. Ausreichend ist insofern, dass das Produkt bei objektiver Betrachtung die in § 3 Nr. 1 bis 3 MPG genannten Kriterien erfüllt. Die für die im Arzneimittel- und Medizinprodukterecht geltenden Abgrenzungskriterien finden auch im Beihilferecht Anwendung. Danach unterscheiden sich Medizinprodukte von Arzneimitteln durch ihre Funktionsweise. Medizinprodukte wirken in erster Linie physikalisch, während die Hauptwirkung von Arzneimitteln auf pharmakologische, immunologische oder metabolische Art erfolgt.

22.2 Zu Absatz 2

- 22.2.1 Stoffliche Medizinprodukte werden im Wesentlichen wie Arzneimittel behandelt. Insofern gilt Nummer 21 für stoffliche Medizinprodukte entsprechend.
- 22.2.2 Von einer „Eignung“ kann regelmäßig nur dann ausgegangen werden, wenn es sich um ein sogenanntes „arzneimittelähnliches Medizinprodukt“ handelt. Das sind stoffliche Medizinprodukte, die seit der Einführung des Medizinproduktegesetzes aufgrund ihrer andersartigen bestimmungsgemäßen Hauptwirkung Medizinprodukte sind und folglich nach § 2 Abs. 3 Nr. 7 des Arzneimittelgesetzes (AMG) nicht (mehr) als Arzneimittel im arzneimittelrechtlichen Sinne gelten (VGH München, Beschluss vom 12. Januar 2011, 14 B 10.1975).
- 22.2.3 Nach § 59 Abs. 1 ist die Beihilfe für Verbandmittel als besondere Kategorie der Medizinprodukte und für stoffliche Medizinprodukte um eine Eigenbeteiligungen zu kürzen, soweit keine Ausnahme nach § 59 Abs. 1 Satz 3 vorliegt; für andere Hilfsmittel als Verbandmittel fällt keine Eigenbeteiligung an.

22.3 Zu Absatz 3

- 22.3.1 Während stoffliche Medizinprodukte – ebenso wie Arzneimittel – auch von einem Heilpraktiker verordnet werden können, ist die Verordnung von anderen Medizinprodukten, insbesondere von Hilfsmitteln, durch einen Heilpraktiker ausgeschlossen.

22.4 Zu Absatz 4

22.4.1 Ebenso wie im Bereich der Arzneimittel sind sogenannte „Life-Style-Produkte“ und Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, von der Erstattung ausgeschlossen. Gegenstände, die üblicherweise auch von Gesunden benutzt werden, sind auch bei hohen Kosten nicht beihilfefähig. Geräte, die für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt sowie hergestellt worden sind und die ausschließlich oder ganz überwiegend von diesem Personenkreis benutzt werden, sind demgegenüber nicht als Gegenstände anzusehen, die der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen (VGH Mannheim, Urteil vom 26. September 2011, 2 S 825/11).

23 Zu § 23 Hilfsmittel

23.1 Zu Absatz 1

- 23.1.1 Zu den Anschaffungskosten eines Blindenführhundes gehören auch Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb. Aufwendungen für Futter und Tierarzt sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.
- 23.1.2 Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein.

23.2 Zu Absatz 2

- 23.2.1 Folgende Hilfsmittel erfüllen generell die Voraussetzungen des Absatzes 2. Die Aufwendungen hierfür können von den Festsetzungsstellen grundsätzlich ohne nähere Einzelfallprüfung, gegebenenfalls unter Berücksichtigung genannter Eigenanteile und Höchstgrenzen erstattet werden (Positivliste); gegebenenfalls enthaltene Einschränkungen sind zu beachten:

A

- a) Abduktionslagerungskeil
- b) Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankung)
- c) Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
- d) Afterschließbandage
- e) Aircast-Schiene
- f) Alarmgerät für Epileptiker
- g) Anatomische Brillenfassung
- h) Anti-Dekubitus-Bett
- i) Anus-praeter-Versorgungsartikel
- j) Anzieh-/Ausziehhilfen
- k) Aquamat (Spezialkanüle für Kehlkopflose)
- l) Aqua-Therapie-Hose bei Unterwasserbehandlung Inkontinenter oder bei Teilnahme am Schulsport
- m) Armmanschette

- n) Armtragegurt/-tuch
- o) Arthrodesensitzkissen/-koffer/-stuhl
- p) Atemtherapiegerät
- q) Atomiseur zur Medikamenten-Aufsprühung
- r) Auffahrrampe für Rollstuhl
- s) Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 EUR beihilfefähig)
- t) Aufstehgestelle
- u) Auftriebshilfe bei Schwerstbehinderten
- v) Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
- w) Augenschließklappe

B

- a) Badestrumpf
- b) Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritis)
- c) Badewannenverkürzer
- d) Ball-(klistier)spritze
- e) Behinderten-Dreirad
- f) Behindertenstuhl mit besonderer Funktion für Behinderte
- g) Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
- h) Bettnässer-Weckgerät
- i) Beugebandage
- j) Billroth-Batist-Lätzchen
- k) Blasenfistelbandage
- l) Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
- m) Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
- n) Blindenschriftmaschine
- o) Blindenstock/-langstock/-taststock
- p) Blutgerinnungsmessgerät/Blutkoagulometer (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation, künstlichem Herzklappenersatz)
- q) Blutlanzette
- r) Blut(zucker)teststreifen
- s) Blutzuckermessgerät
- t) Bruchband

C

- a) Chochlea-Implantat
- b) Clavicula-Bandage
- c) Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
- d) Computerspezialausstattung für Behinderte (zum Beispiel Clear Reader); Spezialhard- und -software bis zu insgesamt 3 500 EUR, gegebenenfalls zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 EUR

D

- a) Dekubitus-Schuttmittel (zum Beispiel Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
- b) Delta-Gehrad
- c) Duschsitz/-stuhl

E

- a) Einkaufs-Fuchs für Blinde (Barcodelesegerät mit digitaler Sprachausgabe als Einkaufshilfe)
- b) Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse (für bis zu 6 Paar Schuhe pro Jahr)
- c) Einmal-Schutzhose zur Kontinenzsicherung bei Querschnittsgelähmten
- d) Elektrisch oder Batteriebetriebenes Rollstuhlzuggerät bei handbetriebenem Rollstuhl
- e) Ekzem-Manschette
- f) Elektro-Stimulationsgerät (nicht zur Behandlung von Erektionsstörungen)
- g) Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
- h) Epitrain-Bandage
- i) Ernährungssonde und -pumpe

F

- a) Farberkennungsgerät für Blinde
- b) Fepo-Gerät (Funktionelle elektrische Peroneus-Orthese)
- c) Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
- d) Fingerling
- e) Fingerschiene
- f) Fixationshilfen
- g) (Mini) Fonator

- h) Fußteilentlastungsschuh, orthopädischer

G

- a) Gehgipsgalosse
- b) Gehhilfen und -übungsgeräte
- c) Gehörschutz
- d) Genutrain-Aktiv-Kniebandage
- e) Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (nur in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
- f) Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
- g) Gilchrist-Bandage
- h) Gipsbett, Liegeschale
- i) Glasstäbchen
- j) Gummihose bei Blasen- und/oder Darminkontinenz
- k) Gummistrümpfe
- l) Gymnastik- und Übungsgeräte für Spastiker (einschließlich Krabblerr)

H

- a) Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- b) Handgelenkriemen
- c) Harnteststreifen
- d) Hebekissen zur Umbettung, Anhebung und Hochlagerung dauernd Bettlägeriger
- e) Heimdialysegerät
- f) Heimbeatmungsgerät
- g) Helfende Hand, Scherenzange
- h) Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
- i) Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät und Zubehör
- j) Hi-ToP Hochtontherapiegerät bei Diabetes
- k) Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte, Taschengeräte, Hörbrillen, CROS-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; In-dem-Ohr-Geräte), ab dem 18. Lebensjahr begrenzt auf 1 500 EUR je Ohr gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung
- l) Hüftbandage (zum Beispiel Hohmann-Bandage)
- m) Hysterophore bei inoperablem Gebärmuttervorfal

I

- a) Impulsvibrator (Abklopfggerät, zum Beispiel bei Mucoviscidose, Pankreasfibrose)
- b) Infusionsbesteck und -gerät und Zubehör
- c) Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
- d) Innenschuh, orthopädischer
- e) Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

K

- a) Kanülen und Zubehör
- b) Katapultsitz
- c) Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
- d) Kieferspreizgerät
- e) Klossett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
- f) Klumpfuß/-handschiene
- g) Klyso
- h) Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
- i) Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
- j) Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
- k) Knöchel- und Gelenkstützen
- l) Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (Bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 EUR zu berücksichtigen und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen von 40 EUR)
- m) Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
- n) Koordinator nach Schielbehandlung
- o) Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- p) Kopfschützer
- q) Korrektursicherungsschuh, orthopädischer (zum Beispiel Anti-Varus-Schuh)
- r) Krampfaderbinde
- s) Krankenpflegebett
- t) Krankenstock
- u) Kreuzstützbandage

v) Krücke

L

- a) Latextrichter bei Querschnittslähmung (zur Hilfe beim Urinieren)
- b) Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- c) Lesehilfen (Leseeständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- d) Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- e) Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
- f) Lispelsonde
- g) Lumbalbandage

M

- a) Malleotrain-Bandage
- b) Mangoldsche Schnürbandage
- c) Manutrain-Bandage
- d) Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 EUR übersteigen, bei folgender Ausführung:
 - aa) Straßenschuhe – Erstausrüstung 2 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach 2 Jahren,
 - bb) Hausschuhe – Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach 2 Jahren,
 - cc) Sportschuhe – Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach 2 Jahren,
 - dd) Badeschuhe – Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach 4 Jahren.
- e) Milchpumpe
- f) Mundsperrer (bei krankheitsbedingter Verkrampfung der Kiefermuskulatur)
- g) Mundstab/-greifstab

N

Narbenschützer

O

- a) Okklusionsfolien, Okklusionspflaster
- b) Orthese (auch Wirbelsäulenorthese (Korsett), Redressions-Korrektur-Schühchen), Orthoprothese, Korrekturschiene, Haltemanschetten
- c) Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64 EUR übersteigen
- d) Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
- e) Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal sechs Paar Schuhen pro Jahr

P

- a) Pavlikbandage
- b) Peak-Flow-Meter
- c) Penisklemme
- d) Peroneusschiene, Heidelberger Winkel
- e) Perücke oder sonstige Kopfhhaarersatzstücke (zum Beispiel Toupets, Haarteile, Haarkreationen) bei totalem, sehr weitgehenden oder krankhaft entstellendem partiellen Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata) oder bei erheblicher Verunstaltung des Kopfes (zum Beispiel infolge Schädelverletzung oder verunstaltender Narben) bis zu 520 EUR
- f) Pflaster
- g) Polarimeter
- h) Psoriasiskamm

Q

Quengelschiene

R

- a) Reflektometer
- b) Rektophor
- c) Rollator
- d) Rollbrett
- e) Rollstuhl mit Zubehör (einschließlich Kraftknoten)
- f) Rutschbrett

S

- a) Schede-Rad
- b) Schrägliegebrett
- c) Schreibtelefon, nur bei sprachbehinderten Schülern
- d) Schutzbrille für Blinde
- e) Schutzhelm für Behinderte
- f) Schwellstromapparat (zur Behandlung von Stuhlinkontinenz)
- g) Segufix-Bandagensystem
- h) Selbsttonometer (zur Messung des Augeninnendrucks)
- i) Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
- j) Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

- k) Skolioseumkrümmungsbandage
- l) Spezialschuh für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64 EUR übersteigen
- m) Sphinkter-Stimulator
- n) Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- o) Spreizfußbandage
- p) Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
- q) Spritzen
- r) Stabilisationsschuhe, orthopädische (nur bei Sprunggelenkbandschäden, Achillessehnnenschädigungen oder Lähmungszuständen)
- s) Stehübungsgerät
- t) Steriles Befestigungsmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Idealbinden, elastische Fixierbinden, Trikotschlauchbinden, Dreieckstücher)
- u) Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- v) Strickleiter
- w) Stubbies (für Knieamputierte)
- x) Stumpfschutzhülle, Stumpfstrumpf
- y) Suspensorium
- z) Symphysen-Gürtel

T

- a) (Talocrur)Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
- b) Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)
- c) Tinnitus-Masker, Tinnitus-Therapie-Gerät, auch in Kombination mit Hörgeräten
- d) Toilettenhilfe bei Schwerbehinderten
- e) Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät
- f) Tragegurtsitz

U

- a) Übungsschiene
- b) Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (zum Beispiel infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden
- c) Umsetzhilfen (auch mit Drehscheibe), Aufrichteschlaufe
- d) Urinale, Urinflaschen
- e) Urostomie-Beutel

V

- a) Verbandsschuhe (zum Beispiel Schaumstoff-Therapieschuh)
- b) Vibrationstrainer bei Gefühlstaubheit

W

- a) Wasserfeste Gehhilfe
- b) Wechseldruckgerät
- c) Wundauflagen (zum Beispiel Kompressen, Verbandtuch)

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

23.2.2 Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf daher keiner näheren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. Hat die Festsetzungsstelle jedoch Zweifel, ist sie nicht gehindert, zusätzliche Ermittlungen anzustellen, zum Beispiel durch nähere Begründung durch den behandelnden Arzt oder Einholung eines Gutachtens. Das gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erreicht werden kann. Bestätigt sich das, sind die Mehrkosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht „erforderlich“ im Sinne von Absatz 2.

23.2.3 Folgende Hilfsmittel sind bereits durch § 102 Abs. 1 Satz 3 **SächsBG** von der Kostenerstattung ausgenommen oder erfüllen regelmäßig nicht die Voraussetzungen des Absatzes 2 (Negativliste); gegebenenfalls enthaltene Ausnahmen sind zu beachten:

A

- a) Adju-Set/-Sano
- b) Alkoholtupfer
- c) Angorawäsche
- d) Anti-Allergene-Matratzen und Bettbezüge
- e) Applikationshilfen für Wärme und Kälte (zum Beispiel Fango-, Moorpackungen, Rotlicht, Heißluft)
- f) Arbeitsplatte zum Rollstuhl
- g) Augenheizkissen
- h) Autofahrerrückenstütze
- i) Autokindersitz
- j) Autokofferraumlifter
- k) Autolifter

B

- a) Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
- b) Bandagen (soweit nicht unter Nummer 23.2.1 aufgeführt)
- c) Basalthermometer
- d) Bauchgurt
- e) Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung
- f) Bett (soweit nicht unter Nummer 23.2.1 aufgeführt)
- g) Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
- h) Bett-Tisch
- i) Bidet
- j) Bildschirmarbeitsbrille
- k) Bill-Wanne
- l) Blinden-Uhr
- m) Blutdruckmessgerät
- n) Brillenetuis
- o) Brückentisch
- p) Brusthütchen mit Sauger

D

- a) Druckschutzpolster (Ausnahme: Dekubitusschutzmittel)
- b) Dusche

E

- a) Einkaufsnetz
- b) Einmal-Handschuhe mit Ausnahme bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter, bei Querschnittsgelähmten zur Darmentleerung
- c) Eisbeutel- und kompressen
- d) Elektrische Schreibmaschine
- e) Elektrische Zahnbürste
- f) Elektrofahrzeuge
- g) Elektro-Luftfilter
- h) Elektronisches Notizbuch
- i) Erektionshilfen
- j) Ergometer
- k) Ess- und Trinkhilfen
- l) Expander

F

- a) Fahrrad, auch für Behinderte
- b) Fieberthermometer
- c) (Funk-)Lichtwecker
- d) Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

G

- a) (Mini)Garage für Krankenfahrzeuge
- b) Gerät zur Behandlung muskulärer Inaktivitätsatrophien (zum Beispiel Elektronik-Muscle-Control – EMC 1000)
- c) Geräte zur elektrokosmetologischen Behandlung, zum Beispiel SUNTRONIC-System (AS 43)
- d) GPS-gestützte Navigationssysteme, auch für Blinde und Sehbehinderte
- e) Gummihandschuhe

H

- a) Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 23.2.1 aufgeführt)
- b) Handtrainer
- c) Hängeliege
- d) Hantel (Federhantel)
- e) Hausnotrufsystem
- f) Hautschutzmittel
- g) Heimtrainer
- h) Heizdecke/-kissen
- i) Hilfsgeräte für die Hausarbeit
- j) Höhensonne
- k) Hörkissen
- l) Hörkragen

I

- a) Intraschallgerät, zum Beispiel „NOVAFON“
- b) Inuma-(alpha, beta, gamma)-Geräte
- c) Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100; Ionopront); Ausnahme:

Iontophoresegerät (Iontomed)

K

- a) Katzenfell
- b) Klingelleuchte, soweit nicht von Nummer 23.2.1 erfasst
- c) Knickfußstrumpf
- d) Kolorimeter
- e) Kommunikationssystem
- f) Kondom
- g) Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Einbauten
- h) Krankenunterlagen (zum Beispiel Bettunterlagen, Gummiunterlagen), es sei denn, sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitis). Entsprechendes gilt, wenn neben der Blasen- oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne eines dieser Mittel der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht. Dies gilt auch, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht wird.
- i) Kreislaufgerät „Schiele“

L

- a) Lagerungskissen/-stütze, Ausnahme: Abduktionslagerungskeil
- b) Luftreinigungsgeräte, Luftbefeuchter

M

- a) Magnetfolie
- b) Monophonator
- c) Munddusche

N

- a) Nackenheizkissen
- b) Nagelspange Link
- c) Neurostimulator (zur Behandlung von Tinnitus)

O

- a) Ohrenklappen
- b) Öldispersionsapparat

P

Pulsfrequenzmesser

R

Rückentrainer

S

- a) Salbenpinsel
- b) Sandbox (für Wärmebehandlung)
- c) Schlaftherapiegerät
- d) Schreibhilfe, Schreibgriff, Bracelet (bei erheblich gestörter Greiffunktion)
- e) Schuhe, einschließlich Sandalen (soweit nicht unter Nummer 23.2.1 aufgeführt)
- f) Sessel und Stühle (soweit nicht unter Nummer 23.2.1 aufgeführt)
- g) Spezialsitz
- h) Spezialtastatur, ausgenommen Groß- und Miniatatur, wenn schriftliche Verständigung anders nicht möglich ist
- i) Spirometer
- j) Sprachlehrgerät (zum Beispiel Language Master)
- k) Spranzbruchband
- l) Sprossenwand
- m) Sterilisator
- n) Stimmübungssystem für Kehlkopflose
- o) Stockroller
- p) Stockständer

T

- a) Taktellgerät
- b) Tamponapplikator
- c) Tandem, auch für Behinderte
- d) Telefonverstärker
- e) Telefonhalter
- f) Treppenlift, Monolift, Plattformlift
- g) Treppensteiggerät für Rollstühle (Treppenraupe, Treppensteiger)
- h) Tünkers-Butler (Elektrollstuhl mit Sitzlift)

U

- a) Übungsmatte

- b) Ultraschalltherapiegeräte
- c) Umweltkontrollgerät
- d) Urin-Prüfgerät Uromat

V

Venenkissen ,-nachtstrumpf

W

- a) Waage
- b) Wandstandgerät (zum täglichen Training Querschnittsgelähmter)
- c) WC-Sitz

Z

- a) Zahnpflegemittel
- b) Zehen- und Ballenpolster, Zehenspreizer

- 23.2.4 Die Nummern 23.2.1 und 23.2.3 enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt der Medizintechnik angebotenen Produkte und schnellen Entwicklung neuer Modelle ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel oder sogar aller von den Herstellern auf den Markt gebrachten Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der dort genannten Oberbegriffe fällt.
- 23.2.5 Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, die weder in Nummer 23.2.1 noch in Nummer 23.2.3 aufgeführt sind und den dort aufgeführten Hilfsmitteln nicht vergleichbar sind und deren Anschaffungswert im Einzelfall einen Betrag von 600 EUR übersteigt, entscheidet im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.
- 23.2.6 In allen Fällen ist eine vorherige schriftliche Verordnung durch einen Arzt erforderlich; eine Verordnung durch einen Zahnarzt, Psychotherapeuten oder Heilpraktiker genügt nicht.
- 23.2.7 Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Datenbank geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ (HMFV) kann für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe des Absatzes 2 geben. Die Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im HMFV jedoch rechtlich nicht gebunden. Maßgebliche Rechtsquellen für die Beihilfefestsetzung sind nur § 102 SächsBG und die Sächsische Beihilfeverordnung sowie besondere Fürsorgeaspekte (§ 45 des Beamtenstatusgesetzes [BeamStG]). Bei der Ausfüllung des verbleibenden Beurteilungsspielraums ist das HMFV lediglich eine Arbeitshilfe, die nicht als Rechtsgrundlage für Entscheidungen dienen kann.
- 23.3 Zu Absatz 3**
- 23.3.1 Reparaturkosten sind, sofern in der Verordnung nichts anderes festgelegt ist, zusätzlich maximal bis zur Höhe des beihilfefähigen Höchstbetrages des Hilfsmittels, jedoch nicht über die Anschaffungskosten hinaus, beihilfefähig.
- 23.3.2 Die Festsetzungsstelle kann eine dienstliche Erklärung des Beihilfeberechtigten verlangen, dass das Hilfsmittel unbrauchbar geworden oder verloren gegangen ist.
- 23.3.3 Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, bei denen in der Verordnung Höchstgrenzen angegeben sind, wie zum Beispiel Perücken (§ 23 Abs. 6 Satz 3), Hörgeräte (§ 23 Abs. 7 Satz 3), Maßschuhe (§ 23 Abs. 9 Nr. 1 Buchst. c) und Sehhilfen (§ 24 Abs. 4 Satz 2, § 24 Abs. 8), sind unabhängig von dem Erfordernis einer erneuten ärztlichen Verordnung erst nach dem dort geregelten Zeitraum beihilfefähig.
- 23.4 Zu Absatz 4**
- 23.4.1 Ein Filterwechsel, zum Beispiel bei einem Beatmungsgerät, ist regelmäßig als Maßnahme für den Betrieb oder die Unterhaltung des Hilfsmittels und nicht als Reparatur zu qualifizieren.
- 23.4.2 Der Eigenanteil ist bei der Belastungsgrenze (§ 61) nicht zu berücksichtigen.
- 23.5 Zu Absatz 5 (bleibt frei)**
- 23.6 Zu Absatz 6**
- 23.6.1 Für Kinder unter 18 Jahren ist eine Ersatzbeschaffung auch innerhalb des 4-Jahreszeitraumes beihilfefähig.
- 23.7 Zu Absatz 7**
- 23.7.1 Der Höchstbetrag von 1 500 EUR kann bei Vorliegen einer besonderen Härte im Sinne des § 4 Abs. 3 Satz 2 überschritten werden. Das ist in solchen Fällen möglich, in denen dies erforderlich ist, um bei einer beidseitigen an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit oder damit vergleichbaren Gesundheitsbeeinträchtigung eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten. Besondere berufliche Anforderungen rechtfertigen keine Überschreitung des Höchstbetrages (OVG Hamm, Beschluss vom 3. Februar 2012, 1 A 1249/10).
- 23.7.2 Für Kinder unter 18 Jahren ist eine Ersatzbeschaffung auch innerhalb des 4-Jahreszeitraumes beihilfefähig.
- 23.8 Zu Absatz 8**
- 23.8.1 Die in Nummern 3 und 4 genannten Eigenanteile sind bei der Belastungsgrenze (§ 61) nicht zu berücksichtigen.
- 23.9 Zu Absatz 9**
- 23.9.1 Beihilfefähig sind grundsätzlich nur orthopädische Schuhe. An Konfektionsschuhen sind lediglich orthopädische Zurichtungen bis zu maximal 6 Paar Schuhen pro Jahr beihilfefähig. Derzeit kann als Spezialschuh für Diabetiker nur der sogenannte Lucro[®]-Schuh anerkannt werden, da zurzeit nur hierzu der therapeutische Nutzen durch eine Studie nachgewiesen ist.
- 23.9.2 Der Eigenanteil ist bei der Belastungsgrenze (§ 61) nicht zu berücksichtigen.
- 23.9.3 Dient das Schuhwerk einer nur vorübergehenden Versorgung, sind keine Eigenanteile zu berücksichtigen.

- 23.10** **Zu Absatz 10** (bleibt frei)
- 24** **Zu § 24 Sehhilfen**
- 24.1** **Zu Absatz 1**
- 24.1.1 Brillen bestehen aus Brillengläsern und Brillenfassungen.
- 24.2** **Zu Absatz 2**
- 24.2.1 Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Sehhilfen kommt es auf die Ursache der Sehbehinderung nicht an.
- 24.2.2 Eine Reparatur der Brillenfassung ist nur bei Schulsportbrillen beihilfefähig (§ 23 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 24 Abs. 4 Satz 4).
- 24.3** **Zu Absatz 3**
- 24.3.1 Die Verordnung eines Augenarztes ist im Regelfall nur für die erstmalige Anschaffung einer Sehhilfe erforderlich. Bei einem Wechsel von einer Brille auf Kontaktlinsen oder der Art der Brille (zum Beispiel Wechsel von Fern- auf Gleitsichtbrille) bedarf es daher keiner erneuten ärztlichen Verordnung. Wird jedoch erstmalig eine vergrößernde Sehhilfe beschafft, ist hierfür eine ärztliche Verordnung auch dann erforderlich, wenn ein Augenarzt zuvor eine Brille oder Kontaktlinsen schriftlich verordnet hat.
- 24.4** **Zu Absatz 4**
- 24.4.1 Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen sind ab Vollendung des 18. Lebensjahres unabhängig von der Sehkraft und unabhängig von Indikationen einheitlich bis zu einem Höchstbetrag von 80 EUR alle 2 Jahre je Auge beihilfefähig. Die Zweijahresfrist beginnt am Tag des ersten Kaufs einer Sehhilfe ab Inkrafttreten der Verordnung am 1. Januar 2013 zu laufen. Nach dem Ende der Zweijahresfrist beginnt der nächste Zweijahreszyklus, unabhängig davon, ob ein neuer Sehhilfenkauf getätigt wird. Werden innerhalb von 2 Jahren mehrmals Gläser einschließlich Handwerksleistung beschafft (zum Beispiel für Zweit- oder Ersatzbrille, zusätzliche Beschaffung von Kontaktlinsen) oder fallen Reparaturkosten an, kann so lange Beihilfe gewährt werden, bis der beihilfefähige Höchstbetrag von 80 EUR pro Glas ausgeschöpft ist. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Gläser ist im Rahmen des Höchstbetrages nicht auf bestimmte Materialien, Tönungen oder Entspiegelungen beschränkt. Eine Übertragung nicht genutzter (Teil-) Beträge in den nächsten Zweijahreszyklus ist nicht möglich.
- 24.4.2 Aufwendungen für Brillenversicherungen und Brillenetuis sind nicht beihilfefähig (Nummer 23.2.3).
- 24.4.3 Aufwendungen für spezielle Bildschirmarbeitsplatzbrillen sind von der Beihilfefähigkeit aus Gründen der Subsidiarität der Beihilfe (§ 102 Abs. 1 Satz 1 SächsBG) ausgeschlossen, da die Kosten hierfür bei Vorliegen der Voraussetzungen vom Dienstherrn übernommen werden (§ 6 der Bildschirmarbeitsverordnung [BildscharbV] in Verbindung mit Anhang Teil 4 Abs. 2 Nr. 1 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge [ArbMedVV]).
- 24.4.4 Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel für Sehhilfen sind nach § 23 Abs. 4 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.
- 24.5** **Zu Absatz 5**
- 24.5.1 Bei Vorliegen der Indikationen, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen auch für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ohne zeitliche Begrenzung und ohne Begrenzung auf eine Höchstgrenze beihilfefähig. Die Indikationen müssen von einem Augenarzt festgestellt sein.
- 24.6** **Zu Absatz 6**
- 24.6.1 Ist bei eingesetzten Kontaktlinsen zusätzlich eine Brille erforderlich, sind auch die Aufwendungen für Brillengläser bis zu 80 EUR je Auge beihilfefähig; das Erfordernis muss augenärztlich festgestellt sein. Die Zweijahresfrist des Absatzes 4 Satz 2 gilt für diese Fälle nicht. Hat ein Augenarzt zusätzlich Aphakie festgestellt, können auch die Aufwendungen für Brillengläser einer weiteren (zweiten) Brille – ebenfalls bis zu 80 EUR je Auge – anerkannt werden. Ob die Beihilfe für die Kontaktlinsen ebenfalls auf 80 EUR je Auge begrenzt ist, hängt davon ab, ob eine Indikation nach Absatz 5 vorliegt oder nicht.
- 24.7** **Zu Absatz 7**
- 24.7.1 Bei vergrößernden Sehhilfen 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 Fernrohrbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne, separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung des Lesegutes) und Fresnellinsen aller Art.
- 24.7.2 Elektronisch vergrößernde Sehhilfen nach Nummer 3 sind sowohl als mobile als auch nicht mobile Systeme beihilfefähig.
- 24.8** **Zu Absatz 8**
- 24.8.1 Aufwendungen für die Reparatur der Brillenfassung sind zusätzlich ohne Anrechnung auf den Höchstbetrag von 55 EUR beihilfefähig.
- 24.8.2 Für 18- und 19-jährige Schüler gilt für die Gläser der Sportbrille die Begrenzung aus Absatz 4 Satz 2 nicht.
- 25** **Zu § 25 Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel**
- 25.1** **Zu Absatz 1**
- 25.1.1 Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sogenannte diätetische Krankenkost und diätetische Lebensmittel, einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.
- 25.2** **Zu Absatz 2**
- 25.2.1 Die Vorschrift regelt die Fälle, in denen Produkte zur künstlichen Ernährung in der ambulanten Versorgung ausnahmsweise beihilfefähig sind. Aufwendungen für eine notwendige künstliche Ernährung im Rahmen der stationären Versorgung sind im Rahmen des § 20 beihilfefähig.
- 25.2.2 Enterale Ernährung ist eine Form der künstlichen Ernährung, bei der die Nährstoffe entweder als

Trink- oder Sondennahrung über den Magen-Darm-Trakt durch den Mund oder mit Hilfe einer Sonde zugeführt wird.

- 25.2.3 Aminosäuremischungen sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung). Sie bestehen überwiegend aus qualitativ und quantitativ definierten Gemischen von Aminosäuren und sind nicht für die Verwendung als einzige Nahrungsquelle geeignet. Entsprechend der Zweckbestimmung können gesetzlich vorgeschriebene Mineralstoffe, Vitamine, Spurenelemente sowie zugelassene Zusatz- und Aromastoffe und Kohlenhydrate als Füll- oder Geschmacksstoffe enthalten sein. Soweit dies medizinisch notwendig ist, können Aminosäuremischungen auch Fette und Kohlenhydrate enthalten.
- 25.2.4 Eiweißhydrolysate sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung), bestehend aus abgebauten Proteinen (niedermolekularen Proteinkomponenten in Form von freien Aminosäuren, Oligopeptiden [2-10 Aminosäuren] und Peptiden). Sie sind nicht für die Verwendung als einzige Nahrungsquelle geeignet. Enthalten sein können entsprechend ihrer Zweckbestimmung gesetzlich vorgeschriebene Mineralstoffe, Vitamine, Spurenelemente sowie zugelassene Zusatz- und Aromastoffe und Kohlenhydrate als Füll- oder Geschmacksstoffe.
- 25.2.5 Elementardiäten sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung), die – unabhängig von der Molekulargröße – oral zuzuführende Gemische aus Proteinen (auch hochhydrolysierte Proteine), Aminosäuren, Kohlenhydraten, Fetten, Mineralstoffen, Spurenelementen und Vitaminen enthalten, und die als einzige Nahrungsquelle geeignet sind (sogenannte Trinknahrung).
- 25.2.6 Sondennahrungen sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten im Sinne der Diätverordnung), die bei einer individuell gewählten Zusammensetzung und Dosierung als einzige Nahrungsquelle zur Ernährung über die Sonde bestimmt sind.
- 25.2.7 Da nach § 59 Abs. 1 nur Arzneimittel, stoffliche Medizinprodukte und Verbandmittel eigenbeteiligungspflichtig sind, fallen beihilfefähige Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel nicht unter die eigenbeteiligungspflichtigen Mittel; ein Abzug nach § 59 Abs. 1 erfolgt nicht.
- 25.3 Zu Absatz 3**
- 25.3.1 Nummer 25.2.7 gilt entsprechend.
- 26 Zu § 26 Heilmittel**
- 26.1 Zu Absatz 1**
- 26.1.1 Die Fachgebietsabgrenzung erfolgt auf der Grundlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie).
- 26.2 Zu Absatz 2**
- 26.2.1 Die von Vertretern von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandten Heilmittel sind unter den Voraussetzungen und bis zu den Höchstbeträgen der Anlage 3 zu § 26 Abs. 2 und 5 beihilfefähig. Die dortige Liste ist abschließend. Aufwendungen über die genannten Höchstbeträge hinaus sind nicht beihilfefähig; die Höchstbeträge für Beamte im Ausland bemessen sich nach den ortsüblichen Gebühren (§ 4 Abs. 8).
- 26.2.2 Werden vergleichbare Leistungen von einem Arzt erbracht, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den Nummern 500 ff. des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ.
- 26.2.3 Die schriftliche Verordnung eines Heilmittels kann auch von einem Zahnarzt für seinen Fachbereich erfolgen.
- 26.2.4 Das Heilmittel muss von einem Angehörigen der folgenden Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht, erbracht werden:
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut (vergleiche §§ 8 und 9 des Ergotherapeutengesetzes [ErgThG])
 - Ergotherapeut (vergleiche § 1 ErgThG)
 - Physiotherapeut (vergleiche § 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes [MPhG])
 - Krankengymnast (vergleiche § 16 MPhG)
 - Logopäde (vergleiche § 1 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden [LogopG])
 - Masseur (vergleiche § 16 Abs. 2 MPhG)
 - Masseur und Medizinischer Bademeister (vergleiche § 1 MPhG)
 - Podologe (vergleiche § 1 des Podologengesetzes [PodG])
 - Medizinischer Fußpfleger (vergleiche §§ 1 und 10 PodG)
 - Staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Schule Schlafhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157)
 - Staatlich anerkannte Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499)
 - Klinischer Linguist
- 26.2.5 Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen.
- 26.2.6 Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, (Sprach-)Heilpädagoginnen, Kunsttherapeuten, Malthérapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonder- oder Förderschullehrern, Sportlehrern, Sprechwissenschaftlern, Patholinguisten, Motopäden, Orthoptisten und Diätassistenten erbracht werden.
- 26.2.7 Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur, gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 3 zu § 26 Abs. 2 und 5.
- 26.3 Zu Absatz 3**

- 26.3.1 Die Angemessenheit der Aufwendungen für ein MAT/MTT richtet sich bei einer von einem Arzt erbrachten Leistung nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der MTT (Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 1999, Heft 3 vom 18. Januar 2002, S. A 144). Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Einzelsätze des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ beihilfefähig:
- Eingangsuntersuchung zur MTT einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
 - MTT mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (zum Beispiel MedX-CE-/ und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
- 26.3.2 Werden diese Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 14 der Anlage 3 zu § 26 Abs. 2 und 5.
- 26.3.3 Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen der ärztlich geleiteten Gerätegestützten Krankengymnastik, MAT oder MTT entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.
- 26.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)**
- 26.5 Zu Absatz 5**
- 26.5.1 Einrichtungen im Sinne des Absatzes 5 sind zum Beispiel Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Heimförderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangswohnheime für Suchtkranke. Art und Umfang der durchgeführten Heilmittel sind nachzuweisen. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
- 26.5.2 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung richtet sich nach den allgemeinen Regelungen (§ 33).
- 26.5.3 Bei Einzelabrechnung sind die Aufwendungen für die Heilmittel, ebenso wie im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 und nach Maßgabe der Anlage 3 zu § 26 Abs. 2 und 5 beihilfefähig.
- 27 Zu § 27 Komplextherapie und integrierte Versorgung**
- 27.1 Zu Absatz 1**
- 27.1.1 Die Komplextherapie ist eine fachgebietsübergreifende (über die medizinischen Fachgebiete hinaus) und gegebenenfalls sektorenübergreifende (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) Versorgungsform, wobei die Beteiligung eines Arztes oder Psychotherapeuten (§ 1 Abs. 1 Satz 4 PsychThG) sichergestellt sein muss. Die Leistungen der Ärzte, Psychotherapeuten und der Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen müssen ihrer Ausbildung und ihrem Berufsbild entsprechen. Heilmittel im Sinne des § 26 Abs. 1 sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Leistungserbringer die in § 26 Abs. 2 genannten persönlichen Voraussetzungen erfüllt.
- 27.1.2 Zu den beihilfefähigen Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, integrierte Schmerztherapien, ambulante Tinnitus-therapien, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen sowie medizinische Leistungen (Eingangs-, Quartalsuntersuchungen und Teamgespräche) im Rahmen einer Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.
- 27.1.3 Sofern Komplextherapien im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen (zum Beispiel Anschlussheilbehandlung, Entwöhnungstherapien) erbracht werden, richtet sich die Beihilfefähigkeit nach den §§ 37 und 38.
- 27.1.4 Nicht zu den Komplextherapien zählen unter anderem die Soziotherapie und die psychiatrische Krankenpflege, deren Beihilfefähigkeit sich nach § 29 beziehungsweise § 30 richtet. Auch sozialpädagogische Leistungen fallen nicht unter die Vorschrift, da diese Leistungen von dem Leistungsprogramm der Beihilfe nicht erfasst sind.
- 27.2 Zu Absatz 2**
- 27.2.1 Stationäre Komplextherapie bedeutet die Einheit zwischen klinisch stationärer Behandlung und Rehabilitationsmaßnahme.
- 27.2.2 Erstattungsfähig ist die Vergütung, die von den Sozialversicherungsträgern (vor allem gesetzliche Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) aufgrund entsprechender Vereinbarungen zu tragen ist beziehungsweise subsidiär dazu auf Vergütungsvereinbarungen des privaten Krankenversicherungssektors beruhen, zum jeweiligen Bemessungssatz.
- 27.2.3 Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist die Bezeichnung des Vertrags in der Rechnung (vergleiche § 4 Abs. 6 Satz 5).
- 27.3 Zu Absatz 3**
- 27.3.1 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.

- 27.3.2 Im Gegensatz zur neuropsychologisch orientierten Behandlung im Rahmen einer Ergotherapie (Nummer 50 der Anlage 3 zu § 26 Abs. 2 und 5), ist die neuropsychologische Therapie auch als Gruppenbehandlung möglich und wird von Ärzten oder Psychotherapeuten mit spezieller Qualifikation erbracht.
- 27.3.3 Die Weiterbildung kann zum Beispiel durch die Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. erfolgen.
- 27.4 Zu Absatz 4**
- 27.4.1 Anders als bei den in Absatz 1 bis 3 genannten Komplextherapien sind von integrierten Versorgungsmodellen auch Pauschalabrechnungen ambulanter Leistungen in Kombination mit Krankenhausleistungen (§ 20) oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen (§ 37) umfasst.
- 28 Zu § 28 Mobilitätstraining für Blinde**
- 28.1 Zu Absatz 1**
- 28.1.1 Das Mobilitätstraining für Blinde erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung stationär durchgeführt werden. Erfolgt das Training ausnahmsweise in Gruppen, errechnet sich der beihilfefähige Betrag in Abhängigkeit von der Teilnehmerzahl. Beispiel: Von der Trainingskraft wird für ein Gruppentraining mit 3 Personen ein Betrag je Unterrichtsstunde in Höhe von 70 EUR in Rechnung gestellt. Der beihilfefähige Höchstbetrag von 63,50 EUR ist durch 3 Teilnehmer zu teilen, so dass ein Betrag von 21,17 EUR (§ 57 Abs. 12) als beihilfefähig anzuerkennen ist.
- 28.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)**
- 29 Zu § 29 Soziotherapie**
- 29.0.1 Die Regelung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie orientiert sich an § 37a SGB V. Nach § 37a Abs. 2 SGB V bestimmen sich Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien).
- 29.0.2 Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.
- 29.0.3 Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patienten statt und umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen. Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der den Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.
- 29.1 Zu Absatz 1**
- 29.1.1 Soziotherapie ist grundsätzlich beihilfefähig, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Davon ist regelmäßig bei einer fachärztlichen Verordnung auszugehen.
- 29.1.2 Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die den Patienten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:
- Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans,
 - Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen,
 - Arbeit im sozialen Umfeld,
 - Soziotherapeutische Dokumentation.
- Darüber hinaus können die Aufwendungen für folgende Maßnahmen als beihilfefähig anerkannt werden:
- Motivations-(antriebs-)relevantes Training,
 - Training zur handlungsrelevanten Willensbildung,
 - Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung,
 - Hilfe in Krisensituationen.
- 29.1.3 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Soziotherapie ist die Motivierung des Patienten, diese Therapie wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen den soziotherapeutischen Leistungserbringern maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie kommt.
- 29.1.4 Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einem Arzt wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch einen genannten Facharzt, sind die maximal drei von einem soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch beihilfefähig.
- 29.1.5 Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens 3 Jahren als beihilfefähig anerkannt werden. Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit von bis zu 3 Jahren zu verstehen.
- 29.1.6 Als beihilfefähig anerkannt werden können je Verordnung bis maximal 30 Therapieeinheiten, höchstens jedoch so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.

- 29.1.7 Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
- 29.1.8 Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. Sie kann in Absprache von Arzt und Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Teilnehmer umfassen. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.
- 29.1.9 Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die deren Weiterführung nach dem Betreuungsplan nicht möglich macht, umfasst die Beihilfefähigkeit der Soziotherapie auch den Kontakt des Leistungserbringers der Soziotherapie mit dem Patienten, um eine möglichst frühzeitige Entlassung zu erreichen und in Absprache mit dem verordnenden Arzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.
- 29.2 Zu Absatz 2**
- 29.2.1 Die Soziotherapie muss durch einen geeigneten soziotherapeutischen Leistungserbringer gemäß § 132b SGB V erbracht werden. Als Leistungserbringer in diesem Sinne kommen in der Regel eine Fachkrankenschwester oder ein Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, ein Diplom-Sozialarbeiter oder ein Sozialpädagoge in Betracht.
- 29.2.2 Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung richtet sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b SGBV. Eine Bestätigung des Leistungserbringers, dass entsprechend dieser Verträge abgerechnet wurde, ist für die Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen ausreichend. § 4 Abs. 6 Satz 5 ist anzuwenden.
- 30 Zu § 30 Häusliche Krankenpflege**
- 30.1 Zu Absatz 1**
- 30.1.1 Häusliche Krankenpflege kommt für Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie gegebenenfalls der Behandlungspflege bedürfen. Die vorübergehende häusliche Krankenpflege ist klar gegenüber den Leistungen der dauernden häuslichen Pflege nach § 49 abzugrenzen. Die dauernde häusliche Pflege bedarf der Feststellung des Medizinischen Dienstes der Pflegeversichersicherung oder des Amtsarztes. Sie liegt vor, wenn eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen nicht oder kaum zu erwarten ist und endet in der Regel erst mit dem Tod des Pflegebedürftigen. Dagegen ist für eine erforderliche vorübergehende häusliche Krankenpflege die Verordnung eines Arztes ausreichend. Eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit ist dann anzunehmen, wenn eine Wiederherstellung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen in einem absehbaren Zeitraum wahrscheinlich und somit das Ende absehbar ist.
- 30.1.2 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 30.1.3 Behandlungspflege sind Maßnahmen, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden können. Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen und Beatmungspflege.
- 30.1.4 Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (zum Beispiel Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (zum Beispiel Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
- 30.1.5 Hauswirtschaftliche Versorgung sind Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.
- 30.1.6 Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:
- Einreiben mit Dermatika oder (oro-)tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
 - Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
 - (Oro-)tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
 - Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zu-Bett-Gehens,
 - Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens.
- 30.1.7 Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind:
- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
 - Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
 - Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.
- 30.1.8 Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie nicht notwendig und damit ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.
- 30.1.9 Hinsichtlich der Verordnung von häuslicher Krankenpflege und der Art, des Inhalts und des Umfangs der Leistungen ist regelmäßig die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) zu beachten.
- 30.1.10 Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich der zu Pflegenden regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Solche Orte können insbesondere

Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

- 30.1.11 Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Sätze nach Nummer 30.2.1 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

30.2 Zu Absatz 2

- 30.2.1 Für die Feststellung der Angemessenheit der Vergütungssätze der Pflegedienstleister ist es ausreichend, wenn diese bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. § 4 Abs. 6 Satz 5 ist anzuwenden. Bis zu der in Satz 1 genannten Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.

- 30.2.2 Investitionskosten sind nicht gesondert berechnungsfähig.

30.3 Zu Absatz 3

- 30.3.1 Eine Vergütung für ausgefallene Arbeitseinkünfte ist bis zur Höhe des Verdienstaufschlags in Höhe des Nettolohnes, höchstens aber bis zu den Vergütungssätzen nach Absatz 2 beihilfefähig.

31 Zu § 31 Palliativversorgung

31.1 Zu Absatz 1

- 31.1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

- 31.1.2 SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus sind Aufwendungen für SAPV auch beihilfefähig, wenn diese

- a) in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) – Kinder- und Jugendhilfe,
- b) an weiteren Orten, an denen sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kann,

entstanden sind.

- 31.1.3 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist im Rahmen der Prüfung der Angemessenheit und Notwendigkeit, dass die SAPV ärztlich verordnet wurde (§ 37b Abs. 1 Satz 2 SGB V).

- 31.1.4 Durch den Verweis auf § 37b Abs. 3 SGB V bestimmt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für SAPV im Übrigen hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie – SAPV-RL).

31.2 Zu Absatz 2

- 31.2.1 Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, das heißt leidendmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen haben (§ 39a SGB V).

- 31.2.2 Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI zu 90 Prozent, bei Kinderhospizen zu 95 Prozent. Der Zuschuss darf dabei kalendertäglich 7 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – nicht unterschreiten. Beihilfefähig sind deshalb 90 Prozent beziehungsweise bei Kinderhospizen 95 Prozent der tatsächlichen Aufwendungen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung), mindestens jedoch kalendertäglich 7 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (2013: 188,65 EUR). Soweit andere Sozialleistungsträger Zuschüsse gewähren, sind diese im Rahmen des § 6 Abs. 1 anzurechnen.

- 31.2.3 In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung (vergleiche Nummer 31.2.2) auch in anderen Häusern, die keinen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen haben und palliativ-medizinische Versorgung erbringen, als beihilfefähig anerkannt werden, wenn aufgrund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. In diesem Fall bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung ihrem Zuschuss zu Grunde legt. Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten oder zu stellenden Vergütung aus.

32 Zu § 32 Fahrtkosten

32.1 Zu Absatz 1

- 32.1.1 Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt der behandelnde Arzt mit der Verordnung der Beförderung. Aufwendungen sind für die Hin- und Rückfahrt gesondert zu prüfen, insbesondere ist dabei der aktuelle Gesundheitszustand des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

- 32.1.2 Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können nur zwischen dem Aufenthaltsort des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

- 32.1.3 Die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 6 sind erfüllt, wenn aus der Sicht des behandelnden Arztes die fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankentransports zum Zeitpunkt der Verordnung erforderlich war. Auf die tatsächliche Betreuung oder Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankentransports kommt es nicht an.

- 32.1.4 Aufwendungen für Besuchsfahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können nach Satz 2 Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines ins Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- 32.1.5 Die Merkmale nach Satz 3 Nr. 1 beinhalten:
- Erhebliche Gehbehinderung „G“: In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden (§ 146 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).
 - Außergewöhnliche Gehbehinderung „aG“: Außergewöhnlich gehbehindert ist eine Person, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen kann. Hierzu zählen Querschnittsgelähmte, Doppel Oberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschlenkel- oder armamputiert sind sowie andere schwerbehinderte Menschen, die aufgrund anderer Erkrankungen dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind (zum Beispiel bei Herzschäden mit schweren Dekompensationserscheinungen oder Ruheinsuffizienz sowie Krankheiten der Atmungsorgane mit Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades).
 - Blindheit „Bl“: Bei Personen mit dem Merkzeichen „Bl. liegt eine der folgenden Voraussetzungen vor:
 - vollständige Blindheit,
 - die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt nicht mehr als 1/50 oder
 - andere Störungen des Sehvermögens (zum Beispiel Gesichtsfeldeinengungen), die obiger Sehschärfe entsprechen.
 - Hilflosigkeit „H“: Hilflos ist der schwerbehinderte Mensch, der infolge der Behinderung nicht nur vorübergehend für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang dauernd fremder Hilfe bedarf. Bei bestimmten Funktionsbeeinträchtigungen (zum Beispiel Querschnittslähmung, Verlust mehrerer Gliedmaßen, schweren Hirnschäden mit einem Grad der Behinderung von 100) wird die Hilflosigkeit im Allgemeinen unterstellt.
- 32.1.6 Bei der Beurteilung des Vorliegens der Voraussetzungen des Satzes 3 Nr. 2 ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung zu der Anerkennung eines entsprechenden Merkzeichens oder einer entsprechenden Pflegestufe führen würde. So bemisst sich zum Beispiel eine erhebliche Gehbehinderung, die zur Zuerkennung eines Merkzeichens „G“ führt, unter anderem danach, ob eine Wegstrecke von 2 km fußläufig in 30 Minuten zurückgelegt werden kann (BSG, Urteil vom 10. Dezember 1987, 9a RVs 11/87).
- 32.1.7 Die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten bei Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren richtet sich nach den Spezialvorschriften von § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 oder § 39 Abs. 3 Satz 3.
- 32.2 Zu Absatz 2**
- 32.2.1 Rettungsfahrten umfassen Aufwendungen für Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. Da in der Regel vor der Beauftragung einer Rettungsfahrt keine ärztliche Entscheidung herbeigeführt werden kann, ist die Beihilfefähigkeit von Rettungsfahrten immer gegeben. Auf den Umfang der im Krankenhaus eingeleiteten Maßnahmen kommt es dabei nicht an (vergleiche Nummer 47.1.4).
- 32.3 Zu Absatz 3**
- 32.3.1 Bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges ist pro gefahrenen Kilometer jeweils der nach § 5 Abs. 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes (**SächsRKG**) festgesetzte Betrag für die Wegstreckenentschädigung beihilfefähig.
- 32.3.2 Liegen bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges triftige Gründe im reisekostenrechtlichen Sinne vor, führt dies nicht zu einer höheren Fahrtkostenerstattung.
- 32.3.3 Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann als beihilfefähig zu berücksichtigen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können. Wird der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige statt mit dem Taxi mit einem privaten Pkw gebracht oder abgeholt, kann Wegstreckenentschädigung auch für die sogenannte Leerfahrt gewährt werden, wenn diese Fahrt ausschließlich aus Anlass des Bringens oder Abholens durchgeführt wird und keinem anderen Zweck dient.
- 32.3.4 Von den beihilfefähigen Fahrtkosten ist die Eigenbeteiligung nach § 59 Abs. 3 abzuziehen.
- 32.4 Zu Absatz 4**
- 32.4.1 Die Beihilfeberechtigten sollen, sofern keine sofortige Ausreise geboten ist, grundsätzlich vor Antritt der Reise die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten bei der Festsetzungsstelle beantragen. Ist die vorherige Anerkennung unterblieben, entscheidet die Festsetzungsstelle, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Satz 2 vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten rechtfertigt.
- 33 Zu § 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten**
- 33.1 Zu Absatz 1**
- 33.1.1 Die Aufwendungen sind nur bei notwendiger ambulanter auswärtiger Behandlung beihilfefähig. Diese Voraussetzung ist grundsätzlich nur dann gegeben, wenn die Behandlung nicht am Wohnort erfolgen kann.
- 33.1.2 Die Vorschrift findet bei einer Kur oder kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung.

- 33.1.3 Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für Unterbrechungen des Aufenthaltes durch Krankheit oder einen sonstigen in der Person des Behandelten liegenden Grundes erhoben werden, sind nicht beihilfefähig. Nummer 55.1.7 bleibt unberührt.
- 33.2 Zu Absatz 2**
- 33.2.1 Die Hinweise zu Absatz 1 gelten für Beihilfeberechtigte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen entsprechend. Die Behandlung außerhalb des Gastlandes ist als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Behandlung im Gastland nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht erfolgen kann.
- 33.2.2 Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Unterkunftskosten gilt auch für eine gegebenenfalls erforderliche Begleitperson. Hinsichtlich spezieller Regelungen für Unterkunftskosten in Geburtsfällen wird auf § 44 Abs. 5 hingewiesen.
- 34 Zu § 34 Kommunikationshelfer**
- 34.1 Über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Kommunikationshelfern ist nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden, ob diese erforderlich waren. Erforderlich sind Kommunikationshelfer insbesondere dann, wenn eine umfangreiche und komplexe Kommunikation erfolgen musste. Grundsätzlich ist bei der Prüfung der Erforderlichkeit des Kommunikationshelfers an sich im Einzelfall jedoch kein besonders strenger Maßstab anzulegen.
- 34.2 Als beihilfefähige Kommunikationshelfer kommen die in § 2 Nr. 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung ([SächsKhlifVO](#)) aufgezählten Helfer in Betracht. Dies sind zum Beispiel Gebärdensprachdolmetscher und Orale Dolmetscher. Aufgrund des Verweises auf § 5 Abs. 1 [SächsKhlifVO](#) sind die nachgewiesenen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vorgesehenen Sätze (Stand 1. Januar 2013: 55 EUR pro Stunde für Dolmetscher, § 9 Abs. 3 JVEG) als beihilfefähig anzuerkennen.
- 34.3 Beihilfefähig sind insbesondere die Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Abs. 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe. Hierbei ist im Rahmen der Erforderlichkeit auch das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. So sind Reisezeiten und Fahrtkosten der Kommunikationshilfe dann nicht erforderlich, wenn zum Beispiel ohne besonderen sachlichen Grund ein weit entfernt ansässiger Kommunikationshelfer in Anspruch genommen wird, obwohl auch andere geeignete Kommunikationshelfer in der näheren Umgebung des Behandlungsortes in Anspruch genommen werden könnten.
- 34.4 Die Beihilfefähigkeit beschränkt sich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die ergänzende Krankenversicherung Leistungen für Kommunikationshelfer nicht gewährt.
- 34.5 Die Beihilfefähigkeit anderer nach der [Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung](#) zugelassener Kommunikationshilfen richtet sich nach Maßgabe des § 23.
- 35 Zu § 35 Familien- und Haushaltshilfe**
- 35.1 Zu Absatz 1**
- 35.1.1 Der Umfang der Tätigkeit einer Familien- und Haushaltshilfe wird durch ärztliche Verordnung festgelegt.
- 35.1.2 Die Notwendigkeit einer auswärtigen Unterbringung im Sinne der Nummer 1 bei ambulanter Behandlung ist nach den gleichen Kriterien zu beurteilen, wie die Notwendigkeit von auswärtigen Unterkunfts- und Verpflegungskosten nach § 33. Eine stationäre Leistung liegt insbesondere bei Krankenhausbehandlung, stationärer Rehabilitation, stationärer Pflege und stationärer Palliativversorgung vor.
- 35.1.3 Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt. Die Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- 35.1.4 Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Absatzes 1 Nr. 3 ist weiter gefasst als in § 30. Die Notwendigkeit einer hauswirtschaftlichen Versorgung könnte beispielsweise auch aufgrund hohen Alters gegeben sein.
- 35.2 Zu Absatz 2**
- 35.2.1 Die Notwendigkeit für eine Familien- und Haushaltshilfe für die ersten 28 Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung liegt nur dann vor, wenn der Erkrankte nach einer stationären oder ambulanten Operation die Führung des Haushalts nach ärztlicher Verordnung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann. Die Voraussetzungen sind auch dann als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Verordnung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.
- 35.3 Zu Absatz 3**
- 35.3.1 Bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 auch beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 bis 4 nicht vorliegen.
- 35.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)**
- 35.5 Zu Absatz 5**
- 35.5.1 Für die Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen für eine Heimunterbringung ist es ausreichend, wenn das Heim bestätigt, dass die abgerechneten Vergütungssätze in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. § 4 Abs. 6 Satz 5 gilt entsprechend.
- 35.6 Zu Absatz 6**

- 35.6.1 Die Bezeichnung Elternteil schließt sowohl den Beihilfeberechtigten selbst als auch den berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein.
- 35.6.2 Für Beamte im Ausland und deren berücksichtigungsfähige Angehörige bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.
- 35.6.3 Nahe Angehörige sind die in § 5 Abs. 2 Satz 2 genannten Personen.
- 36 Zu § 36 Überführungskosten in Todesfällen**
- 36.1 Die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne sind nur aus den in Satz 1 und 2 genannten (dienstlichen) Gründen beihilfefähig. Hält sich der Beamte zum Zeitpunkt des Todes aus anderen als den genannten dienstlichen Gründen, insbesondere aus persönlichen beziehungsweise privaten Gründen außerhalb des Familienwohnsitzes auf, können Überführungskosten nicht als beihilfefähig anerkannt werden.
- 36.2 Bei Todesfällen vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes sind die Überführungskosten insbesondere dann beihilfefähig, wenn hierfür im Vorfeld bereits eine Zusage der Umzugskostenvergütung nach den §§ 3 oder 4 des Sächsischen Umzugskostengesetzes (**SächsUKG**) erteilt wurde.
- 36.3 Zu den Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb einer Gemeinde. Bei der Festsetzung der Pauschalbeihilfe bleiben Zahlungen von Sterbegeldern nach beamten- oder besoldungsrechtlichen Vorschriften unberücksichtigt.
- 36.4 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 beziehungsweise zuletzt gewohnt haben.
- 36.5 Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent (§ 57 Abs. 10).
- 37 Zu § 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen**
- 37.1 Zu Absatz 1**
- 37.1.1 Die medizinische Rehabilitation beinhaltet komplexe, interdisziplinäre und individuell ausgerichtete Maßnahmen. Sie können ambulant (einschließlich teilstationärer Maßnahmen) oder stationär durchgeführt werden. Je nach Behandlungsfall beinhaltet die Leistung die rehabilitationsspezifische Diagnostik, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, physikalische Therapie, Funktionstraining, Sporttherapie, Logopädie, Ergotherapie, psychologische Betreuung, Psychotherapie, Soziotherapie, Gesundheitsbildung mit Informationen über Krankheit und Krankheitsbewältigungsstrategien, Sicherung der Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich Schulung, Patientenschulung, Diätetik und so weiter. Die medizinische Rehabilitation ist von der beruflichen und der sozialen Rehabilitation abzugrenzen. Aufwendungen für Letztere sind nicht beihilfefähig.
- 37.1.2 Sind bei Pauschalabrechnungen Leistungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation mit enthalten, kann die Pauschale als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Anteil dieser Leistungen insgesamt nur einen geringen Umfang einnimmt. Zur Abgrenzung zur Komplextherapie vergleiche Nummer 27.1.3.
- 37.2 Zu Absatz 2**
- 37.2.1 Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation. Eine Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn die medizinische Rehabilitationsmaßnahme im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung erfolgt, im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht oder in Ausnahmefällen auch dann, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsleistungen kommen ambulante oder stationäre Behandlungen in Betracht. Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.
- 37.2.2 Der Begriff der stationären Rehabilitation ersetzt den Begriff des Sanatoriums. Einrichtungen im Sinne des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen die folgenden Voraussetzungen:
1. Sie dienen der stationären Behandlung der Patienten, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.
 2. Sie sind fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,
 3. Sie sind in der Lage Patienten unterzubringen und zu pflegen.
- Geeignet sind auch vergleichbare Privatkliniken.
- 37.2.3 Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme
- 37.2.3.1 Aufwendungen für Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen

- nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht.
- 37.2.3.2 Ist allein das Kind behandlungsbedürftig, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme. In diesem Falle kann eine stationäre Rehabilitation für das Kind beihilfefähig sein. Bei der Durchführung einer Müttergenesungskur ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 2 Nr. 1 oder gegebenenfalls eine Kur zu beantragen.
- 37.2.4 Familienorientierte Rehabilitation
- 37.2.4.1 Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 2 Nr. 4 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. Als Grundprinzip des Konzeptes gilt, dass die Rehabilitationsleistungen bei den mitbetreuten Familienangehörigen primär darauf abzielen, die Rehabilitationsziele für das kranke Kind zu erreichen und den medizinischen Behandlungserfolg langfristig und nachhaltig zu sichern. Als wesentliche Einschlusskriterien für familienorientierte Rehabilitation gelten die Lebensbedrohung des an Krebs, einer Herzerkrankung oder Mukoviszidose erkrankten Kindes sowie die durchgeführte stationäre Krankenhausbehandlung. Die Rehabilitationsbedürftigkeit der Eltern und gegebenenfalls der Geschwisterkinder resultiert aus der auf das kranke Kind bezogenen familiären Belastungssituation. Als Ausschlusskriterien gelten Familien, bei denen aktuelle medizinische oder psychosoziale Probleme insbesondere der Eltern bestehen, die durch eine familienorientierte Rehabilitation nicht behandelt werden können.
- 37.2.4.2 Eine Altersbegrenzung ist für das erkrankte Kind nicht festgelegt. Vielmehr kommt es darauf an, dass das Konzept der familienorientierten Rehabilitation der entwicklungsspezifischen Situation des Kindes gerecht wird. Bei Jugendlichen greift dieses in der Regel nicht mehr optimal. Im Einzelfall kann aber auch bei Jugendlichen die medizinische Notwendigkeit nach ärztlicher Verordnung begründet sein.
- 37.2.4.3 Die Aufwendungen für eine familienorientierte Rehabilitation inklusive etwaiger Lohnausfallkosten eines berufstätigen Elternteils (Absatz 3 Satz 2 Nr. 6) werden nach Absatz 4 Satz 4 dem erkrankten Kind zugerechnet und sind damit zu einem Bemessungssatz von 80 Prozent beihilfefähig.
- 37.2.5 Die Suchtbehandlung kann entweder als medizinische Rehabilitation oder als Entwöhnung durchgeführt werden. Aufwendungen für ambulante Nachsorge sind ebenfalls beihilfefähig (gegebenenfalls auch im Rahmen des § 16 Abs. 10). Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden. Für besonders begründete Einzelfälle kann die Festsetzungsstelle auch andere Entscheidungen treffen.
- 37.2.6 Ambulante Rehabilitation
- 37.2.6.1 Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation sind interdisziplinäre therapeutische Angebote am Wohnort oder in Wohnortnähe, die den Erfordernissen des Einzelfalles flexibel angepasst werden können. Es handelt sich dabei in der Regel um spezielle Komplextherapien im Sinne des § 27, die nach einer akuten Behandlung zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Funktion zur Anwendung kommen. Wohnortnähe bezeichnet das Einzugsgebiet im Umkreis von 30 Kilometern des Wohnortes in entsprechender Anwendung des § 2a Abs. 1 der Sächsischen Trennungsgeldverordnung (SächsTGV), wobei eine tägliche Rückkehr gewährleistet sein muss. Die Abrechnung durch die Leistungserbringer erfolgt in der Regel pauschal (vergleiche Nummer 37.4).
- 37.2.6.2 Zu den ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen zählt auch die Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) (hierzu BSG, Urteil vom 17. Februar 2010, B 1 KR 23/09 R). Bei der EAP werden physiotherapeutische Heilmittel, die in der Standardtherapie vorwiegend isoliert zur Anwendung kommen (zum Beispiel Physiotherapie/Krankengymnastik, Massage, Elektrotherapie), durch ein muskuläres Aufbautraining in Form von MTT/MTA unterstützt und in der jeweils im Einzelfall in Betracht kommenden Kombination angewandt. Sie wird im Anschluss an die Akutbehandlung durchgeführt und dient insbesondere der Funktionswiederherstellung oder -verbesserung nach Unfallverletzungen mit Störungen ganzer Funktionsketten.
- 37.2.6.3 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen. Die ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme umfasst auch die mobile Rehabilitation. Die mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation, bei der die Beihilfeberechtigten oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu Hause behandelt werden.
- 37.2.7 Ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining
- 37.2.7.1 Beihilfefähig ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne des § 44 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 SGB IX und sinnvoller Anwendung der in Anhang 4 enthaltenen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011. Die Sport- oder Trainingsgruppen müssen nach den Nummern 8 oder 9 der Rahmenvereinbarung anerkannt sein.
- 37.2.7.2 Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder allgemeine Fitness-Übungen.
- 37.3 Zu Absatz 3**
- 37.3.1 Bei Fahrtkosten, die auf einen Höchstbetrag von 200 EUR je Gesamtmaßnahme begrenzt sind, ist eine Eigenbeteiligung vom beihilfefähigen Betrag nicht abzuziehen (vergleiche § 59 Abs. 3 Satz 2). Bei der Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen. Entsprechendes gilt für notwendige Begleitpersonen.
- 37.3.2 Bei der Durchführung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer

Begleitperson zwingend erforderlich ist. Dies kann notwendig sein, wenn

- wegen schwerwiegender psychologischer Gründe eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der stationären Maßnahme gefährden würde,
- Betroffene wegen einer schweren Behinderung, zum Beispiel Blindheit, einer ständigen Hilfe bedürfen, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
- während der stationären Maßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

37.3.3 Der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der stationären Rehabilitationsmaßnahme bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist. Soll die Maßnahme verlängert werden, reicht eine allgemeine ärztliche Bescheinigung, dass die Verlängerung der Maßnahme zum Beispiel lediglich wünschenswert ist, nicht aus.

37.3.4 Die Lohnausfallkosten des berufstätigen Elternteils für die Zeit einer familienorientierten Rehabilitation sind bis zur Höhe des Nettolohnes beihilfefähig.

37.3.5 Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wird auf Nummer 7.2.3 hingewiesen.

37.4 Zu Absatz 4

37.4.1 Einzelne abgerechnete Leistungen sind im Rahmen des Absatzes 3 und § 4 beihilfefähig. Werden Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme als Pauschalpreis oder als Tagessatz in Rechnung gestellt, sind diese nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Vergütungsvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger oder, wenn eine solche nicht vorliegt, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem Verband der PKV entsprechen. § 4 Abs. 6 Satz 5 ist anzuwenden. Im Zweifelsfall hat der Beihilfeberechtigte diese Vereinbarung auf Verlangen der Festsetzungsstelle beizubringen. Daneben sind Einzelabrechnungen nicht beihilfefähig. Ein Kostenvergleich ist nicht erforderlich.

37.4.2 Sofern bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen in pauschalen Tagessätzen abgerechnet werden, sind auch die Aufwendungen des nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig. Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen 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 (zum Beispiel Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter oder Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte).

38 Zu § 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

38.1 Zu Absatz 1

38.1.1 Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, Suchtbehandlungen, familienorientierte Rehabilitation und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich erweiterter ambulanter Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort und in geeigneten wohnortnahen Einrichtungen sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind. Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art, Dauer und Inhalt der Rehabilitationsmaßnahme enthalten. Aufwendungen für stationäre Suchtbehandlungen und für eine familienorientierte Rehabilitation sind nur nach vorheriger Zustimmung der Festsetzungsstelle beihilfefähig. Eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Maßnahme kann von der Festsetzungsstelle nur in begründeten Härtefällen im Sinne des § 4 Abs. 3 Satz 2 erfolgen. Bei der Verordnung der familienorientierten Rehabilitation sind die in der Sozialversicherung angewendeten Kriterien maßgebend.

38.1.2 Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme sicher zu stellen, darf die Verordnung nicht von einem Arzt stammen, der der durchführenden Einrichtung angehört oder mit dieser vertraglich gebunden ist. Die Notwendigkeit einer Verlängerung der Maßnahme ist von der durchführenden Einrichtung festzustellen.

38.1.3 Über die Beihilfefähigkeit von Suchtbehandlungen und familienorientierten Rehabilitation entscheidet die Festsetzungsstelle im Rahmen einer Voranerkennung auf Grundlage der ärztlichen Verordnung nach Satz 1. Sofern in begründeten Ausnahmefällen, zum Beispiel wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Anerkennung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann diese auch noch nachträglich erfolgen. Ist für die Entscheidung über die Beihilfefähigkeit die Einholung eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens erforderlich, sind diese Kosten durch die Festsetzungsstelle zu tragen.

38.2 Zu Absatz 2

38.2.1 Die in Satz 1 Nr. 4 Buchst. b genannte Schultergelenkläsion kann beispielsweise nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwerer Schultersteife (frozen shoulder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea oder periathritis humero-scapularis (PHS) eintreten.

38.2.2 Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder des bei dieser beschäftigten Arztes reicht nicht aus. Nach Abschluss der EAP ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

38.2.3 Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- krankengymnastische Einzeltherapie,
 - physikalische Therapie nach Bedarf,
 - Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT)
- und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
- Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,
 - Isokinetik,

- Unterwassermassage.
- 38.2.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 38.3 Zu Absatz 3**
- 38.3.1 Die Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitation nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 und 3 setzt einen Antrag des Beihilfeberechtigten voraus. Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit kann grundsätzlich nur vor Antritt der Maßnahme erfolgen. Eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Maßnahme kann von der Festsetzungsstelle nur in begründeten Härtefällen im Sinne des § 4 Abs. 3 Satz 2 erfolgen.
- 38.3.2 Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens sind durch die Festsetzungsstelle zu tragen. Terminabsprachen mit dem Gutachter sind vom Beihilfeberechtigten oder seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen selbst vorzunehmen. Wird im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach § 48 Abs. 1 die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme festgestellt und eine Rehabilitationsempfehlung erteilt, gilt diese als Gutachten im Sinne des § 38 Abs. 3 Satz 2.
- 38.3.3 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 und 3 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den §§ 8 bis 19 und §§ 21 bis 36 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.
- 38.4 Zu Absatz 4**
- 38.4.1 Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Beamte im Ausland (§ 4 Abs. 8) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren stationäre Rehabilitation nicht in der Europäischen Union durchgeführt werden kann, sind auch in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union beihilfefähig. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Einrichtung nach der Erklärung eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist. Die Entscheidung über die Eignung trifft die Festsetzungsstelle.
- 38.4.2 Das Erfordernis, dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit Unterlagen über die ausgewählte Einrichtung beizufügen, ermöglicht oder erleichtert die Beurteilung der Eignung der Einrichtung zur Erreichung des Rehabilitationsziels. Werden die Unterlagen nicht vorgelegt, ermittelt die Festsetzungsstelle. Nachteile, die sich aus der mangelnden Mitwirkung ergeben (zum Beispiel durch die zeitliche Verzögerung des Anerkennungsverfahrens), gehen zu Lasten des Beihilfeberechtigten (Nummer 62.7.5).
- 38.4.3 Aufwendungen für Fahrtkosten vom ausländischen Dienort 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. Wird die Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union im Rahmen einer amtlich bezahlten Reise ins Inland durchgeführt, sind die beihilfefähigen Fahrtkosten zwischen dem Aufenthaltsort während des Heimaturlaubs oder der Dienstreise und dem Ort der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 auf 200 EUR begrenzt. Bei Durchführung im Ausland ist die Begrenzung der beihilfefähigen Reisekosten auf 200 EUR in den in § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 genannten Fällen nicht anzuwenden.
- 39 Zu § 39 Kuren**
- 39.1 Zu Absatz 1**
- 39.1.1 Kuren werden unter Anwendung ortsgebundener Mittel, wie zum Beispiel Quellen, Salinen, Höhen- und Meereslagen und Heilmitteln im Sinne des § 26 in einem anerkannten Kurort durchgeführt.
- 39.2 Zu Absatz 2**
- 39.2.1 Bei Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation wird die Anwendung von Heilmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung in derselben Einrichtung durchgeführt.
- 39.2.2 Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und kann auch im Wohnwagen oder auf Campingplätzen sein.
- 39.3 Zu Absatz 3**
- 39.3.1 Die Fahrtkosten sind für die Gesamtmaßnahme (An- und Abreise) auf 200 EUR begrenzt. Der beihilfefähige Betrag ist nicht um 10 EUR je einfache Fahrt zu mindern (§ 59 Abs. 3 Satz 2).
- 39.3.2 Die Nummern 37.3.2 und 37.3.3 gelten entsprechend.
- 39.4 Zu Absatz 4**
- 39.4.1 Die Nummern 38.3 und 38.4.3 sind entsprechend anzuwenden.
- 39.4.2 Eine Beschäftigung nach Absatz 4 Satz 3 Alt. 1 gilt nicht als unterbrochen während einer Elternzeit nach der Sächsischen Elternzeitverordnung (SächsElitZVO) sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient. Wird die Kur wegen den Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt, ist die Beendigung des Dienstverhältnisses unschädlich für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit.
- 39.5 Zu Absatz 5**
- 39.5.1 Kuren am Toten Meer zur Behandlung von Neurodermitis und Psoriasis sind auch für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig.
- 39.5.2 Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind nach Absatz 3 Satz 2 beihilfefähig. Ein Kostenvergleich findet abweichend von § 7 Abs. 2 nicht statt.
- 39.6 Zu Absatz 6 (bleibt frei)**
- 40 Zu § 40 Schutzimpfungen**
- 40.1 Zu Absatz 1**

- 40.1.1 Impfstoffe sind Arzneimittel, die Antigene enthalten und zur Erzeugung von spezifischen Abwehr- und Schutzstoffen angewendet werden (§ 4 Abs. 4 AMG).
- 40.1.2 Durch den Verweis auf § 20d Abs. 1 Satz 3 SGB V bestimmt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Schutzimpfungen hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL). Diese Richtlinie regelt die Einzelheiten zu den Leistungen für Schutzimpfungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut.
- 40.1.3 Schutzimpfungen, die von der Sächsischen Impfkommission (SIKO) empfohlen werden, sind ebenfalls beihilfefähig. Darüber hinaus sind Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen (Influenza) und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Schutzimpfungen ohne Einschränkungen beihilfefähig.
- 40.1.4 Soweit die Schutzimpfung aus Anlass eines dienstlich veranlassten Auslandsaufenthaltes erfolgt (zum Beispiel Auslandsdienstreise), werden die entsprechenden Aufwendungen nach Maßgabe des Reisekostenrechts dort als Nebenkosten erstattet (vergleiche Abschnitt IX Nr. 1 Buchst. b Doppelbuchst. hh der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug des Sächsischen Reisekostengesetzes [[VwV-SächsRKGG](#)]). In diesen Fällen können die Aufwendungen für Schutzimpfungen nicht als beihilfefähig anerkannt werden.
- 40.1.5 Wird die Schutzimpfung aus Anlass einer Abordnung oder Versetzung an eine Auslandsdienststelle vorgenommen, sind die entsprechenden Aufwendungen beihilfefähig. Voraussetzungen, Art und Umfang richten sich ebenfalls nach der Schutzimpfungs-Richtlinie.
- 40.1.6 Aufgrund der Schutzimpfungs-Richtlinie sind Impfungen aus Anlass einer nicht dienstlichen Auslandsreise (sogenannte Reiseschutzimpfungen) grundsätzlich nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass eines Auslandsaufenthaltes sind nur dann ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zum Schutze der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen (zum Beispiel Poliomyelitis – Kinderlähmung). Soweit die Schutzimpfungs-Richtlinie für Reiseschutzimpfungen einen Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht, sind entsprechende Aufwendungen beihilfefähig.
- 40.1.7 Wird die Impfung durch einen Amtsarzt beziehungsweise in einem öffentlichen Gesundheitsamt durchgeführt, sind die dafür anfallenden Verwaltungskosten (Verwaltungsgebühren und Auslagen, vergleiche § 1 Abs. 1 des Sächsischen Verwaltungskostengesetzes [[SächsVwKG](#)]), die in der Regel auf Grundlage des [Sächsischen Verwaltungskostengesetzes](#) oder einer Kostensatzung erhoben werden, beihilfefähig.
- 40.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)**
- 41 Zu § 41 Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen**
- 41.0 Die Leistungen zur Früherkennung sind präventiver Art und setzen daher weder eine Krankheit noch den konkreten Verdacht auf eine solche voraus. Ergeben die Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer der gesuchten Krankheiten, so sind weitere Diagnose- und gegebenenfalls Therapiemaßnahmen nach Maßgabe des Abschnittes 2 beihilfefähig.
- 41.1 Zu Absatz 1**
- 41.1.1 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.
- 41.1.2 Aufwendungen sind nach § 25 Abs. 1 SGB V beihilfefähig, soweit der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet hat. Die Aufwendungen sind jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig. Eine erneute Gesundheitsuntersuchung ist daher jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Kalenderjahres beihilfefähig.
- 41.1.3 Die Beihilfefähigkeit der Untersuchungen bestimmt sich nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“).
- 41.2 Zu Absatz 2**
- 41.2.1 Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) beihilfefähig.
- 41.2.2 Danach sind insbesondere folgende Untersuchungen beihilfefähig:
- a) bei Frauen
Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren sowie zusätzlich der Brust ab dem Alter von 30 Jahren, sowie zusätzlich Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres
 - b) bei Männern
Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren
 - c) bei Frauen und Männern
Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut ab dem Alter von 35 Jahren sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren
- 41.3 Zu Absatz 3**
- 41.3.1 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. Soweit die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien oder die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 hinausgehende Untersuchungen oder eine abweichende Altersgrenze und Häufigkeit der Untersuchungen

- vorsehen, sind diese nach Maßgabe dieser Richtlinien ebenfalls beihilfefähig.
- 41.3.2 Als beihilfefähig können auch die Aufwendungen für eine telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz anerkannt werden. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass bereits eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt. Als reine Vorbeugung, beispielsweise aufgrund kritischer Laborwerte, können die Aufwendungen nicht als beihilfefähig anerkannt werden.
- 41.4 Zu Absatz 4**
- 41.4.1 Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit den in Anlage 5 zu § 41 Abs. 4 festgelegten Pauschalen als beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentren durchgeführt wurden. Zugelassene Zentren sind derzeit:
- Charité Berlin
 - Max Dellbrück-Centrum für Molekulare Medizin Berlin
 - Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der TU Dresden
 - Frauenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf
 - Medizinische Hochschule Hannover
 - Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
 - Universitätsfrauenklinik Kiel
 - Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität zu Köln
 - Institut für Humangenetik der Universität Leipzig
 - Frauenklinik rechts der Isar der TU München
 - Universitätsfrauenklinik im Klinikum Großhadern an der Ludwig-Maximilians-Universität München
 - Institut für Humangenetik der Universität Münster
 - Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm
 - Institut für Humangenetik der Universität Würzburg
 - Frauenklinik der Universität Würzburg
- 41.4.2 Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen. Die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen richtet sich nach Maßgabe des Abschnitts 2.
- 41.5 Zu Absatz 5**
- 41.5.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion bei Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr richtet sich nach Abschnitt B Nr. 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.
- 42 Zu § 42 Kinder- und Jugenduntersuchungen**
- 42.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bestimmt sich nach folgenden Richtlinien:
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“),
 - Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung
- 42.2 Danach sind die Aufwendungen für folgende Früherkennungsuntersuchungen beihilfefähig:
- U1 direkt nach der Entbindung
 - U2 3. bis 10. Lebenstag
 - U3 4. bis 5. Lebenswoche
 - U4 3. bis 4. Lebensmonat
 - U5 6. bis 7. Lebensmonat
 - U6 10. bis 12. Lebensmonat
 - U7 21. bis 24. Lebensmonat
 - U7a 34. bis 36. Lebensmonat
 - U8 46. bis 48. Lebensmonat
 - U9 60. bis 64. Lebensmonat
 - J1 12 bis 14 Jahre
- 42.3 Die Schwerpunkte dieser Untersuchungen sowie die Toleranzgrenzen (Zeitpunkt der Untersuchungen) ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- 42.4 Darüber hinaus werden die Aufwendungen für folgende Früherkennungsmaßnahmen als beihilfefähig anerkannt:

	Alter	Schwerpunkte
U10	7 bis 8 Jahre	Erkennen und gegebenenfalls Einleitung der Therapie von umschriebenen Entwicklungsstörungen (zum Beispiel Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen), Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (zum Beispiel ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)
U11	U11 9 bis 10 Jahre	Erkennen und Behandlungseinleitung von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, gesundheitsschädigendem Medienverhalten. Diese Untersuchung soll unter anderem der Bewegungs- und Sportförderung dienen, den problematischen Umgang mit Suchtmitteln erkennen und verhindern helfen, aber auch gesundheitsbewusstes Verhalten unterstützen (unter anderem Ernährungs-, Bewegungs-, Stress-, Sucht- und Medienberatung)
J2	16 bis 17 Jahre	Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungsstörungen, Kropfbildung, Diabetes-Vorsorge, Sozialisations- und Verhaltensstörungen; begleitende Beratung bei der Berufswahl

43 Zu § 43 Verhütung von Zahnerkrankungen

43.1 Zu Absatz 1

43.1.1 Die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten richtet sich nach der Richtlinie des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

43.1.2 Danach sind drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen beihilfefähig. Die erste Untersuchung findet grundsätzlich im dritten Lebensjahr statt. Die beiden weiteren Untersuchungen finden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres statt. Der Abstand zwischen den Zahnuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate.

43.1.3 Im Übrigen richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Absatz 3.

43.2 Zu Absatz 2

43.2.1 Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind nach Maßgabe der Richtlinie des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) beihilfefähig.

43.2.2 Bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren sind bis zum 18. Geburtstag einmal in jedem Kalenderhalbjahr zur Verhütung von Zahn- und Parodontalerkrankungen Kontrolluntersuchungen beihilfefähig.

43.2.3 Beihilfefähig sind im Rahmen der individualprophylaktischen Maßnahmen die Aufwendungen für die Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen, die Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches, für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung oder die Behandlung mit lokaler Fluoridierung. Besteht nach einer Bescheinigung des Zahnarztes ein hohes Kariesrisiko, sind die Aufwendungen für die Behandlung mit lokaler Fluoridierung bis zum 18. Geburtstag zweimal je Kalenderhalbjahr beihilfefähig.

43.2.4 Aufwendungen für Fissurenversiegelung der bleibenden Molaren (6 und 7) einschließlich der Eckmolaren (4 und 5) sind ebenfalls beihilfefähig. Bei Durchbruch des ersten Molars vor Vollendung des sechsten Lebensjahres sind Aufwendungen für Fissurenversiegelung der Molaren auch dann beihilfefähig, wenn diese vor Vollendung des sechsten Lebensjahres entstanden sind. Im Übrigen richtet sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen als zahnärztliche Leistung nach Nummer 2000 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ nach Absatz 3.

43.3 Zu Absatz 3

43.3.1 Nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4005, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses der GOZ und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ beihilfefähig (zum Beispiel jährliche Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen, Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches und für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung).

43.3.2 Bei der professionellen Zahnreinigung handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Entsprechende Aufwendungen sind im Rahmen der Nummern 1040, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig. Werden solche Leistungen pauschal abgerechnet, können die Aufwendungen nicht als beihilfefähig anerkannt werden.

44 Zu § 44 Schwangerschaft und Geburt

44.1 Zu Absatz 1

44.1.1 Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d SGB V. Für die Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung nach Satz 1 Nr. 1 gelten daher die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) entsprechend.

44.1.2 Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.

44.1.3 Fast alle Vorsorgeuntersuchungen können sowohl von Hebammen beziehungsweise

Entbindungspflegern als auch von Ärzten durchgeführt und im Mutterpass eingetragen werden. Ausgenommen sind die Ultraschalluntersuchungen, für die die Schwangere immer eine gynäkologische Praxis aufsuchen muss.

- 44.1.4 Bei der ersten Vorsorgeuntersuchung wird der Mutterpass ausgestellt. Nur die dort aufgeführten Untersuchungen sind reguläre Vorsorgeuntersuchungen, wie sie laut Mutterschafts-Richtlinien vorgeschrieben sind. Im Mutterpass werden Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand der Schwangeren, zum Verlauf der Schwangerschaft und gegebenenfalls Komplikationen eingetragen. Die Bezeichnung „Risikoschwangerschaft“ bedeutet, dass ein Anlass vorliegt, die Schwangerschaft ärztlich besonders aufmerksam zu begleiten und gegebenenfalls zusätzliche Untersuchungen oder therapeutische Maßnahmen in die Wege zu leiten.
- 44.1.5 Die Mutterschafts-Richtlinien sehen auch vor, dass die Schwangere und gegebenenfalls auch ihr Partner über die Untersuchungsergebnisse aufgeklärt und hinsichtlich eventuell notwendiger oder sinnvoller Maßnahmen beraten werden. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer HIV-Infektion beziehungsweise AIDS-Erkrankung erstrecken. Jeder Schwangeren soll ein HIV-Antikörpertest empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 44.1.6 In den Mutterschafts-Richtlinien ist auch der Anspruch auf Untersuchungen und Beratungen von Wöchnerinnen geregelt, ebenso die Verordnung von Arznei-, Verbands- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten und die Ausstellung von Bescheinigungen. Dort vorgesehene Untersuchungen und Beratungen sind beihilfefähig.
- 44.1.7 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (zum Beispiel Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.
- 44.1.8 Die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richtet sich entsprechend Absatz 2 nach den in der Anlage 6 zu § 44 Abs. 2 genannten Beträgen (vergleiche hierzu Nummer 44.2).
- 44.1.9 Nach Satz 1 Nr. 4 sind die Aufwendungen für von Hebammen und Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen (sogenannte Geburtshäuser) bis zur Höhe der nach § 134a Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Verträge beihilfefähig. Hierzu schließt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspflegern und den Verbänden der von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe und die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen ab. Insoweit bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dem Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen zwischen den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der zum 27. Juni 2008 in Kraft getreten ist.
- 44.1.10 Wird nach Satz 1 Nr. 5 die Haus- und Wochenpflege der Wöchnerin durch nahe Angehörige im Sinne des § 5 Abs. 2 Satz 2 (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners) durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person beihilfefähig (§ 30 Abs. 3).
- 44.1.11 Satz 1 Nr. 6 dient der besonderen Klarstellung, dass die Schwangere auch für das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung nach Maßgabe des § 20 hat.
- 44.1.12 Nach Satz 1 Nr. 7 sind Aufwendungen für Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins für den Dienstherrn des Beihilfeberechtigten ebenfalls zum Bemessungssatz beihilfefähig.
- 44.1.13 Nach Satz 3 und 4 werden die Aufwendungen nach Satz 1 immer der Schwangeren, das heißt der Mutter, 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 entsprechenden Bemessungssatz von 80 Prozent).
- 44.2 Zu Absatz 2**
- 44.2.1 Aufwendungen für Leistungen von Hebammen sind beihilfefähig, soweit sie die Höchstbeträge der Anlage 6 zu § 44 Abs. 2 nicht übersteigen. Dies gilt auch dann, wenn die Leistungen außerhalb des Freistaates Sachsen erbracht wurden und sich die Gebühren für Leistungen der Hebammen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nach dortigem Landesrecht richten.
- 44.2.2 Allgemeine Zuschläge werden nur einmal berücksichtigt. Eine Mehrfachabrechnung, zum Beispiel bei Leistungserbringung in der Zeit ab 20.00 Uhr an einem Sonntag, ist nicht beihilfefähig.
- 44.2.3 Abzugsbeträge nach Maßgabe des § 59 Abs. 1 sind bei angewandten Arzneimitteln nicht vorzunehmen. Es ist dabei davon auszugehen, dass für angewandte Arzneimittel regelmäßig jeweils die kleinste Packungsgröße notwendig und angemessen ist.
- 44.3 Zu Absatz 3**
- 44.3.1 Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln richtet sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.
- 44.3.2 Die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln (Arzneimittel und Medizinprodukte) ist nach Satz 1 auch dann beihilfefähig, wenn das verordnete empfängnisregelnde Mittel selbst nicht beihilfefähig ist.
- 44.3.3 Die Beihilfefähigkeit der ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel richtet sich, soweit die Verordnung nicht aus Anlass einer Krankheit erfolgt, ausschließlich nach Satz 2. In diesem Falle sind Aufwendungen nur für von einem Arzt schriftlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterinpessare bei Personen bis zum vollendeten zwanzigsten Lebensjahr beihilfefähig.
- 44.3.4 Werden die empfängnisregelnden Mittel aus Anlass einer Krankheit verordnet, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den §§ 21 und 22.

- 44.3.5 Die beihilfefähigen hormonellen Kontrazeptiva und Intrauterinpressare im Sinne des Satzes 2 können sowohl (empfangnisverhütende) Arzneimittel (vergleiche § 21) als auch Medizinprodukte (vergleiche § 22) sein. Empfängnisverhütendes Arzneimittel ist zum Beispiel die Hormonspirale, die auch als Intrauterinsystem bezeichnet wird. Empfängnisverhütendes Medizinprodukt ist zum Beispiel der Intrauterinpressar (Kupfer beziehungsweise Kupfer-Gold-Spirale), der – anders als die Hormonspirale – kein Arzneimittel ist.
- 44.3.6 Im Gegensatz zu den in §§ 21 und 22 genannten Arzneimitteln und Medizinprodukten müssen die beihilfefähigen empfangnisverhütenden Arzneimittel und Medizinprodukte (hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterinpressare) immer von einem Arzt (nicht: Zahnarzt oder Heilpraktiker) verordnet sein.
- 44.3.7 Ist das beihilfefähige empfangnisverhütende Mittel ein Arzneimittel im Sinne des § 21 oder ein stoffliches Medizinprodukt im Sinne des § 22 Abs. 1 Satz 2, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um eine Eigenbeteiligung nach § 59 Abs. 1 zu kürzen, soweit keine Ausnahme nach § 59 Abs. 1 Satz 3 vorliegt.
- 44.4 Zu Absatz 4**
- 44.4.1 Die Geburtspauschale darf nicht gewährt werden, wenn im Zeitpunkt der Geburt beziehungsweise der Annahme des Kindes keine Beihilfeberechtigung bestand.
- 44.4.2 Auf die zu gewährende Beihilfe findet der Bemessungssatz gemäß § 57 keine Anwendung. Soweit sich die Beihilfeberechtigung der Mutter 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.
- 44.4.3 Für die Beihilfe nach dieser Vorschrift ist der Nachweis durch die Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde ausreichend (§ 62 Abs. 2). Die Beihilfe ist der Mutter ohne zusätzlichen Antrag zu den aus Anlass der Geburt geltend gemachten Aufwendungen zu gewähren. Werden solche Aufwendungen nicht geltend gemacht (zum Beispiel bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen) oder soll die Beihilfe dem Vater gewährt werden, bedarf es eines besonderen Antrages.
- 44.4.4 Die Beihilfe wird allen Beihilfeberechtigten nach § 102 Abs. 2 **SächsBG** unabhängig von der Art der bestehenden gesundheitlichen Eigenvorsorge (private oder gesetzliche Krankenversicherung) gewährt, da es sich hierbei um eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn handelt, die unabhängig von der Art des Versicherungsverhältnisses gewährt werden soll.
- 44.5 Zu Absatz 5**
- 44.5.1 Bei Beamten im Ausland sind die Unterkunftskosten in Geburtsfällen bis zur Dauer von sechs Wochen vor – ausgehend vom errechneten (voraussichtlichen) Geburtstermin – und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. Voraussetzungen sind, dass
- a) der Beamte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen über keinen eigenen Haushalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland (Inland) verfügen,
 - b) eine notwendige medizinische Versorgung in Geburtsfällen am Dienort nicht gewährleistet ist und
 - c) der Entbindungsort im Inland liegt.
- 44.5.2 Hierbei ist es unerheblich, ob eine stationäre Geburt (zum Beispiel Krankenhaus) oder eine ambulante Geburt (zum Beispiel Geburtshaus) angestrebt wird. Ob eine notwendige medizinische Versorgung in Geburtsfällen am Dienort gewährleistet ist, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden. Liegt der Dienort innerhalb eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine notwendige medizinische Versorgung in Geburtsfällen gewährleistet ist.
- 44.5.3 Bei Frühgeburten bestehen keine Bedenken, wenn der vor der Geburt nicht in Anspruch genommene Zeitraum von bis zu sechs Wochen auf die Zeit nach der Geburt übertragen wird und so den Zweiwochenzeitraum verlängert. Bei Geburten nach dem errechneten Geburtstermin, bei denen der Sechswochenzeitraum vor der Geburt überschritten wird, können die Aufwendungen für die Unterkunft bis zum tatsächlichen Geburtstermin auch über sechs Wochen hinaus als beihilfefähig anerkannt werden. Der Zweiwochenzeitraum nach der Geburt bleibt davon unberührt.
- 44.5.4 Aufwendungen für die Unterkunft der Schwangeren sind bis zur Höhe von 70 EUR je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 30 EUR je Übernachtung beihilfefähig. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Unterkunft im Haushalt von nahen Angehörigen im Sinne des § 5 Abs. 2 Satz 2 (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners) erfolgt.
- 44.5.5 Aufwendungen für die Unterkunft umfassen ausschließlich die Unterkunftskosten. Zusätzliche Kosten (zum Beispiel für Frühstück) sind nicht beihilfefähig. Bei Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks pauschal einschließen, ist § 7 Abs. 1 **SächsRKG** entsprechend anzuwenden. Danach sind Übernachtungskosten, die die Kosten des Frühstücks einschließen, vorab um 20 Prozent des bei einer Abwesenheit von 24 Stunden an einem Kalendertag zustehenden Tagegeldes (Stand 1. Januar 2013: 4,80 EUR) zu kürzen.
- 44.5.6 Fahrtkosten vom Dienort zum Entbindungsort (und zurück) sind nach Maßgabe des § 32 Abs. 3 Satz 1 je einmal für die Schwangere und gegebenenfalls eine Begleitperson beihilfefähig. Fahrtkosten sind auch dann beihilfefähig, wenn der Beamte oder seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen über einen eigenen Haushalt im Inland verfügen, jedoch eine sachgemäße ärztliche Versorgung in Geburtsfällen am Dienort nicht gewährleistet ist und deshalb eine Heimreise erforderlich wird. Dies gilt jedoch dann nicht, wenn für die Reise Reisekosten nach Maßgabe reisekostenrechtlicher Vorschriften gewährt werden.
- 44.5.7 Soweit die Schwangere eine Begleitperson begleitet, sind deren Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten beihilfefähig. Eine Prüfung der Notwendigkeit ist nicht erforderlich. Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten für eine Begleitperson sind stets der Schwangeren zuzurechnen.
- 44.5.8 Für sonstige mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stehende Aufwendungen gelten die allgemeinen Vorschriften für Beamte im Ausland (§ 32 Abs. 4, § 33 Abs. 2).

- 45 Zu § 45 Künstliche Befruchtung**
- 45.1 Zu Absatz 1**
- 45.1.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist in Anlehnung an die nach § 27a Abs. 4 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“ – geregelt, die insoweit ergänzend angewendet werden kann.
- 45.1.2 Anspruch auf Beihilfeleistungen zur künstlichen Befruchtung besteht daher nur dann,
- wenn sie im homologen System durchgeführt werden, wenn also die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
 - wenn andere 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,
 - wenn vor Behandlungsbeginn die in Abschnitt B Nr. 5 der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch genannten Beratungen zu den Risiken einer Röteln- und Varizelleninfektion in einer späteren Schwangerschaft erfolgt sind,
 - wenn ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
 - für weibliche Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einer Person die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
- 45.1.3 Nach Geburt eines Kindes besteht – sofern die sonstigen Voraussetzungen gegeben sind – innerhalb der jeweils zulässigen Höchstzahl von erfolglosen Versuchen erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. Dabei werden die der Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche nicht auf die vorstehende Anzahl der Versuche angerechnet. Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (zum Beispiel Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, ohne dass es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist.
- 45.1.4 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-Vitro-Fertilisation. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind ebenfalls nicht beihilfefähig.
- 45.1.5 Für die nach Satz 1 Nr. 5 vorgesehene Beratung ist bei der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung kein besonderer Nachweis erforderlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass mit der Feststellung einer entsprechenden Diagnose durch einen Arzt, der die künstliche Befruchtung nicht selbst durchführt, auch eine entsprechende Beratung der Ehegatten erfolgte.
- 45.1.6 Nach Satz 5 bis 7 sind Aufwendungen nur für diejenigen Leistungen (Maßnahmen) beihilfefähig, die beim Beihilfeberechtigten selbst (und gegebenenfalls bei seinem berücksichtigungsfähigen Ehegatten, sofern die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 vorliegen) durchgeführt werden. Aufwendungen für Leistungen sind daher der Person zuzurechnen, bei der die Leistung durchgeführt wird (Kostenteilungsprinzip). Das im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Kostenteilungsprinzip kommt damit auch im Bereich der Beihilfe zur Anwendung. Insoweit sind hierbei auch die Richtlinien über künstliche Befruchtung zu berücksichtigen.
- 45.1.7 Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Satz 1 Nr. 5 (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion) und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann.
- 45.1.8 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.
- 45.1.9 Bei im Ausland entstandenen Aufwendungen ist das Vorliegen einer Genehmigung nach § 121a SGB V beziehungsweise einer dem dortigen Recht gegebenenfalls entsprechenden Genehmigung – sofern überhaupt erforderlich – nach Satz 1 Nr. 5 nicht zu prüfen.
- 45.2 Zu Absatz 2**
- 45.2.1 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 Stimulationsverfahren, das heißt nach Anregung der Fortpflanzungsorgane durch Hormone, durchgeführt werden. Dies betrifft die in Buchstaben b bis e der Anlage 7 zu § 45 Abs. 1 genannten Behandlungsmethoden. 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 (das heißt die in Buchstabe a der Anlage 7 zu § 45 Abs. 1 genannte Behandlungsmethode) findet wegen des geringeren Gesundheitsrisikos Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 keine Anwendung.

45.3 Zu Absatz 3

45.3.1 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen (befruchtete Eizelle im Vorkernstadium) 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. Dies kommt insbesondere dann in Betracht, wenn sich nach der Eizellentnahme mehr Eizellen befruchten lassen, als für den späteren Transfer vorgesehen sind.

45.3.2 Zusätzlich müssen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen einschließlich deren Lagerung die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen.

45.3.3 Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen sind unter anderem dann nicht mehr beihilfefähig, wenn im Zeitpunkt der Leistungserbringung keine hinreichende Aussicht mehr besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird (Absatz 1 Nr. 2), dass sich das Ehepaar scheiden lassen hat (Absatz 1 Nr. 3) oder dass einer der Ehepartner die Höchstaltersgrenze nach Absatz 1 Satz 4 überschreitet.

45.3.4 Aufwendungen für die Kryokonservierung von Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen einschließlich deren Lagerung sind nicht beihilfefähig.

45.4 Zu Absatz 4

45.4.1 Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen sind nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen beihilfefähig. Medizinisch begründete Ausnahmefälle liegen insbesondere dann vor, wenn die Kryokonservierung der Samenzellen der Vermeidung oder Minimierung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartender Behandlungsrisiken oder Folgeleiden dient und dies für den Fall eines ungünstigen Operations- oder Behandlungsverlaufes geeignet ist, durch den Eingriff oder die Behandlung erworbene körperliche Beeinträchtigungen (Unfruchtbarkeit) ganz oder teilweise auszugleichen.

45.4.2 Hat der Beamte bereits zum Zeitpunkt der Kryokonservierung die Höchstaltersgrenzen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4 überschritten, können im Rahmen der zu treffenden Ermessensentscheidung Aufwendungen für die Kryokonservierung der Samenzellen nach Satz 1 nicht als beihilfefähig anerkannt werden.

45.4.3 Die Beihilfefähigkeit umfasst auch die Aufwendungen für die Lagerung der kryokonservierten Samenzellen für einen Zeitraum von höchstens 15 Jahren, solange die Höchstaltersgrenzen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4 noch nicht überschritten sind. Auf das Vorliegen der Mindestaltersgrenze nach Absatz 1 Satz 3 (Vollendung des 25. Lebensjahres) kommt es hingegen nicht an.

46 Zu § 46 Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

46.1 Zu Absatz 1

46.1.1 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.

46.1.2 Die Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, kann nicht als Krankheit anerkannt werden; entsprechende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

46.1.3 Beihilfefähig sind insbesondere die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation, die ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege.

46.2 Zu Absatz 2

46.2.1 Ist ein Schwangerschaftsabbruch nach ärztlicher Bescheinigung nicht strafbar, bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung durch die Festsetzungsstelle. Nicht strafbar sind diejenigen Schwangerschaftsabbrüche, die mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen werden und wenn die schriftliche Feststellung eines anderen Arztes über die Voraussetzungen einer der in § 218a Abs. 2 und 3 des Strafgesetzbuches (StGB) genannten Indikationen (medizinische oder kriminologische Indikation) vorliegt. Ferner sind Schwangerschaftsabbrüche nach der sogenannten Beratungsregelung nach § 218a Abs. 1 StGB sowie die in § 218a Abs. 4 StGB genannten Schwangerschaftsabbrüche straflos. Nach § 218a Abs. 4 StGB nicht strafbare Schwangerschaftsabbrüche sind jedoch von der Beihilfefähigkeit ausgenommen.

46.2.2 Die sogenannte embryopathische Indikation (Schwangerschaftsabbruch aufgrund gesundheitlicher Probleme des Embryos) gilt dabei im strafrechtlichen Sinne als Unterfall der medizinischen Indikation. Entsprechende Aufwendungen sind daher auch nach Satz 1 beihilfefähig.

46.2.3 Die Beihilfefähigkeit umfasst auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs.

46.2.4 Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der sogenannten Beratungsregelung des § 218a Abs. 1 StGB ist bei der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zwischen notwendigen ärztlichen Maßnahmen, die bis zum Beginn des tatsächlichen Abbruchs stattfinden, und den „echten“ Abbrucharbeiten zu unterscheiden. Letztere sind ebenso wie die komplikationslose Nachbehandlung von der Beihilfefähigkeit ausgenommen, was mit dem Verweis auf § 24b Abs. 4 SGB V zum Ausdruck kommt.

46.2.5 Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Schwangerschaftsabbrüche nach der

sogenannten Beratungsregelung des § 218a Abs. 1 StGB nach Absatz 2 Satz 2 und 3 findet ergänzend Buchstabe D Nr. 3.3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch Anwendung.

- 46.2.6 Darüber hinaus wird auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG), wonach bei nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen auftragsweise die gesetzliche Krankenversicherung den Anspruch auf die unmittelbar mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen ärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen erfüllt, wenn sie bedürftig im Sinne des § 19 SchKG sind, verwiesen.
- 47 Zu § 47 Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende**
- 47.1 Zu Absatz 1**
- 47.1.1 Aufwendungen für Erste Hilfe können insbesondere bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen entstehen. Die Notwendigkeit, Verletzten oder Erkrankten Erste Hilfe zu leisten, ergibt sich aus den Umständen des Einzelfalls. Diese Aufwendungen sind neben Aufwendungen nach Abschnitt 2 und § 44 Abs. 1 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für sich anschließende Rettungsfahrten, zum Beispiel ins Krankenhaus, richtet nach § 32 Abs. 2.
- 47.1.2 Sind durch Erste-Hilfe-Leistungen besondere Kosten entstanden, zum Beispiel für die Herbeiführung eines Arztes, den Einsatz von Rettungskräften, Sanitätern und anderen Personen, für einen Krankenwagen oder sonstige Beförderungsmittel, sind diese Aufwendungen einschließlich der dabei verbrauchten Stoffe (insbesondere Arznei-, Hilfs- und Verbandmittel) beihilfefähig.
- 47.1.3 Für rettungsdienstliche Maßnahmen richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach Maßgabe der auf Grundlage des § 32 Abs. 5 SächsBRKG oder entsprechender Regelungen anderer Länder erlassenen Satzungen der Träger des Rettungsdienstes (in Sachsen: Landkreise und Kreisfreie Städte).
- 47.1.4 Werden im Rahmen der Erste-Hilfe-Maßnahmen Leistungen angefordert, die sich vor Ort als nicht mehr notwendig erweisen, sind diese Aufwendungen beihilfefähig, soweit zwischen dem Unfall oder der plötzlichen Erkrankung und der angeforderten Leistung kein krasses Missverhältnis besteht. Wird zum Beispiel nach einem schweren Verkehrsunfall ein Rettungshubschrauber angefordert und ergibt sich im Rahmen der Erste-Hilfe-Behandlung vor Ort später, dass ein Transport in ein Krankenhaus auch mit einem bodengebundenen Beförderungsmittel (zum Beispiel Rettungstransportwagen) erfolgen kann oder ein Transport nicht mehr erforderlich ist, können die Kosten des Rettungshubschraubereinsatzes durchaus beihilfefähig sein.
- 47.1.5 Etwaige Ersatzansprüche Dritter, die bei der Hilfeleistung einen Schaden erlitten haben, sind ebenfalls beihilfefähig, soweit der durch die Erste Hilfe entstandene Schaden nicht auf andere Weise ersetzt werden kann (zum Beispiel über die gesetzliche Unfallversicherung; § 13 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch [SGB VII] – Gesetzliche Unfallversicherung).
- 47.2 Zu Absatz 2**
- 47.2.1 Eine behördlich angeordnete Entseuchung kann bei Vorliegen ansteckender Krankheiten in Betracht kommen. Hierbei kommen insbesondere Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Betracht. 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.
- 47.3 Zu Absatz 3**
- 47.3.1 Aufwendungen für die Transplantation von Organen, Geweben und Stammzellen sind immer dem Empfänger zuzuordnen und unmittelbar nach Abschnitt 2 und 3 beihilfefähig. Absatz 3 umfasst die mittelbaren Folgekosten einer Transplantation, die nicht unmittelbar nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig sind. Dies betrifft im Einzelnen Aufwendungen, die für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und den Transport sowie die Organisation für die Bereitstellung des Organs, Gewebes oder der Stammzellen anfallen.
- 47.3.2 Absatz 3 gilt sowohl für postmortale Spenden als auch Lebendspenden. Lebendspenden von Organen (zum Beispiel Niere) sind nach § 8 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) nur unter Verwandten ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Verlobten oder anderen Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahesteht, zulässig.
- 47.3.3 Bei postmortalen Organspenden sind auf Grundlage des Vertrages nach § 11 Abs. 2 TPG, mit dem die Deutsche Stiftung für Organtransplantationen (DSO) als Koordinierungsstelle beauftragt wurde, für die Organbeschaffung Organisations- und Flugtransportkostenpauschalen an die DSO zu leisten. Zum Verfahren von Organtransplantationen gilt das Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 9. April 2002, Az. DI5-213 106-11/0 (GMBl. S. 478). Die gültigen Pauschalen der Organisations- und Flugkosten im Rahmen von Organtransplantationen bei postmortaler Organspende werden durch Rundschreiben des Staatsministeriums der Finanzen bekannt gemacht.
- 47.3.4 Aufwendungen für die Suche nach einem geeigneten Spenderorgan bei postmortaler Spende sind mit der Organisationspauschale an die DSO abgegolten.
- 47.3.5 Da eine Stammzellspende grundsätzlich anonym erfolgt, entstehen für den Stammzellspender in der Regel keine besonderen Aufwendungen. Diese Aufwendungen sind daher grundsätzlich bereits mit den Aufwendungen für die Registrierung zur Suche für einen nicht verwandten Stammzellspender in das Zentrale Knochenmarkspender-Register nach Absatz 4 abgegolten.
- 47.3.6 Die Übertragung von Blutstammzellen von einem Spender zu einem Empfänger wird als Stammzelltransplantation bezeichnet. Grundsätzlich gibt es 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.
- 47.3.7 Die sogenannte Ersttypisierung im Rahmen allgemeiner Aufrufe (das heißt nicht bezogen auf einen bereits bekannten und für den jeweiligen konkret in Frage kommenden Empfänger) ist vom Wortlaut der Vorschrift nicht erfasst, mithin nicht beihilfefähig.
- 47.3.8 Die einem Lebendspender entstandenen Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn der Empfänger

Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Dazu gehören insbesondere die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Eigenbeteiligungen nach § 59 Abs. 1 und 3 SächsBhVO, die bei Aufwendungen des Spenders anfallen, sind nicht zu berücksichtigen. Aufwendungen des Spenders sind auch zusätzlich über die Abschnitte 2 und 3 hinaus beihilfefähig, soweit der Umfang des Versicherungsschutzes des Spenders über den Leistungskatalog der Beihilfe hinausreicht (zum Beispiel bei vollständig – das heißt zu 100 Prozent – privat krankenversicherten Spendern Entfall eines Eigenanteiles für Wahlleistungen, wenn dies im Versicherungsschutz enthalten ist).

- 47.3.9 Beihilfefähig ist auch der vom Spender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkünften. Werden Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes [EntgFG]) geleistet, liegt kein Ausfall von Arbeitseinkommen vor. Nachgewiesener Ausfall an Arbeitseinkünften ist der Verdienstausschlag in Höhe des Nettolohnes (vergleiche auch BSG, Urteil vom 12. Dezember 1972, 3 RK 47/70). Beiträge des Spenders zur Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung sind nicht beihilfefähig.
- 47.3.10 Dem Arbeitgeber des Spenders kann in entsprechender Anwendung des § 3a Abs. 2 Satz 3 EntgFG auf Antrag das nach § 3a Abs. 1 EntgFG fortgezahlte Entgelt entsprechend dem Bemessungssatz des Empfängers erstattet werden. Das fortgezahlte Arbeitsentgelt umfasst auch darauf entfallende Beiträge zur Sozialversicherung sowie zur betrieblichen Altersversorgung.
- 47.3.11 Der landwirtschaftlichen Krankenkasse kann in entsprechender Anwendung des § 8 Abs. 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte auf Antrag die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe entsprechend dem Bemessungssatz des Empfängers erstattet werden.
- 47.3.12 Die Nummern 47.3.8 bis 47.3.11 gelten auch für als Organ-, Gewebe- oder Stammzellspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen.
- 47.3.13 Für die Organspende besteht nach § 2 Abs. 1 Nr. 13b SGB VII Unfallversicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung, so dass beim Eintritt von Gesundheitsschäden im Rahmen einer Spende, die über die in Nummer 47.3.8 genannten Aufwendungen hinausgehen, eine vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung besteht; dies gilt unabhängig vom Versicherungsstatus des Spenders. Die erforderliche Klärung von Kausalitätsfragen darf insoweit nicht zu Lasten der Spender gehen. Ein Gesundheitsschaden, der über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichem Zusammenhang mit der Spende steht, gilt als Versicherungsfall (§ 12a Abs. 1 SGB VII). Werden Nachbehandlungen erforderlich oder treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird vermutet, dass diese entsprechend verursacht worden sind. Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht. Kann der Spender Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beanspruchen (§ 12a Abs. 1 SGB VII), sind Beihilfeleistungen aufgrund der Subsidiarität der Beihilfe ausgeschlossen (§ 102 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SächsBG).
- 47.4 Zu Absatz 4**
- 47.4.1 Mit der Regelung wird klargestellt, dass auch die Aufwendungen für die Registrierung zur Suche nach einem Spenderorgan (zum Beispiel bei den Transplantationszentren nach § 10 TPG beziehungsweise Eurotransplant als Vermittlungsstelle nach § 12 TPG) oder einer Gewebespende beihilfefähig sind.
- 47.4.2 Aufwendungen für die Registrierung zur Suche nach einem nicht verwandten Stammzellspender sind nur beihilfefähig bei Registrierung im Zentralen Knochenmarkspender-Register, das von der ZKRD – Zentrales Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland gemeinnützige GmbH geführt wird.
- 47.4.3 Für die Registrierung zur Suche für einen nicht verwandten Stammzellspender – unabhängig von der Art der Gewinnung der Blutstammzellen – entstehen bei der ZKRD in der Regel Aufwendungen von 15 000 EUR einschließlich einer einmaligen Aktivierungsgebühr von 4 600 EUR. Die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen ist jedoch nicht auf diesen Betrag beschränkt.
- 48 Zu § 48 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**
- 48.1 Zu Absatz 1**
- 48.1.1 Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI erhalten Beihilfe für Pflegeleistungen nach Maßgabe des Abschnittes 6, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI erfüllt sind. 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. 1 bis 3: häusliche Pflege, § 49 Abs. 5: Beratungsbesuche, § 51: Verhinderungspflege, § 53: zusätzliche Betreuungsleistungen § 54: Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes). Neben pflegebedingten Aufwendungen kann Beihilfe bei Vorliegen der Voraussetzungen auch für andere Aufwendungen (zum Beispiel aus Anlass einer Krankheit, notwendige Behandlungspflege) gewährt werden.
- 48.1.2 Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und (voll-)stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vergleiche Nummern 48.1.5.2 und 48.1.5.3). Aufwendungen für eine notwendige, ärztlich verordnete Behandlungspflege sind daneben beihilfefähig, soweit die Voraussetzungen des § 30 vorliegen.
- 48.1.3 Aufgrund der engen Anlehnung der beihilferechtlichen Regelungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit an die entsprechenden Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch können in Zweifelsfällen ergänzend die Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände herangezogen werden (unter anderem Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 1. Juli 2008), die auf der Homepage der gesetzlichen Krankenversicherung (www.g-k-v.de) verfügbar sind.
- 48.1.4 Übersteigen bei Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, die Aufwendungen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der Beihilfe, sind darüber

hinausgehende Aufwendungen der häuslichen Pflege im Rahmen der Höchstbeträge des § 49 Abs. 4 beihilfefähig. Dies gilt auch für Aufwendungen für teilstationäre Pflege oder die Kombination dieser Leistung mit Leistungen der häuslichen Pflege (§ 50). In diesen Fällen findet der individuelle Bemessungssatz nach § 57 Abs. 2 und 3 Anwendung.

- 48.1.5 Pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität (Grundpflege) für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.
- 48.1.5.1 Krankheiten oder Behinderungen sind
- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- 48.1.5.2 Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- 48.1.5.3 Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- Die Bereiche nach Satz 1 Buchst. a bis c beinhalten die sogenannte Grundpflege.
- 48.1.6 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- 48.1.7 Die Beschäftigung und Betreuung zum Beispiel in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 48. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den behinderten Menschen sind deshalb nicht beihilfefähig (§ 5 Abs. 1 Nr. 3). Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (zum Beispiel Fahrkosten).
- 48.1.8 Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe beizufügen (hierzu auch Nummer 62.7). Die Pflegestufe ist für die Bestimmung der Höhe der Leistungen nach Abschnitt 6 maßgebend.
- 48.1.8.1 Pflegestufe I
Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Zeitaufwand wöchentlich im Tagesdurchschnitt: mindestens 90 Minuten, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen).
- 48.1.8.2 Pflegestufe II
Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Zeitaufwand wöchentlich im Tagesdurchschnitt: mindestens drei Stunden, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen).
- 48.1.8.3 Pflegestufe III
Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Zeitaufwand wöchentlich im Tagesdurchschnitt: mindestens fünf Stunden; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen).
- 48.1.9 Für Versicherte der Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Stufe der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (§ 18 SGB XI). Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (zum Beispiel Kopie des Gutachtens oder Zustimmung zur Anforderung des Gutachtens von der Versicherung, gegebenenfalls schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Entsprechendes gilt auch für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III+). Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt in der Regel für Versicherte durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (soziale Pflegeversicherung) oder die MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH (private Pflegeversicherung).
- 48.1.10 Ist im Einzelfall der Nachweis über die erforderlichen Pflegemaßnahmen nicht ausreichend oder beantragt der Beihilfeberechtigte abweichend Beihilfe zu einer höheren Pflegestufe, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- 48.1.11 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist die Entscheidung über den Widerspruch bis zur Abstimmung mit der Pflegeversicherung auszusetzen. Ist der Widerspruch sodann als unbegründet zurückzuweisen, soll die Entscheidung über den Widerspruch weiter bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung ausgesetzt werden. Der Antragsteller ist hiervon zu unterrichten.

- 48.1.12 § 45d SGB XI (Förderung ehrenamtlicher Strukturen) und § 45f SGB XI (Weiterentwicklung neuer Wohnformen) sehen keine Beteiligung der Beihilfe vor. Etwaige Aufwendungen sind daher nicht beihilfefähig.
- 48.2 Zu Absatz 2**
- 48.2.1 Der Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gilt als Zeitpunkt des Antrages auf entsprechende Beihilfeleistungen.
- 48.2.2 Das Antragsverfahren richtet sich nach Nummer 62.7.
- 48.3 Zu Absatz 3**
- 48.3.1 Die Pflegeberatung wird in der Regel durch Pflegeberater der sozialen Pflegekasse für ihre Versicherten durchgeführt. Die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH, ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, bietet die Pflegeberatung für privat Pflegeversicherte an.
- 48.3.2 Die Pflegeberatung ist für die Pflegebedürftigen in der Regel kostenfrei. Die Festsetzungsstelle beteiligt sich deshalb für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Hierzu werden von der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH entsprechende Pauschalpreise in Rechnung gestellt, die von der Festsetzungsstelle unmittelbar zu erstatten sind. Dabei ist es grundsätzlich ohne Bedeutung, wer sich beraten lässt. Voraussetzung ist aber, dass ein konkreter Bezug zu einem zu pflegenden Beihilfeberechtigten oder einem zu pflegenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen besteht.
- 48.3.3 Das PflegeNetz Sachsen, das der Freistaat Sachsen zusammen mit den Pflegekassen, den Kommunen und den Landkreisen erarbeitet hat, bietet für Pflegebedürftige und deren Angehörige über das Internet oder die Telefon-Hotline professionelle Unterstützung und kompetente Beratung rund um das Thema Pflege. Im Internet gelangt man unter www.pflegenetz.sachsen.de auf das Internetportal des PflegeNetzes. Hierbei handelt es sich um eine virtuelle Anlaufstelle für alle Fragen rund um das Thema Pflege, welche für Pflegebedürftige und deren Angehörige eine umfassende Darstellung von Hilfs- und Informationsangeboten bietet sowie Ansprechpartner, Kontakte und Adressen vermittelt.
- 49 Zu § 49 Häusliche Pflege**
- 49.0.1 Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 oder 3 beziehen, haben zusätzlich Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 EUR, wenn sie die übrigen Voraussetzungen des § 38a Abs. 1 SGB XI erfüllen. § 38a Abs. 2 SGB XI gilt entsprechend.
- 49.0.2 Voraussetzung ist, dass die Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird der pauschale Zuschlag zur Hälfte gewährt.
- 49.0.3 Der Zuschlag wird pauschal gewährt und unterliegt nicht dem Bemessungssatz (§ 57).
- 49.0.4 Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (vergleiche § 38a SGB XI) ist neben Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gemäß § 54 Abs. 2 (vergleiche § 40 Abs. 4 SGB XI) ein einmaliger Betrag von 2 500 EUR beihilfefähig. Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind bis zum Höchstbetrag von 2 500 EUR nach den Vorgaben des § 45e SGB XI nur beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat. Besteht keine Pflegeversicherung, sind entsprechende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist auf 10 000 EUR je Wohngruppe beschränkt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.
- 49.0.5 Der Anspruch nach Nummer 49.0.4 endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen EUR erreicht worden ist. Eine über diesen Zeitpunkt hinausgehende Beihilfegewährung wird insoweit ausgeschlossen, als die Zahlung des Zuschusses von der Leistung der Pflegeversicherung abhängig ist und die Pflegeversicherung ab diesem Zeitpunkt ebenfalls keine entsprechenden Leistungen mehr gewährt.
- 49.1 Zu Absatz 1**
- 49.1.1 Erfasst wird die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft (Berufspflegekraft) bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität (Grundpflege) beziehungsweise der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt (hierzu auch Nummern 48.1.5.2 und 48.1.5.3). Bei Pflegebedürftigen, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, sind zusätzlich auch Aufwendungen für die häusliche Betreuung im Sinne von § 124 Abs. 2 SGB XI nach Maßgabe des § 36 Abs. 3 und 4 sowie § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI beihilfefähig. Der Erhöhungsbetrag nach § 123 SGB XI ist zu beachten.
- 49.1.2 Nach § 89 SGB XI werden Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. Die jeweiligen stufenabhängigen Einsätze gelten als erbracht, soweit nicht Absatz 3 Anwendung findet. Fahrtkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.
- 49.1.3 Die Pflege durch eine Berufspflegekraft muss nicht zwangsläufig im eigenen Haushalt erfolgen. So kann zum Beispiel auch die Pflege in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung erfolgen. Beihilfe nach Absatz 1 ist bei (voll-)stationärer Pflege ausgeschlossen.
- 49.1.4 Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen (hierzu auch Nummer 48.1.8).
- 49.1.5 Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für einen vollen Kalendermonat, sind die beihilfefähigen Höchstbeträge nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht entsprechend zu kürzen.
- 49.1.6 Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege (§ 30) sind gesondert beihilfefähig. Zur Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege kann der Maßstab der Pflegeversicherung herangezogen werden.

49.2 Zu Absatz 2

- 49.2.1 Andere geeignete Personen sind insbesondere Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 10,5 Stunden wöchentlich (das heißt mindestens 90 Minuten im Tagesdurchschnitt) in seiner häuslichen Umgebung pflegen (zum Beispiel Angehörige, Freunde, Nachbarn). Andere geeignete Personen können aber auch Pflegepersonen sein, die die Pflege berufsmäßig durchführen, die aber die in Absatz 1 Satz 2 genannten Kriterien nicht erfüllen.
- 49.2.2 Pauschalbeihilfe ist grundsätzlich ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 in Verbindung mit § 72 SGB XI, das heißt eine zur vollstationären Pflege zugelassene Einrichtung, handelt. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf Beihilfe nach § 55. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung auf, besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege grundsätzlich ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe. Dies gilt nicht, wenn sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI aufhält, die keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI sind; das sind insbesondere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen, Kindergärten.
- 49.2.3 Ist ein pflegebedürftiger Schüler von Montag bis Freitag in einer Einrichtung (jedoch nicht in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI) internatsmäßig untergebracht, besteht ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe. Für diese Zeit kann unterstellt werden, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt.
- 49.2.4 Demgegenüber ist von einer dauerhaften Internatsunterbringung auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt, da in diesen Fällen der Lebensmittelpunkt innerhalb des Internates anzunehmen ist. Dennoch kann anteilige Pauschalbeihilfe für die Zeiträume gewährt werden, in denen sich der Pflegebedürftige im Haushalt der Familie aufhält. Dies gilt insbesondere auch für Ferienzeiten, in denen der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich gepflegt wird.
- 49.2.5 Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 20, einer stationären Rehabilitation nach § 37 oder einer stationären Pflege nach §§ 55 und 56 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 20) oder einer stationären Rehabilitation (§ 37).
- 49.2.6 Für die in Nummer 49.2.1 Satz 1 genannten Personen gelten die §§ 44 und 44a SGB XI. Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 SGB XI gemäß § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen zu Gunsten einer Pflegeperson setzt voraus, dass sich die Pflegeetätigkeit der Pflegeperson auf mindestens 14 Stunden wöchentlich bei einem oder mehreren Pflegebedürftigen beläuft. Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen, haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach Maßgabe des § 44a SGB XI. Voraussetzung ist, dass der Beschäftigte nach § 3 PflegeZG von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurde oder dessen Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV wird. Zusätzliche Leistungen sind die Entrichtung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung und die Gewährung eines Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Pflegeperson. Die Leistungen nach den §§ 44 und 44a SGB XI bleiben für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation bestehen (§ 34 Abs. 3 SGB XI) und zwar unabhängig davon, ob Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) in dieser Zeit weiter gezahlt wird.
- 49.2.6.1 Rentenversicherung
- 49.2.6.1.1 Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus der Information des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen der Beihilfe. Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegeversicherung. Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der Pflegeversicherung.
- 49.2.6.1.2 Die sich jeweils aus § 166 Abs. 2 SGB VI ergebenden Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen werden durch Rundschreiben des Staatsministeriums der Finanzen bekannt gemacht.
- 49.2.6.1.3 Die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden nach § 23 Abs. 1 SGB IV spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die Pflegeetätigkeit ausgeübt worden ist. Bei rückwirkender Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht sind die Beiträge für den zurückliegenden Zeitraum zu dem der Feststellung folgenden Fälligkeitstag zu zahlen. Eventuelle Über- oder Minderzahlungen sind später auszugleichen.
- 49.2.6.2 Kranken-/Pflegeversicherung
- 49.2.6.2.1 Auf Antrag sind Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren. Die Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.
- 49.2.6.2.2 Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach der Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4 SGB XI) zu

entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

- 49.2.6.2.3 Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt mindestens den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße für den Kalendertag beziehungsweise 1/3 der bundeseinheitlichen monatlichen Bezugsgröße (§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 18 SGB IV), die sich nach der jeweils geltenden Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung richtet. Nach der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2013 beträgt die Bezugsgröße im Kalenderjahr 2013 2 695 EUR (West) beziehungsweise 2 275 EUR (Ost). Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt damit im Jahr 2013 monatlich 898,33 EUR (West) beziehungsweise 758,33 EUR (Ost). Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen pro Kalendertag ist die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage durch 30 zu teilen.
- 49.2.6.2.4 Für die Zuschussbemessung für die Krankenversicherung ist der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V zu Grunde zu legen (Stand 1. Januar 2013: 15,5 Prozent). Der Beitragssatz zur Krankenversicherung beträgt daher im Kalenderjahr 2013 monatlich höchstens 139,24 EUR (West) beziehungsweise 117,54 EUR (Ost).
- 49.2.6.2.5 Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung wird durch Zugrundelegen des Beitragssatzes nach § 55 SGB XI (Stand 1. Januar 2013: 2,05 Prozent; gegebenenfalls bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 Prozent) auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ermittelt (2013 monatlich höchstens 18,42 EUR und 20,66 EUR [West] beziehungsweise 15,55 EUR und 17,44 EUR [Ost]).
- 49.2.6.2.6 Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- beziehungsweise Pflegekassen und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung nachzuweisen.
- 49.2.6.2.7 Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Für den Antrag ist das als Anhang 5 beigefügte Formblatt zu verwenden. Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für den Pflegebedürftigen zuständigen Festsetzungsstelle mitzuteilen.
- 49.2.6.3 Arbeitslosenversicherung
- 49.2.6.3.1 Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) – Arbeitsförderung – versichert. Nach Maßgabe des § 44a Abs. 2 SGB III in Verbindung mit dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch sind deshalb Beiträge zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 347 Nr. 10 Buchst. c SGB III von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen.
- 49.2.6.3.2 Zur Ermittlung der Beiträge werden den Festsetzungsstellen von den Pflegekassen beziehungsweise den privaten Pflegeversicherungsunternehmen spätestens am Ende der Pflegezeit die in Abschnitt V Nr. 2 und Anlage 4 des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit vom 1. Juli 2008 enthaltenen Informationen übermittelt. Eine Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge durch die Festsetzungsstelle besteht erst nach Erhalt dieser Mitteilung.
- 49.2.6.3.3 Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erfolgt als Gesamtbeitrag für das Kalenderjahr (Beitragsjahr), in dem eine Person Pflegezeit in Anspruch genommen hat (§ 349 Abs. 5 Satz 2 SGB III). Die Beiträge sind auf Grund der Mitteilungen unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt. Dabei sind eventuelle Überzahlungen oder Minderzahlungen aus vorherigen Beitragsjahren auszugleichen. Geht für das abzurechnende Beitragsjahr die Mitteilung bei der Festsetzungsstelle bis zum 28. Februar (Schaltjahr: 29. Februar) des Folgejahres ein, sind die Beiträge für die darin genannten Personen mit dem auf das abzurechnende Beitragsjahr entfallenden Beitrag zum 31. März desselben Jahres fällig. Geht die Mitteilung dagegen nach dem 28. beziehungsweise 29. Februar ein, können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des Folgejahres gezahlt werden.
- | | |
|-------------------------|--|
| Beispiel: | |
| Eingang der Mitteilung: | 15. Februar 2013 |
| Beitragspflicht: | vom 1. August 2012 bis 31. Januar 2013 |
- Die Beiträge für die Zeit vom 1. August bis 31. Dezember 2012 sind in die spätestens am 31. März 2013 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2013 ist bei der bis Ende März 2014 fälligen Beitragszahlung zu berücksichtigen.
- 49.2.6.3.4 Nach § 345 Nr. 8 SGB III betragen die beitragspflichtigen Einnahmen bei Personen in der Pflegezeit 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße in der Sozialversicherung (vergleiche jeweils geltende Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung). Wird die Pflegetätigkeit im Beitragsgebiet ausgeübt, ist die dort geltende Bezugsgröße (Bezugsgröße Ost) maßgebend. Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Pflegeperson ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich.
- 49.2.6.3.5 Ausgehend von der geltenden Bezugsgröße im Kalenderjahr 2013 (vergleiche Nummer 49.2.6.2.3) betragen die beitragspflichtigen Einnahmen 269,50 EUR (West) beziehungsweise 227,50 EUR (Ost) monatlich.
- 49.2.6.3.6 Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben. Maßgebend ist der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung, der in dem Zeitraum gilt, für den die Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem Pflegezeitgesetz wirksam ist. Im Kalenderjahr 2013 beträgt der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung 3,0 Prozent (§ 341 Abs. 2 SGB III). Daraus errechnet sich für das Jahr 2013 ein monatlicher Gesamtbeitrag in Höhe von 8,09 EUR (West) beziehungsweise 6,83 EUR (Ost).
- 49.2.6.3.7 Der Gesamtbeitrag ist auf das Konto der Bundesagentur für Arbeit Nr. 760 016 00 bei der Deutschen Bundesbank, Filiale Nürnberg, BLZ 760 000 00 zu überweisen. Eine Trennung nach

den Rechtskreisen „Ost“ und „West“ ist nicht erforderlich. Die in den Überweisungsbeleg zu übernehmenden Angaben ergeben sich aus Abschnitt III Nr. 4.1 des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit vom 1. Juli 2008.

- 49.2.7 Nach § 6 Abs. 1 sind entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften anzurechnen. Entsprechende Leistungen sind zum Beispiel solche nach § 35 Abs. 1 BVG und § 34 BeamtVG. Dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 61 ff. SGB XII für den Bereich der Sozialhilfe, die stets nachrangig sind.
- 49.2.8 In Anlehnung an das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 25. Oktober 1994, 3/1 RK 51/93 kann die Pauschalbeihilfe auf Antrag monatlich im Voraus als Abschlag gewährt werden (vergleiche Nummer 62.4.5).
- 49.2.9 In den Fällen der Verhinderungspflege nach § 51 und der Kurzzeitpflege nach § 52 kommt eine Kürzung der Pauschalbeihilfe nur im Rahmen der Höchstdauer von vier Wochen (28 Tage) in Frage. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe weiter gewährt (vergleiche Nummern 51.1.4, 51.1.5 und 52.1.5).
- 49.2.10 Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 und einer Kurzzeitpflege nach § 52 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.
- 49.2.11 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Bei einem Wechsel in die vollstationäre Pflege im Laufe eines Monats ist anteilige Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu bewilligen (vergleiche Nummer 55.1.8). Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
- 49.2.12 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2013):
- 49.2.12.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II das Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. August bis 26. August, das heißt für die Dauer von drei Wochen (22 Tage), Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 000 EUR (Höchstbetrag und Höchstdauer nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

–	Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. August bis 5. August (5 Tage) und 26. August bis 31. August (6 Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 440 EUR)	161,33 EUR
–	häufige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 19 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen ist) Höhe des häufigen Pflegegeldes (= 19/30 von 440 EUR/2)	139,33 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 EUR	300,00 EUR
–	zum Pflegegeld für 11 Tage 30 Prozent von 161,33 EUR	48,40 EUR
–	häufige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage, 30 Prozent von 139,33 EUR	41,80 EUR
	Gesamt	<u>390,20 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 EUR	700,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 161,33 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 48,40 EUR	112,93 EUR
–	häufige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 139,33 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 41,80 EUR	97,53 EUR
	Gesamt	<u>910,46 EUR</u>

- 49.2.12.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II das Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) in Anspruch. In einem Monat wird für die Dauer von 12 Tagen Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Als von der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 500 EUR (Höchstbetrag und Höchstdauer nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

–	Inanspruchnahme der Verhinderungspflege an 12 Tagen, einschließlich des ersten und des letzten Tages der Verhinderungspflege kann volles Pflegegeld für 20 Tage gewährt werden Höhe des Pflegegeldes (20/30 von 440 EUR)	293,33 EUR
–	häftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 10 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen ist) Höhe des häftigen Pflegegeldes (= 10/30 von 440 EUR/2)	73,33 EUR
a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 EUR	750,00 EUR
–	zum Pflegegeld für 20 Tage 50 Prozent von 293,33 EUR	146,67 EUR
–	häftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 10 Tage 50 Prozent von 73,33 EUR	36,67 EUR
	Gesamt	933,34 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 EUR	750,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 293,33 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 146,67 EUR	146,66 EUR
–	häftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 10 Tage, 73,33 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 36,67 EUR	36,66 EUR
	Gesamt	933,32 EUR

- 49.2.13 Bei Pflegebedürftigen, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, wird die Pauschalbeihilfe nach Maßgabe des § 37 Abs. 1 sowie § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI gewährt. Der Erhöhungsbetrag nach § 123 SGB XI ist insoweit zu beachten.

49.3 Zu Absatz 3

- 49.3.1 Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 ist grundsätzlich das in der Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

- 49.3.2 Insgesamt dürfen die Pflege für die Berufspflegekraft und Pauschalbeihilfe einen Anteil von 100 Prozent nicht übersteigen.

- 49.3.3 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2013):

- 49.3.3.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) und das Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 385 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes beziehungsweise der Pauschalbeihilfe ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:

–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (385 EUR von 1 100 EUR)	35 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)	65 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld beziehungsweise die Pauschalbeihilfe (65 Prozent von 440 EUR)	286,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 385 EUR	115,50 EUR
–	zum Pflegegeld 30 Prozent von 286 EUR	85,80 EUR
	Gesamt	201,30 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 385 EUR	269,50 EUR
–	Pauschalbeihilfe 286 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 85,80 EUR	200,20 EUR
	Gesamt	469,70 EUR

- 49.3.3.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) und das Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 440 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes beziehungsweise der Pauschalbeihilfe ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:

–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (440 EUR von 1 100 EUR)	40 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 40 Prozent)	60 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld beziehungsweise die Pauschalbeihilfe (60 Prozent von 440 EUR)	264,00 EUR
a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 440 EUR	220,00 EUR
–	zum Pflegegeld 50 Prozent von 264 EUR	132,00 EUR
	Gesamt	<u>352,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 Prozent von 440 EUR	220,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 264 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 132 EUR	132,00 EUR
	Gesamt	<u>352,00 EUR</u>

49.3.3.3

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II, die ihm ab 15. August bewilligt wurde, die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) und das Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte ab 15. August beträgt 200 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes beziehungsweise der Pauschalbeihilfe ist eine fiktive Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte für die Zeit vom 15. August bis 31. August (17 Tage) zu ermitteln:

–	fiktive Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte (1 100 EUR x 17/30)	623,33 EUR
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (200 EUR von 623,33 EUR)	32,09 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 32,09 Prozent)	67,91 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld beziehungsweise die Pauschalbeihilfe (67,91 Prozent von 440 EUR)	298,80 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 200 EUR	60,00 EUR
–	zum Pflegegeld 30 Prozent von 298,80 EUR	89,64 EUR
	Gesamt	<u>149,64 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 200 EUR	140,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 298,80 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 89,64 EUR	209,16 EUR
	Gesamt	<u>349,16 EUR</u>

49.3.3.4

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II, der die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllt, die Pflege durch Berufspflegekräfte einschließlich Leistungen der häuslichen Betreuung (100 Prozent = 1 250 EUR) und das Pflegegeld (100 Prozent = 525 EUR) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte einschließlich Leistungen der häuslichen Betreuung beträgt 437,50 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes beziehungsweise der Pauschalbeihilfe ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:

–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (437,50 EUR von 1 250 EUR)	35,00 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)	65,00 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld beziehungsweise die Pauschalbeihilfe (65 Prozent von 525 EUR)	341,25 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 437,50 EUR	131,25 EUR
–	zum Pflegegeld 30 Prozent von 341,25 EUR	102,38 EUR
	Gesamt	<u>233,63 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 437,50 EUR	306,25 EUR
–	Pauschalbeihilfe 341,25 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 102,38 EUR	238,87 EUR
	Gesamt	<u>545,12 EUR</u>

- 49.3.3.5 Wie Beispiel Nummer 49.3.3.4, jedoch wird in einem Monat für die Dauer von drei Wochen (21 Tage) Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 437,50 EUR. Daneben sind für die Verhinderungspflege Aufwendungen in Höhe von 1 000 EUR entstanden (Höchstbetrag und Höchstdauer nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes beziehungsweise der Pauschalbeihilfe wird auf die Ausführungen zu Beispiel Nummer 49.3.3.4 verwiesen. Aus diesem Anteil wird Pflegegeld nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

–	Inanspruchnahme der Verhinderungspflege an 21 Tagen, einschließlich des ersten und des letzten Tages der Verhinderungspflege kann volles Pflegegeld für 11 Tage gewährt werden Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 341,25 EUR)	125,13 EUR
–	häufige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 19 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen ist) Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 19/30 von 341,25 EUR/2)	108,06 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 EUR	300,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 437,50 EUR	131,25 EUR
–	zum Pflegegeld für 11 Tage 30 Prozent von 125,13 EUR	37,54 EUR
–	häufige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage 30 Prozent von 108,06 EUR	32,42 EUR
	Gesamt	501,21 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 EUR	700,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 437,50 EUR	306,25 EUR
–	Pauschalbeihilfe 125,13 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 37,54 EUR	87,59 EUR
–	häufige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 108,06 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 32,42 EUR	75,64 EUR
	Gesamt	1 169,48 EUR

- 49.3.4 Absatz 3 findet auch bei Härtefällen im Sinne des § 36 Abs. 4 SGB XI (Pflegestufe III+) Anwendung.
- 49.3.5 Ist in der Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 SGB XI aufgrund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht möglich, ist die Gewährung von Beihilfe nach Absatz 3 ebenfalls ausgeschlossen.
- 49.4 Zu Absatz 4**
- 49.4.1 Bei Pflegeaufwendungen für geeignete Pflegekräfte im Sinne des Absatzes 1 sowie bei der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen nach Absatz 3, die nicht durch die Sätze des Elften Buches Sozialgesetzbuch in ausreichendem Umfang gedeckt sind, sind die nach Absatz 4 festgesetzten Obergrenzen beihilfefähig. Die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 für andere geeignete Pflegekräfte wird jedoch pauschal gewährt. Eine Erhöhung dieser Pauschalbeihilfe ist daher ausgeschlossen, auch wenn im Einzelfall höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.
- 49.4.2 Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent (§ 57 Abs. 5). Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 4 zum individuellen Bemessungssatz nach § 57 Abs. 2 und 3 ebenfalls beihilfefähig.
- 49.4.3 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2013):
- 49.4.3.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 1 300 EUR.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	<u>330,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	<u>770,00 EUR</u>
c)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 4	
	– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 4 (1 350 EUR) wird nicht überschritten	1 300,00 EUR
	– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	1 100,00 EUR
	– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)	200,00 EUR
	Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (70 Prozent von 200 EUR)	140,00 EUR
d)	Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 4 (Buchstaben b und c):	<u>910,00 EUR</u>

49.4.3.2

Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent von 1 100 EUR) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 1 300 EUR.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	<u>550,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	<u>550,00 EUR</u>
c)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 4	
	– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 4 (1 350 EUR) wird nicht überschritten	1 300,00 EUR
	– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	1 100,00 EUR
	– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)	200,00 EUR
	Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft zum individuellen Bemessungssatz (§ 57 Abs. 5, 70 Prozent von 200 EUR)	140,00 EUR
d)	Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 4 (Buchstaben b und c):	<u>690,00 EUR</u>

49.5**Zu Absatz 5**

49.5.1

Beihilfe wird zu Aufwendungen für Beratungsbesuche gewährt, wenn die Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Dies gilt gemäß § 37 Abs. 3 Satz 6 SGB XI auch für Personen, 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. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

49.5.2

Beihilfefähig ist in den Pflegestufen I und II einmal halbjährlich, in der Stufe III einmal vierteljährlich eine Beratung des Pflegebedürftigen. Bei Pflegebedürftigen, 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, ist halbjährlich ein Beratungsbesuch beihilfefähig.

49.5.3

Die Durchführung von Beratungsbesuchen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen.

49.5.4

Beihilfe für Aufwendungen für Beratungsbesuche wird zusätzlich gewährt. Eine Anrechnung auf andere Beihilfeleistungen, insbesondere nach Absatz 2 (Pauschalbeihilfe), erfolgt nicht.

49.5.5

Im Falle des Nichtabrufes der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist die Beihilfe in entsprechender Anwendung des § 37 Abs. 6 SGB XI im gleichen Umfang zu kürzen und im Wiederholungsfall zu versagen, wenn die Pflegeversicherung deshalb das Pflegegeld ebenfalls gekürzt oder entzogen hat.

50**Zu § 50 Teilstationäre Pflege****50.1****Zu Absatz 1**

50.1.1

Kann die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt

werden, besteht 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.

- 50.1.2 Die Tages- und Nachtpflege soll die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern. Die Leistungen kommen insbesondere für Pflegebedürftige in Betracht, die aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen außerstande sind, während der Abwesenheit ihrer Pflegeperson allein in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben, ansonsten jedoch zu Hause versorgt werden.
- 50.1.3 Beihilfefähig sind nur die pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie Aufwendungen für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Stellt die Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen sowie für Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 Prozent des Pauschalsatzes als Pflegekosten im Sinne des § 41 Abs. 2 SGB XI anzusehen.
- 50.1.4 Die Beförderung zu und von der Einrichtung, die die teilstationäre Pflege leistet, ist grundsätzlich eine der Pflegeeinrichtung organisatorisch obliegende Maßnahme; die Kosten hierfür sind deshalb in dem beihilfefähigen Höchstbetrag mit einbezogen. Fahrkosten werden daher nicht gesondert erstattet.
- 50.1.5 Soweit die Aufwendungen die nach Absatz 1 vorgesehenen Höchstbeträge übersteigen, gilt § 49 Abs. 4 entsprechend. Hierbei finden die Berechnungsbeispiele unter Nummer 49.4.3 entsprechend Anwendung.

50.2 Zu Absatz 2

- 50.2.1 Pflegebedürftige können die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege mit der häuslichen Pflege (§ 49 Abs. 1 und 2) nach ihrer Wahl kombinieren. Die Beihilfegewährung erfolgt in diesen Fällen der Kombination von verschiedenen Pflegeleistungen grundsätzlich auf der Basis entsprechender Nachweise beziehungsweise Abrechnungen der Pflegeversicherung. Hierbei ist davon auszugehen, dass die Pflegeleistungen in der abgerechneten Form in Anspruch genommen wurden. Bei Vorliegen der Voraussetzungen gelten für die in Nummer 49.2.1 Satz 1 genannten Personen die §§ 44 und 44a SGB XI (hierzu Nummer 49.2.6).

- 50.2.2 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2013):

- 50.2.2.1 Kombination Berufspflegekraft und teilstationäre Pflege
Die Leistungsanteile aus Pflege für die Berufspflegekraft (Pflegesachleistung) und teilstationärer Pflege dürfen 150 Prozent nicht übersteigen (§ 41 Abs. 4 SGB XI).
- 50.2.2.1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 1 100 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 550 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Pflege durch Berufspflegekräfte ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 4 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (1 100 EUR von 1 100 EUR)	100 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 50 Prozent])	50 Prozent
–	Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte (50 Prozent von 1 100 EUR)	550,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	330,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 550 EUR	165,00 EUR
	Gesamt	<u>495,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	770,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 550 EUR	385,00 EUR
–	§ 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben (im Übrigen bliebe für die Anwendung des § 49 Abs. 4 kein Raum, da der Höchstbetrag nach § 41 Abs. 4 SGB XI (1 650 EUR) den Mindestbetrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 EUR) übersteigt)	
	Gesamt	<u>1 155,00 EUR</u>

- 50.2.2.1.2 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe I neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 450 EUR) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 450 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 400 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 300 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Pflege durch Berufspflegekräfte ist der Anteil

für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 4 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (400 EUR von 450 EUR)	88,89 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 38,89 Prozent])	61,11 Prozent
–	Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte (61,11 Prozent von 450 EUR)	275,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 400 EUR	120,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 275 EUR	82,50 EUR
	Gesamt	<u>202,50 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 400 EUR	280,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 275 EUR	192,50 EUR
–	die nicht gedeckten Aufwendungen von 25 EUR (700 EUR ./ 675 EUR) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (680 EUR) nicht überschritten wird, mithin sind noch 5 EUR (680 EUR ./ 675 EUR) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	3,50 EUR
	Gesamt	<u>476,00 EUR</u>

50.2.2.1.3

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 400 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 400 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Pflege durch Berufspflegekräfte ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 4 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (400 EUR von 1 100 EUR)	36,36 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (Kürzung des Höchstbetrages der Pflege durch Berufspflegekräfte erfolgt nicht, da der Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent nicht übersteigt)	100 Prozent
–	Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent von 1 100 EUR)	1 100,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 400 EUR	120,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	330,00 EUR
	Gesamt	<u>450,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 400 EUR	280,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	770,00 EUR
–	da der Mindestbetrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 EUR) den nach § 41 Abs. 4 SGB XI maßgebenden Höchstbetrag (1 500 EUR) unterschreitet, können ungedeckte Aufwendungen (300 EUR) nicht zusätzlich als beihilfefähig anerkannt werden	0,00 EUR
	Gesamt	<u>1 050,00 EUR</u>

50.2.2.1.4

Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 Prozent. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 1 100 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 600 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Pflege durch Berufspflegekräfte ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 4 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (1 100 EUR von 1 100 EUR)	100 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 50 Prozent])	50 Prozent
–	Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte (50 Prozent von 1 100 EUR)	550,00 EUR
a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	550,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 EUR	275,00 EUR
	Gesamt	<u>825,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	550,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 EUR	275,00 EUR
–	da der Mindestbetrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 EUR) den nach § 41 Abs. 4 SGB XI maßgebenden Höchstbetrag (1 650 EUR) unterschreitet, sind ungedeckte Aufwendungen (50 EUR) nicht zusätzlich beihilfefähig	0,00 EUR
	Gesamt	<u>825,00 EUR</u>

50.2.2.1.5 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 100 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 300 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Pflege durch Berufspflegekräfte ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 4 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 EUR von 1 100 EUR)	9,09 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (Kürzung des Höchstbetrages der Pflege durch Berufspflegekräfte erfolgt nicht, da der Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent nicht übersteigt)	100 Prozent
–	Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent von 1 100 EUR)	1 100,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 100 EUR	30,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	330,00 EUR
	Gesamt	<u>360,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 100 EUR	70,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	770,00 EUR
–	die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 EUR (1 400 EUR ./ 1 200 EUR) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 EUR) nicht überschritten wird, mithin sind noch 150 EUR (1 350 EUR ./ 1 200 EUR) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	105,00 EUR
	Gesamt	<u>945,00 EUR</u>

50.2.2.1.6 Wie Beispiel Nummer 50.2.2.1.5, jedoch ist der Versorgungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Als von der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 Prozent.

Vorüberlegung: siehe Beispiel Nummer 50.2.2.1.5

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 100 EUR	50,00 EUR
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	550,00 EUR
	Gesamt	600,00 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 100 EUR	50,00 EUR
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	550,00 EUR
	– die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 EUR (1 400 EUR ./ 1 200 EUR) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 EUR) nicht überschritten wird, mithin sind noch 150 EUR (1 350 EUR ./ 1 200 EUR) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent (individueller Bemessungssatz nach § 57 Abs. 5)	105,00 EUR
	Gesamt	705,00 EUR

50.2.2.2 Kombination Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) und teilstationäre Pflege Die Leistungsanteile aus Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) und teilstationärer Pflege dürfen 150 Prozent nicht übersteigen (§ 41 Abs. 5 SGB XI).

50.2.2.2.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 550 EUR.
Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 5 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (550 EUR von 1 100 EUR)	50 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (Kürzung des Höchstbetrages des Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) erfolgt nicht, da der Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent nicht übersteigt)	100 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld (100 Prozent von 440 EUR)	440,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 550 EUR	165,00 EUR
	– zum Pflegegeld 30 Prozent vom Höchstbetrag (440 EUR)	132,00 EUR
	Gesamt	297,00 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 550 EUR	385,00 EUR
	– Pauschalbeihilfe 440 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 132 EUR	308,00 EUR
	– § 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	
	Gesamt	693,00 EUR

50.2.2.2.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 440 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 5 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegereinrichtung (440 EUR von 1 100 EUR)	40 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (Kürzung des Höchstbetrages des Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) erfolgt nicht, da der Anteil der Pflege in einer Tagespflegereinrichtung 50 Prozent nicht übersteigt)	100 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld (100 Prozent von 440 EUR)	440,00 EUR
a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegereinrichtung 50 Prozent von 440 EUR	220,00 EUR
–	zum Pflegegeld 50 Prozent vom Höchstbetrag (440 EUR)	220,00 EUR
	Gesamt	440,00 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegereinrichtung 50 Prozent von 440 EUR	220,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 440 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 220 EUR	220,00 EUR
–	§ 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	0,00 EUR
	Gesamt	440,00 EUR

50.2.2.2.3

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) die Pflege in einer Tagespflegereinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegereinrichtung 990 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegereinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 5 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegereinrichtung (990 EUR von 1 100 EUR)	90 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegereinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 40 Prozent])	60 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 440 EUR)	264,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegereinrichtung 30 Prozent von 990 EUR	297,00 EUR
–	zum Pflegegeld 30 Prozent von 264 EUR	79,20 EUR
	Gesamt	376,20 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegereinrichtung 70 Prozent von 990 EUR	693,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 264 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 79,20 EUR	184,80 EUR
–	§ 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	0,00 EUR
	Gesamt	877,80 EUR

50.2.2.2.4

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 440 EUR) die Pflege in einer Tagespflegereinrichtung (100 Prozent = 1 100 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegereinrichtung 1 300 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegereinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 5 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (1 100 EUR von 1 100 EUR)	100 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 50 Prozent])	50 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld (50 Prozent von 440 EUR)	220,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	330,00 EUR
–	zum Pflegegeld 30 Prozent 220 EUR	66,00 EUR
	Gesamt	<u>396,00 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 EUR)	770,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 220 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 66 EUR	154,00 EUR
–	die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 EUR (1 300 EUR ./ 1 100 EUR) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 EUR) nicht überschritten wird, mithin sind noch 200 EUR (1 300 EUR ./ 1 100 EUR) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	140,00 EUR
	Gesamt	<u>1 064,00 EUR</u>

50.2.2.2.5 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe I neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 235 EUR) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 450 EUR) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 650 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes (Pauschalbeihilfe) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 5 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (450 EUR von 450 EUR)	100 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 50 Prozent])	50 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld (50 Prozent von 235 EUR)	117,50 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (450 EUR)	135,00 EUR
–	zum Pflegegeld 30 Prozent von 117,50 EUR	35,25 EUR
	Gesamt	<u>170,25 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (450 EUR)	315,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 117,50 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 35,25 EUR	82,25 EUR
–	die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 EUR (650 EUR ./ 450 EUR) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (680 EUR) nicht überschritten wird, mithin sind noch 200 EUR (650 EUR ./ 450 EUR) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	140,00 EUR
	Gesamt	<u>537,25 EUR</u>

50.2.2.3 Kombination Berufspflegekraft, Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) und teilstationäre Pflege
Die Leistungsanteile aus Pflege für die Berufspflegekraft (Pflegesachleistung), Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) und teilstationärer Pflege dürfen 150 Prozent nicht übersteigen. Innerhalb dieser Höchstgrenzen dürfen die Pflege für die Berufspflegekraft und Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) einen Anteil von 100 Prozent nicht übersteigen (§ 41 Abs. 6 SGB XI).

50.2.2.3.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI (§ 49 Abs. 3) in Anspruch (Pflegegeld 100 Prozent = 440 EUR, Pflege durch Berufspflegekräfte 100 Prozent = 1 100 EUR). Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (100 Prozent = 1 100 EUR). Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 550 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 440 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Kombinationsleistungen (Pflege durch Berufspflegekräfte und Pflegegeld) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 6 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (550 EUR von 1 100 EUR)	50 Prozent
–	Anteil der Kombinationsleistungen (Kürzung erfolgt nicht, da der Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent nicht übersteigt)	100 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (440 EUR von 1 100 EUR)	40 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 40 Prozent)	60 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 440 EUR)	264,00 EUR
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 550 EUR	165,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 440 EUR	132,00 EUR
–	zum Pflegegeld 30 Prozent von 264 EUR	79,20 EUR
	Gesamt	376,20 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 550 EUR	385,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 440 EUR	308,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 264 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 79,20 EUR	184,80 EUR
–	§ 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	0,00 EUR
	Gesamt	877,80 EUR

50.2.2.3.2

Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI (§ 49 Abs. 3) in Anspruch (Pflegegeld 100 Prozent = 440 EUR, Pflege durch Berufspflegekräfte 100 Prozent = 1 100 EUR). Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (100 Prozent = 1 100 EUR). Als von der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 825 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 550 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Kombinationsleistungen (Pflege durch Berufspflegekräfte und Pflegegeld) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 6 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (825 EUR von 1 100 EUR)	75 Prozent
–	Anteil der Kombinationsleistungen (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 25 Prozent])	75 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (550 EUR von 1 100 EUR)	50 Prozent
–	Anteil des Pflegegeldes (75 Prozent ./ 50 Prozent)	25 Prozent
–	Höchstgrenze für das Pflegegeld (25 Prozent von 440 EUR)	110,00 EUR
a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 825 EUR	412,50 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 EUR	275,00 EUR
–	zum Pflegegeld 50 Prozent von 110 EUR	55,00 EUR
	Gesamt	742,50 EUR
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 825 EUR	412,50 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 EUR	275,00 EUR
–	Pauschalbeihilfe 110 EUR abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 55 EUR	55,00 EUR
–	§ 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	0,00 EUR
	Gesamt	742,50 EUR

50.2.2.3.3

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe I Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI (§ 49 Abs. 3) in Anspruch (Pflegegeld 100 Prozent = 235 EUR, Pflege durch Berufspflegekräfte 100 Prozent = 450 EUR). Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (100 Prozent = 450 EUR). Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 380 EUR und für die Pflege durch Berufspflegekräfte ebenfalls 380 EUR.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils der Kombinationsleistungen (Pflege durch Berufspflegekräfte und Pflegegeld) ist der Anteil für die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung zu ermitteln (§ 41 Abs. 6 SGB XI):

–	Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (380 EUR von 450 EUR)	84,44 Prozent
–	Anteil der Kombinationsleistungen (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 34,44 Prozent])	65,56 Prozent
–	Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (380 EUR von 450 EUR)	84,44 Prozent
–	aufgrund der Beschränkung des Gesamtumfangs der Leistungen auf 150 Prozent kann für die Pflege durch Berufspflegekräfte jedoch nur ein Anteil von 65,56 Prozent vom Höchstbetrag (450 EUR) in Anspruch genommen werden	295,00 EUR
–	aufgrund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens von 150 Prozent durch die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung und die Pflege durch Berufspflegekräfte kann Pflegegeld nicht mehr gewährt werden	
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 380 EUR	114,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 295 EUR	88,50 EUR
	Gesamt	<u>202,50 EUR</u>
b)	Leistungen der Beihilfe	
–	zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 380 EUR	266,00 EUR
–	zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 295 EUR	206,50 EUR
–	die nicht gedeckten Aufwendungen von 85 EUR (760 EUR ./ 675 EUR) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (680 EUR) nicht überschritten wird, mithin sind noch 5 EUR (680 EUR ./ 675 EUR) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	3,50 EUR
	Gesamt	<u>476,00 EUR</u>

51 Zu § 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

51.1 Zu Absatz 1

- 51.1.1 Beihilfe zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege kann gewährt werden, wenn die Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat.
- 51.1.2 Die Höchstdauer und der Höchstbetrag beziehen sich auf das jeweilige Kalenderjahr. Der Anspruch ist nicht in das nächste Kalenderjahr übertragbar. Es ist aber möglich, dass die Leistung bis 31. Dezember eines Jahres in Anspruch genommen werden kann und ab 1. Januar des Folgejahres der Anspruch für vier Wochen weiter besteht oder wiederauftlebt und somit entsprechende Aufwendungen erneut beihilfefähig sind.
- 51.1.3 Die Verhinderungspflege kann zum Einen durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person (zum Beispiel Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte) und zum Anderen durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI (zum Beispiel ambulante Pflegedienste, familienentlastende Dienste) sowie andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Ersatzpflege durchführen (zum Beispiel Dorfhelfer, Betriebshilfsdienste), erbracht werden.
- 51.1.4 Bei Empfängern von Pauschalbeihilfe tritt die Leistung der Verhinderungspflege an die Stelle der Pauschalbeihilfe. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird die Pauschalbeihilfe gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Verhinderungspflege in mehreren Teilzeiträumen in Anspruch genommen wird, da am ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege auch die Voraussetzungen für die Pauschalbeihilfe erfüllt werden. Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe (§ 49 Abs. 2) wird während einer Verhinderungspflege jedoch für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt (vergleiche Nummer 49.2.10).
- 51.1.5 Auch eine nur stundenweise Leistungserbringung ist beihilfefähig. In diesen Fällen erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag nach Absatz 1. Für Tage, an denen die Verhinderungspflege nicht mindestens acht Stunden erbracht wird, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr. Die Pauschalbeihilfe wird bei stundenweiser Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von weniger als acht Stunden täglich nicht gekürzt.
- 51.1.6 Die Aufwendungen der Verhinderungspflege können bis zum Höchstbetrag ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Beihilfe nach § 49 Abs. 1 beihilfefähig sein.
- 51.1.7 Auf die Höchstdauer von vier Wochen wird die Zeit einer Beihilfebewilligung nach § 52 (Kurzzeitpflege) nicht angerechnet. Aufwendungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind daher auch dann beihilfefähig, wenn beide Leistungen im unmittelbaren Anschluss nacheinander in Anspruch genommen werden, soweit die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.
- 51.1.8 Die Erbringung der Verhinderungspflege ist örtlich nicht auf den Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt. Die Verhinderungspflege kann daher insbesondere auch in
- einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen,
 - einem Internat,
 - einer Krankenwohnung,
 - einem Kindergarten,

- einer Schule,
- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
- einem Krankenhaus oder
- einer Pflegeeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 SGB XI)

erbracht werden.

51.1.9 Beihilfefähig sind nur die pflegebedingten Aufwendungen. Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder für Zusatzleistungen sowie die Behandlungspflege und soziale Betreuung sind nicht beihilfefähig. Wird in diesem Zusammenhang lediglich eine Gesamtsumme oder ein Tagessatz – ohne weitere Spezifizierung – pauschal in Rechnung gestellt, ist der Anteil für Investitionskosten, Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung vom Rechnungsbetrag abzuziehen. Hierzu ist auf die Entscheidung der Pflegeversicherung abzustellen, welcher Anteil des Rechnungsbetrages als pflegebedingte Aufwendungen anerkannt wurde. Besteht keine Pflegeversicherung, sind 20 Prozent von der Summe des Rechnungsbetrages für Investitionskosten, Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung abzuziehen.

51.1.10 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Verhinderungspflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.4 verwiesen.

51.2 Zu Absatz 2

51.2.1 Wird die Verhinderungspflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann davon ausgegangen werden, dass die Verhinderungspflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den Betrag der Pauschalbeihilfe beschränkt. Werden aber höhere notwendige Aufwendungen durch die Pflegeperson nachgewiesen, wie zum Beispiel Verdienstaufschlag oder Fahrtkosten, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine Kostenerstattung bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 erfolgen. Eine pauschale Gewährung von Beihilfe bis zur Höhe des Betrages der Pauschalbeihilfe kommt insoweit nur in Betracht, wenn die besonders nachgewiesenen Aufwendungen diesen Höchstbetrag nicht überschritten haben.

51.2.2 § 32 Abs. 3 Satz 1 gilt entsprechend (vergleiche Nummern 32.3.1 und 32.3.2).

51.2.3 Verwandte (§ 1589 BGB) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Verschwägerter (§ 1590 BGB, § 11 Abs. 2 des Lebenspartnerschaftsgesetzes [LPartG]) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager.

52 Zu § 52 Kurzzeitpflege

52.1 Zu Absatz 1

52.1.1 Bei der Kurzzeitpflege wird der Pflegebedürftige für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung im Sinne von § 71 Abs. 2, § 72 SGB XI aufgenommen und dort gepflegt. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege

- für eine Übergangszeit direkt nach einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung oder wenn die Kurzzeitpflege innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes – der sich an dem bei der Anschlussheilbehandlung geltenden Rahmen orientieren soll (Nummer 37.2.1) – nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführt wird. Insbesondere kann dies erforderlich sein, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann,
- für Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Beihilfe im Rahmen der Verhinderungspflege nach § 51 überbrückt werden können, oder in Krisenzeiten, zum Beispiel bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Die Aufwendungen sind auch dann beihilfefähig, wenn bereits bei Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine vollstationäre Pflege gemäß § 55 (§ 43 SGB XI) in einer Pflegeeinrichtung erfolgen soll.

52.1.2 Beihilfefähig sind insbesondere auch Aufwendungen für die Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, und zwar unabhängig davon, ob die Einrichtung über eine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI verfügt, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist (§ 42 Abs. 4 SGB XI).

52.1.3 Die Ausführungen unter Nummer 51.1.2 zu Höchstdauer und Höchstbetrag sowie zur Übertragung beziehungsweise erneuten Inanspruchnahme des Anspruches auf Verhinderungspflege gelten für die Kurzzeitpflege entsprechend.

52.1.4 Beihilfefähig sind die pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten und Fahrtkosten sind nicht beihilfefähig. Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

52.1.5 Bei Empfängern von Pauschalbeihilfe tritt die Leistung der Kurzzeitpflege an die Stelle der Pauschalbeihilfe. Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird die Pauschalbeihilfe gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Kurzzeitpflege in mehreren Teilzeiträumen in Anspruch genommen wird, da am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege auch die Voraussetzungen für die Pauschalbeihilfe erfüllt werden. Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe (§ 49 Abs. 2) wird während einer

Kurzzeitpflege jedoch für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt (vergleiche Nummer 49.2.10).

- 52.1.6 Auf die Höchstdauer von vier Wochen wird die Zeit einer Beihilfebewilligung nach § 51 (Verhinderungspflege) nicht angerechnet. Aufwendungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind daher auch dann beihilfefähig, wenn beide Leistungen im unmittelbaren Anschluss nacheinander in Anspruch genommen werden, soweit die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.
- 52.1.7 Sofern der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege entweder in der Höhe oder nach Kalendertagen ausgeschöpft ist, kommt bereits ab diesem Zeitpunkt für den weiteren – kurzzeitigen – Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 51 in Betracht. In diesen Fällen beschränkt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf die pflegebedingten Aufwendungen (vergleiche Nummer 51.1.9).
- 52.1.8 Bei Ausschöpfung des Leistungsrahmens der Kurzzeitpflege können bei Vorliegen der Voraussetzungen auch die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 55 zur Verfügung gestellt werden.
- 52.1.9 Satz 2 betrifft Fälle, in denen eine Pflegestufe nicht oder noch nicht festgestellt wurde und deshalb häusliche Pflege noch nicht erfolgt ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Patienten aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung verlegt werden und eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit noch nicht erfolgt ist (vergleiche Nummer 48.1.9).
- 52.1.10 Bei einem Wechsel von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung sind für den Verlegungstag nur die Aufwendungen der vollstationären Pflegeeinrichtung beihilfefähig (vergleiche auch § 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI).
- 52.1.11 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Kurzzeitpflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.4 verwiesen.
- 52.2 Zu Absatz 2**
- 52.2.1 Sofern für pflegebedürftige Kinder keine geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorhanden sind, sind die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig. Dies gilt für pflegebedürftige Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, die zu Hause gepflegt werden. Dies gilt jedoch nicht für dort bereits wohnende Kinder und darf nicht dazu führen, dass bei diesen Kindern vier Wochen im Jahr als Kurzzeitpflege deklariert werden. Von daher sind Aufwendungen durch die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nicht für Kinder, die in Einrichtungen wohnen und gegebenenfalls in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege“ in der Einrichtung bleiben, beihilfefähig.
- 52.2.2 Einrichtungen sind für die Kurzzeitpflege von Kindern geeignet, wenn sie aufgrund der räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, die vollstationäre Pflege und Betreuung für die Dauer der Kurzzeitpflege – gegebenenfalls auch unter Einbeziehung externer Unterstützung, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst – sicher zu stellen. Dies ist regelmäßig bei entsprechenden Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und bei Einrichtungen, die mit einem Sozialleistungsträger eine entsprechende Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, zu unterstellen. Darüber hinaus ist die Eignung der Einrichtung im Einzelfall zu prüfen.
- 52.2.3 Sofern die Kurzzeitpflege für Kinder nicht in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen sondern in anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt wird und in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten aber nicht gesondert ausgewiesen sind, sind grundsätzlich 60 Prozent des Entgelts beihilfefähig. In begründeten Einzelfällen können davon abweichende pauschale Abschläge vorgenommen werden.
- 53 Zu § 53 Zusätzliche Betreuungsleistungen**
- 53.1 Der beihilfefähige Betrag beträgt nach § 45b SGB XI höchstens 100 EUR monatlich (Grundbetrag) oder 200 EUR monatlich (erhöhter Betrag). Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat. Insoweit ist auf die Festlegung der Pflegeversicherung abzustellen. Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.
- 53.2 Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) sowie entsprechende Personen, die zwar in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, jedoch keinen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (sogenannte Pflegestufe-0-Fälle).
- 54 Zu § 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes**
- 54.1 Zu Absatz 1**
- 54.1.1 Die Voraussetzungen des § 23 gelten nicht für Pflegehilfsmittel (§ 23 Abs. 10 Satz 3). Beihilfefähig sind insoweit die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen (§ 4 Abs. 3) für Pflegehilfsmittel.
- 54.1.2 Nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind in der Regel technische Pflegehilfsmittel im Sinne des § 40 Abs. 3 SGB XI, die zu den nichtstofflichen Medizinprodukten im Sinne des § 22 zählen. Ob die Pflegeversicherung Zuschüsse für technische Pflegehilfsmittel gewährt, richtet sich nach § 40 Abs. 3 SGB XI. Wenn die Pflegeversicherung für Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel anteilige Zuschüsse gewährt, ist davon auszugehen, dass das technische Pflegehilfsmittel notwendig im Sinne des § 4 Abs. 3 ist.
- 54.1.3 Nach § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis erstellt (<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action>). Dieses enthält Produkte, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern beziehungsweise eine

selbstständigere Lebensführung ermöglichen, ohne als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens eingestuft zu sein. Der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel kann dieses Pflegehilfsmittelverzeichnis zu Grunde gelegt werden; im Übrigen ist nach den konkreten Umständen des Einzelfalles zu entscheiden.

54.2 Zu Absatz 2

- 54.2.1 Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt. Dies richtet sich nach § 40 Abs. 4 SGB XI. Bei in der Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, sind Aufwendungen bis zu einem Betrag von 2 557 EUR je Pflegebedürftigen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist je Maßnahme auf einen Gesamtbetrag von 10 228 EUR begrenzt. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten werden die Aufwendungen anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.
- 54.2.2 Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zum Höchstbetrag von 2 557 EUR (Stand: 1. Januar 2013) beihilfefähig, wenn dadurch im Einzelfall
- die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird,
 - die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegenden verhindert wird oder
 - eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.
- Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf die Ermöglichung und Erleichterung von verrichtungsbezogenen Hilfeleistungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI beziehungsweise auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind in Nummer 8 zu § 40 SGB XI des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) vom 1. Juli 2008 dargestellt.
- 54.2.3 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden, liegt eine Wohnung oder ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.
- 54.2.4 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen sowohl in vorhandenem Wohnraum wie auch im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums in Frage. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind.
- 54.2.5 Es sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich erneut um eine Maßnahme, so dass weitere Aufwendungen bis zu einem Betrag von 2 557 EUR beihilfefähig sein können.
- 54.2.6 Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nur zur Hälfte (Bemessungssatz = 50 Prozent) gewährt.

55 Zu § 55 Vollstationäre Pflege

55.1 Zu Absatz 1

- 55.1.1 Werden zu den Aufwendungen einer stationären Pflege Leistungen der Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).
- 55.1.2 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. Ob die jeweilige Einrichtung einer Einrichtung nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vergleichbar ist, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu prüfen.
- 55.1.3 Ein Pflegezuschlag nach § 84 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI gilt als pflegebedingte Aufwendung im Sinne des Absatzes 1.
- 55.1.4 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung (zum Beispiel besonders großes oder im Vergleich zu anderen Zimmern des Heimes luxuriös ausgestattetes Zimmer oder „Gourmetkost“) sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (zum Beispiel zeitintensive „Schönheitspflege“ wie Maniküren oder Pediküren, die über die notwendige „Nagelpflege“ hinausgehen). Leistungen, die für die Unterbringung und Verpflegung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, können keine Zusatzleistungen sein (vergleiche § 4 Abs. 4 des Rahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege im Freistaat Sachsen vom 1. Juni 2012) und sind damit beihilfefähig.
- 55.1.5 Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
- 55.1.6 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich. In der Regel werden hier 75 Prozent des Heimentgeltes (Gesamtbetrag aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten) bei Pauschalabrechnungen anerkannt (§ 43 Abs. 2

- Satz 3 SGB XI).
- 55.1.7 Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim gelten die Aufwendungen für Betten- und Platzfreihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen als Pflegeleistungen. Abweichend davon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und Aufhalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. Beihilfefähig sind die nach § 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI geminderten Beträge (§ 43 Abs. 5 SGB XI).
- 55.1.8 Bei einem Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege im Laufe des Monats besteht für die Zeit der häuslichen Pflege Anspruch auf volle Beihilfe bis zu den in § 49 Abs. 1 und 4 festgelegten Höchstgrenzen. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 50. Bei Zahlung von Pauschalbeihilfe ist nach § 49 Abs. 2 anteilige Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu bewilligen.
- 55.1.9 Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege (§ 52) in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig von der Pflegestufe, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Beihilfeanspruch von bis zu 1 550 EUR, soweit dieser Betrag beziehungsweise der in § 52 genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Darüber hinaus kommt für die Zeiten des Monats, die nicht durch Kurzzeitpflege beziehungsweise vollstationäre Pflege belegt sind, die Gewährung von Beihilfe bis zu den in § 49 festgelegten Höchstgrenzen beziehungsweise die anteilige Pauschalbeihilfe in Betracht.
- 55.1.10 Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpfleeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung sind nur die Aufwendungen der vollstationären Pflegeeinrichtung beihilfefähig, da nur diese nach § 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI befugt ist, für diesen Tag ein Heimentgelt zu berechnen.
- 55.1.11 Aufwendungen für Fahrtkosten in die vollstationäre Pflegeeinrichtung sind im Rahmen des § 55 Abs. 1 nicht beihilfefähig. § 32 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 bleibt unberührt.
- 55.2 Zu Absatz 2**
- 55.2.1 Sofern das Pflegeheim die Voraussetzungen des § 87b SGB XI erfüllt und eine Vereinbarung über entsprechende Vergütungszuschläge getroffen ist, sind von der Festsetzungsstelle bei Nachweis entsprechender Leistungen Aufwendungen zu Vergütungszuschlägen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 87b SGB XI beihilfefähig.
- 55.2.2 Der Heimbewohner hat mit der Zahlung des Vergütungszuschlags an die Pflegeeinrichtung Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung. Auf das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebot müssen die Pflegeeinrichtungen potentielle Heimbewohner und deren Angehörige im Rahmen der Verhandlungen und des Abschlusses von Heimverträgen nachprüfbar hinweisen.
- 55.3 Zu Absatz 3**
- 55.3.1 Beihilfeleistungen zu Anerkennungsbeträgen nach § 87a Abs. 4 SGB XI sind bei Nachweis entsprechender Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag des Beihilfeberechtigten zu erbringen.
- 55.3.2 Ab dem Zeitpunkt der Rückstufung des Pflegebedürftigen sind Beihilfeleistungen zu pflegebedingten Aufwendungen nach der niedrigeren Pflegestufe zu gewähren.
- 55.4 Zu Absatz 4**
- 55.4.1 Die verbleibenden Aufwendungen sind insbesondere die durch Überschreitung der Höchstbeträge nach Absatz 1 nicht gedeckten Aufwendungen sowie Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig und von den verbleibenden Aufwendungen abzuziehen.
- 55.4.2 Für die Ermittlung der Einkommensgrenze im Sinne des Satzes 2 ist das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 der Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes (Bundesbesoldungsordnungen A und B) zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 gemäß § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nummer 27 Abs. 1 Buchst. b zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B zu Grunde zu legen. Weitere Bezügebestandteile (zum Beispiel kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag, Amts- und sonstige Stellenzulagen) sind nicht zu berücksichtigen. Diese Grenze gilt auch für Versorgungsempfänger.
- 55.4.3 Als berücksichtigungsfähige Angehörige zählen auch die Personen, die aufgrund eines eigenen Beihilfeanspruches nicht zu berücksichtigen sind (zum Beispiel Ehegatte ist selbst Beamter).
- 55.4.4 Der Bemessungssatz der beihilfefähigen Aufwendungen beträgt gemäß § 57 Abs. 8 100 Prozent.
- 55.4.5 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2013):
Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 2 000 EUR, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 500 EUR. Er nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 550 EUR). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten	2 000 EUR
Unterkunft/Verpflegung	1 000 EUR
Investitionskosten	400 EUR
Telefonanschluss	25 EUR
Gesamt	3 425 EUR
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 550 EUR	465,00 EUR
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 550 EUR	1 085,00 EUR
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 4	
Gesamtaufwendungen	3 425,00 EUR
./. pauschalisierte Leistungen nach Absatz 1 (Buchst. a und b)	1 550,00 EUR
./. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI (Telefonanschluss)	25,00 EUR
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 4	1 850,00 EUR
Einkommen	2 500,00 EUR
Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 (2 871,03 EUR) zuzüglich Familienzuschlag Stufe 1 (116,82 EUR) und der allgemeinen Stellenzulage (71,10 EUR)	3 058,95 EUR
Da das Einkommen niedriger ist als die Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9, bestimmt sich der Eigenanteil mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach Satz 2 Nr. 1 Buchst. a (30 Prozent des Einkommens). Eigenanteil (30 Prozent von 2 500 EUR)	750,00 EUR
beihilfefähige Aufwendungen (1 850 EUR verbleibende Aufwendungen ./. 750 EUR Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Abs. 8)	1 100,00 EUR
d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 4 (Buchstabe b und c):	2 185,00 EUR

55.5**Zu Absatz 5**

55.5.1

Als Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit zählt der monatliche Bruttoverdienst. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit ist der Gewinn (vergleiche auch § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 EStG). Bei monatlich schwankenden Einkommen beziehungsweise Einkünften ist ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteiles heranzuziehen.

55.5.2

Bei Anwärtern, denen neben ihren Anwärterbezügen ein Familienzuschlag gewährt wird, gilt für diesen Nummer 1.

55.5.3

Einkommen von Kindern bleiben unabhängig von der Art des Einkommens unberücksichtigt.

55.5.4

Leistungsprämien nach § 3 der Leistungsprämienverordnung (LPVO) und Leistungsstufen nach § 3 der Leistungsstufenverordnung (LStVO) zählen nicht als Einkommen.

56**Zu § 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe**

56.1

Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 256 EUR monatlich. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

56.2

Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt. Eine dezidierte Festlegung der einzelnen Pflegestufe ist daher nicht erforderlich.

56.3

Bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 52.

56.4

Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 56 und der häuslichen Pflege (§ 49) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (zum Beispiel an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 51 oder des § 52 gewährt werden. Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 56 ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 51 oder § 52 nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 56 abgegolten.

57**Zu § 57 Bemessung der Beihilfe****57.1****Zu Absatz 1**

57.1.1

Ändern sich die für den Bemessungssatz maßgeblichen Verhältnisse während einer laufenden Behandlung, so sind die Aufwendungen aufzuteilen. Erfolgt eine pauschale Abrechnung, ist eine tagesanteilige Abrechnung vorzunehmen. Falls seitens der privaten Krankenversicherung eine andere Aufteilung vorgenommen wird, kann diese zugrunde gelegt werden; § 58 ist zu beachten.

57.2 Zu Absatz 2

57.2.1 Zu den Beihilfeberechtigten im Sinne der Nummer 1 zählen auch die entpflichteten Hochschullehrer, da sie weiterhin Besoldung im Sinne des § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SächsBG erhalten (BVerwG, Urteil vom 22. Februar 1990, 2 C 6/89; OVG Lüneburg, Urteil vom 5. Dezember 2007, 5 LB 342/07).

57.2.2 Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbwaisen, soweit sie Halbwaisengeld beziehen.

57.3 Zu Absatz 3

57.3.1 Der dauerhaft erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent gilt nur für Beihilfeberechtigte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung am 1. Januar 2013 mindestens zwei berücksichtigungsfähige Kinder hatten.

57.3.2 Bei mehreren Beihilfeberechtigten nach § 102 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SächsBG oder nach vergleichbaren privat- oder beamtenrechtlichen Regelungen des Bundes oder anderer Länder wird der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten erhöht, den die Beihilfeberechtigten zuvor bestimmt haben, wenn nicht aufgrund von beihilferechtlichen Vorschriften des Bundes oder eines anderen Landes eine feste Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes erfolgt ist. Hierfür ist das Formblatt nach Anhang 1, mit dem gleichzeitig eine Bestimmung zur Berücksichtigung des Kindes getroffen werden kann, zu verwenden.

57.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)**57.5 Zu Absatz 5**

57.5.1 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. Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

57.5.2 Übersteigen die Leistungen der Beihilfe die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (zum Beispiel § 49 Abs. 4), gelten für den übersteigenden Teil die sich aus Absatz 2 bis 4 ergebenden allgemeinen Bemessungssätze. Die Sonderregelungen der Absätze 8, 9 und 11 bleiben unberührt, da hiervon Leistungen erfasst sind, die regelmäßig ohnehin nicht von der sozialen Pflegeversicherung umfasst sind.

57.5.3 Berücksichtigungsfähige Angehörige können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls unter die Halbierungsregelung des § 28 Abs. 2 SGB XI fallen (zum Beispiel bei beitragsfreier Mitversicherung beim Beamten, der freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist). Hingegen fallen eigenständig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, bei der Beihilfe jedoch berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten nicht unter die Halbierungsregelung des § 28 Abs. 2 SGB XI. Bei berücksichtigungsfähigen Kindern kommt es für die Anwendung des § 28 Abs. 2 SGB XI darauf an, bei wem das Kind mitversichert ist. Ist das Kind zum Beispiel beim Beamten, der freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, mitversichert, findet § 28 Abs. 2 SGB XI Anwendung. Zu den verschiedenen Fallgestaltungen wird auf das Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 22. März 1995, Az. D III 5 – 213 106-7/5, verwiesen.

57.6 Zu Absatz 6

57.6.1 Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

57.6.2 Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (zum Beispiel Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

57.6.3 Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Leistungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil zum Beispiel ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

57.7 Zu Absatz 7

57.7.1 Die besonderen Erstattungsregelungen gelten nur für die in § 5 Abs. 4 ausdrücklich als beihilfefähig bezeichneten Leistungen sowie Leistungen für die dort genannten berücksichtigungsfähigen Kinder. Nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Selbstbehalte sind neben den gewährten Zuschüssen anzurechnen.

57.7.2 Sieht der (Pflicht-)Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen weder Leistungen noch Zuschüsse vor und kann damit auch keine Anrechnung von Kassenleistungen nach § 6 erfolgen, kommt eine Differenzkostenbeihilfe nicht in Betracht. Das ist zum Beispiel bei der Behandlung von Heilpraktikern der Fall, da diese nicht zu

dem zur Kassenbehandlung zugelassenen Personenkreis zählen. Insoweit ist bei Heilpraktikerleistungen – auch wenn die Krankenkasse hierzu freiwillig Satzungsleistungen gewährt – stets der individuelle Bemessungssatz maßgeblich. Gleiches gilt für Wahlleistungen bei stationären Aufenthalten.

57.8 Zu Absatz 8

57.8.1 Die verbleibenden Aufwendungen sowie Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind beihilfefähig, soweit sie den Eigenanteil nach § 55 Abs. 4 Satz 2 überschreiten. Der Beihilfebemessungssatz beträgt für diese Aufwendungen 100 Prozent.

57.9 Zu Absatz 9 (bleibt frei)

57.10 Zu Absatz 10 (bleibt frei)

57.11 Zu Absatz 11

57.11.1 Die Erhöhung des Bemessungssatzes kommt in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht, wenn ohne die Erhöhung die Fürsorgepflicht des Dienstherrn verletzt würde. Es ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes infolge einer durch einen Dienstunfall herbeigeführten Beschädigung kommt nicht in Betracht.

57.12 Zu Absatz 12 (bleibt frei)

58 Zu § 58 Begrenzung der Beihilfe

58.1 Zu Absatz 1

58.1.1 Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den Abschnitten 2 bis 6 als solche näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (zum Beispiel Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist (§ 1 Abs. 5 Nr. 2). So gehören zum Beispiel Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel und vergleichbare Medizinprodukte (§ 21 Abs. 3; § 22 Abs. 4) nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen.

58.1.2 Die Geburtspauschale nach § 44 Abs. 4 ist ebenso wenig zu berücksichtigen wie ein etwaig gezahltes Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 BeamtVG.

58.1.3 Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit, so dass diese bei der Ermittlung der 100-Prozent-Grenze nicht berücksichtigt werden.

58.1.4 Übersteigt der Betrag der nach § 57 errechneten Beihilfe zuzüglich der zustehenden anderweitigen Leistungen den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

58.2 Zu Absatz 2

58.2.1 Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

59 Zu § 59 Eigenbeteiligungen

59.1 Zu Absatz 1

59.1.1 Neben den in § 59 genannten Eigenbeteiligungen und dem in § 60 geregelten Selbstbehalt sind in einzelnen Vorschriften Eigenanteile (zum Beispiel § 23 Abs. 4, Abs. 8 Nr. 3 und 4, Abs. 9; § 55 Abs. 4) geregelt.

59.1.2 Bei der Beihilfefestsetzung sind die Eigenbeteiligungen vor dem Selbstbehalt (§ 1 Abs. 5, § 60) zu berücksichtigen.

59.1.3 Die Abzugsbeträge sind in Abhängigkeit vom Bemessungssatz vorzunehmen. Beispiel: Der mit einem Bemessungssatz von 70 Prozent zu berücksichtigende Beihilfeberechtigte reicht ein für 30 EUR gekauftes Arzneimittel zur Kostenerstattung ein. Zunächst ist die Eigenbeteiligung von 5 EUR von den Kosten des Arzneimittels abzuziehen, so dass sich ein beihilfefähiger Betrag von 25 EUR ergibt. Die Beihilfe ist aufgrund des Bemessungssatzes auf 17,50 EUR festzusetzen. Der tatsächliche Abzugsbetrag für die Eigenbeteiligung beträgt somit 3,50 EUR.

59.1.4 Ein Abzug ist nicht vorzunehmen für bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung verbrauchte Arznei- und Verbandmittel oder stoffliche Medizinprodukte, die als Auslagen abgerechnet werden (vergleiche § 10 GOÄ, § 9 GOZ). Gleiches gilt bei einer Behandlung durch Heilpraktiker (§ 9 Satz 2). § 59 Abs. 1 findet auf von Hebammen angewandte Arzneimittel (§ 44 Abs. 2 Satz 6) und Impfstoffe (§ 40 Abs. 2) keine Anwendung; Eigenbeteiligungen sind daher in diesen Fällen ebenfalls nicht abzuziehen.

59.1.5 Maßgebend für den Abzugsbetrag ist der Apothekenabgabepreis. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Werden zum Beispiel statt einer Großpackung zu einem Preis von 35 EUR zwei kleinere Packungen zu einem Preis von jeweils 17,50 EUR gekauft, beträgt die Eigenbeteiligung 9 EUR (2 mal 4,50 EUR) statt 5 EUR.

59.1.6 Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg, auch für Arznei- und Verbandmittel und stoffliche Medizinprodukte aus Versandapotheken. Gewährte Rabatte von Versandapotheken sind, sofern sie nicht bereits im Abgabepreis verrechnet sind, vor Ansatz des Abzugsbetrages vom beihilfefähigen Betrag abzuziehen.

59.1.7 Für beihilfefähige Hilfsmittel (zum Beispiel auch Blut- und Harnteststreifen sowie Blutzuckerteststreifen – vergleiche Nummer 23.2.1) fällt keine Eigenbeteiligung an.

59.1.8 Eigenbeteiligungen sind nicht bei Ruhestandsbeamten abzuziehen, deren Versorgungsbezüge das um 10 Prozent erhöhte Mindestruhegehalt gemäß § 17c Abs. 3 Satz 2 und 3 SächsBesG (65 Prozent der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 4 zuzüglich eines Erhöhungsbetrages von 30,68 EUR) nicht übersteigen. Dem sich daraus ergebenden Betrag ist der Familienzuschlag der Stufe 1 nach § 50 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG in Verbindung mit § 40 Abs. 1 BBesG hinzuzurechnen. Dies gilt auch für Hinterbliebene, soweit diese

nicht bereits von § 59 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 erfasst sind (Waisen). Eine Unterscheidung zwischen Ruhegehaltsempfängern und Hinterbliebenen erfolgt somit nicht; für diese gilt dieselbe „Einkommengrenze“. Zum Begriff der Versorgungsbezüge wird auf § 2 BeamtVG verwiesen. Weitere Einkommen, zum Beispiel aus Renten, bleiben außer Betracht. Die Belastungsgrenze des § 61 bleibt unberührt. Maßgebend für die Festsetzung der Beihilfe ist das Mindestruhegehalt zum Zeitpunkt der Antragstellung.

- 59.1.9 Schwangere sind unabhängig von der Art der Beschwerden von der Zahlung von Eigenbeteiligungen befreit.
- 59.2 Zu Absatz 2**
- 59.2.1 Die Eigenbeteiligung ist immer dann abzuziehen, wenn die Unterbringung in Einzel- oder Zweibettzimmern nicht die Standardleistung des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung ist.
- 59.3 Zu Absatz 3**
- 59.3.1 Bei Fahrten aus Anlass von ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 5 bis 7 ist die Eigenbeteiligung stets abzuziehen. Bei Fahrten aus Anlass stationärer Maßnahmen nach § 37 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 und bei Kuren ist keine Eigenbeteiligung abzuziehen, auch wenn die Fahrtkosten im Einzelfall unter der dort genannten 200-EUR-Grenze liegen.
- 60 Zu § 60 Selbstbehalt**
- 60.1 Zu Absatz 1**
- 60.1.1 Der Selbstbehalt fällt nur für den Beihilfeberechtigten selbst an, auch wenn er Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen geltend macht.
- 60.1.2 Der Selbstbehalt eines in Elternzeit befindlichen Beihilfeberechtigten entfällt sowohl für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten als auch der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Er entfällt auch, wenn während der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt wird (Elternteilzeit).
- 60.2 Zu Absatz 2**
- 60.2.1 Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht vom Selbstbehalt befreit.
- 60.3 Zu Absatz 3**
- 60.3.1 Bei einem Wechsel eines bisher beim Bund oder einem anderen Land Beschäftigten sind die beim bisherigen Dienstherrn im Kalenderjahr angefallenen Selbstbehalte, Kostendämpfungspauschalen oder vergleichbare Eigenbehalte nicht zu berücksichtigen.
- 61 Zu § 61 Belastungsgrenzen**
- 61.1 Zu Absatz 1**
- 61.1.1 Einkünfte des Ehegatten bleiben bei der Bestimmung der Belastungsgrenze unberücksichtigt.
- 61.1.2 Es sind nur die Beträge zu berücksichtigen, mit denen der Beihilfeberechtigte auch belastet ist. Die Beträge der Eigenbeteiligungen nach § 59 sind somit nur entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes nach § 57 zu berücksichtigen; der Selbstbehalt nach § 60 stets in voller Höhe. Die Befreiung umfasst sowohl die Eigenbeteiligungen für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten als auch seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
- 61.1.3 Eine Befreiung der Eigenbeteiligungen und des Selbstbehalts wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres. Im folgenden Kalenderjahr ist wiederum zunächst ein Eigenanteil in Höhe von 2 Prozent zu erbringen, um auch für dieses Kalenderjahr von der Anwendung der genannten Eigenbehalte freigestellt zu werden.
- 61.2 Zu Absatz 2**
- 61.2.1 Die reduzierte Belastungsgrenze kommt dann zur Anwendung, wenn entweder der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige schwerwiegend chronisch erkrankt ist. Der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (zum Beispiel ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn die chronische Erkrankung offenkundig fortbesteht. Dies entbindet jedoch nicht von der jährlichen Antragstellung.
- 61.3 Zu Absatz 3**
- 61.3.1 Nicht zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtete Personen, zum Beispiel Personen, für deren Einkommen eine Veranlagung nach § 43 Abs. 5 EStG oder § 46 EStG unterbleibt (§ 25 Abs. 1 EStG), haben die Höhe des Gesamtbetrages der Einkünfte anhand anderer geeigneter Unterlagen (zum Beispiel Bezügemitteilung, Bankbelege) nachzuweisen. Der Beihilfeberechtigte hat in diesem Fall formlos zu erklären, dass andere als die angegebenen Einkunftsquellen nicht vorhanden sind. Die Festsetzungsstelle kann hierfür geeignete Formblätter zur Verfügung stellen.
- 61.3.2 Unterbleibt der Abzug der Eigenbeteiligung oder des Selbstbehaltes wegen einer entsprechenden Glaubhaftmachung des Beihilfeberechtigten, ist der Beihilfebescheid unter dem Vorbehalt der Aufhebung und der Rückforderung der geleisteten Beihilfe zu erlassen. Nummer 4.2.5 gilt entsprechend.
- 61.4 Zu Absatz 4**
- 61.4.1 Bei einem Wechsel eines bisher beim Bund oder einem anderen Land Beschäftigten, ist eine Entscheidung im Einzelfall unter Berücksichtigung der nach dem Beihilferecht des bisherigen Dienstherrn in Abzug gebrachten Eigenanteile zu treffen.
- 62 Zu § 62 Verfahren**
- 62.1 Zu Absatz 1**
- 62.1.1 Beihilfe ist bei der zuständigen Festsetzungsstelle zu beantragen. Im staatlichen Bereich ist gemäß § 1 Abs. 1 in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Nr. 1 der Verordnung der Sächsischen Staatsregierung und der sächsischen Staatsministerien über Zuständigkeiten für die Festsetzung, Anordnung und Abrechnung der Bezüge von Bediensteten und Versorgungsempfängern ([BezügeZustVO](#)) das

Landesamt für Steuern und Finanzen zuständig.

- 62.1.2 Beihilfe kann nur der Beihilfeberechtigte selbst beantragen. Er kann gegebenenfalls eine andere Person zur Antragstellung bevollmächtigen. Die Vollmacht ist zu den Akten zu nehmen.
- 62.1.3 Beihilfe ist mit den Formblättern nach den Anlagen 8 bis 10 zu § 62 Abs. 1 zu beantragen. Dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 SGB XII. Bei einer erstmaligen Antragstellung oder bei Änderung der persönlichen Verhältnisse des Antragstellers oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die für die Beihilfegewährung relevant sind, ist immer der Langantrag zu verwenden. Der Kurzantrag darf nur verwendet werden, wenn sich keine Änderungen zum vorangegangenen Beihilfeantrag ergeben haben. Anderenfalls kann die Festsetzungsstelle einen vollständig ausgefüllten Antrag verlangen. Soweit Beihilfe mit einem automatisierten Verfahren festgesetzt wird, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.
- 62.1.4 Werden Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht, ist bei der erstmaligen Beantragung dieser Aufwendungen im Kalenderjahr stets die Vorlage des vollständig ausgefüllten Langantrages erforderlich.
- 62.1.5 Aufwendungen für Halbwaisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 2 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.
- 62.1.6 Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, ist Beihilfe zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 erfüllt waren.
- 62.1.7 Satz 4 lässt die elektronische Übermittlung der Belege nur in Verbindung mit einem elektronischen Beihilfeantrag zu.
- 62.1.8 Verlangt die Festsetzungsstelle nach Satz 5 trotz zugelassener elektronischer Übermittlung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform, so kann sie auch die Belege in Papierform anfordern.
- 62.1.9 Der Beihilfeantrag ist gestellt, wenn er bei der Festsetzungsstelle eingegangen ist. Eine Erweiterung des Beihilfeantrags durch das Nachreichen von Belegen ist nicht zulässig. Die Beihilfe kann für diese Aufwendungen nur mit einem separaten Antrag beantragt werden.
- 62.1.10 Die bei der Bearbeitung der Beihilfe bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.
- 62.2 Zu Absatz 2**
- 62.2.1 Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, so liegt ein Beleg im Sinne von Satz 1 vor, wenn die Rechnung
- a) den Erbringer der Leistungen (zum Beispiel Heim, Anstalt),
 - b) den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - c) die Art (zum Beispiel Pflege, ärztliche Behandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
 - d) die Leistungshöhe
- enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt sein. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.
- 62.3 Zu Absatz 3**
- 62.3.1 Bei der Gestaltung des Beihilfebescheides und von gesonderten Vordrucken durch die Festsetzungsstelle sind die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen gemäß § 8 des Sächsischen Integrationsgesetzes (SächsIntegrG) zu berücksichtigen; zur Bekanntgabe von Bescheiden an blinde Menschen vergleiche auch OVG Koblenz, Urteil vom 25. Juni 2012, 7 A 10286/12 mit weiteren Nachweisen.
- 62.3.3 Auf die Rücksendung der Belege kann dann verzichtet werden, wenn diese elektronisch abgespeichert und bei Bedarf (zum Beispiel im Rechtsbehelfsverfahren) reproduzierbar sind. Rezeptbelege, die für die Geltendmachung von Arzneimittelrabatten benötigt werden, werden erhalten 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. Alle übrigen Belege sind zurückzusenden. Aus Gründen des Datenschutzes sind elektronische Dokumente ebenfalls spätestens vier Monate nach Bestandskraft der Entscheidung zu löschen.
- 62.4 Zu Absatz 4**
- 62.4.1 Die Überweisung der Beihilfe erfolgt in der Regel auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. Eine Überweisung auf ein Drittkonto, bei dem es sich nicht um ein Konto des Beschäftigten handelt, kann nur in besonders zu begründenden Ausnahmefällen, die nur unter Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, erfolgen. Ein Ausnahmefall kann beispielsweise bei einer mehrwöchigen stationären Behandlung oder in Pflegefällen gegeben sein. Das Vorliegen einer besonderen Ausnahmesituation ist vom Beihilfeberechtigten gegenüber der Festsetzungsstelle unter Angabe des Zahlungsempfängers sowie dessen Bankverbindung darzulegen. Die Höhe der an den Dritten gezahlten Beihilfe, ist dem Beihilfeberechtigten mit dem Beihilfebescheid mitzuteilen. Der Selbstbehalt nach § 60 ist zu berücksichtigen.
- 62.4.2 Eine Auszahlung der im selben Beihilfeantrag festgesetzten Beihilfe an verschiedene Zahlungsempfänger ist nicht möglich. Für jeden Zahlungsempfänger ist somit eine separate Antragstellung erforderlich.
- 62.4.3 Eine unmittelbare Überweisung an den Rechnungssteller entbindet den Beihilfeberechtigten nicht davon, verbleibende Restbeträge, die nicht von der Beihilfe abgedeckt sind, selbst zu begleichen.

Ebenso greift die Festsetzungsstelle mit einer Zahlung an einen Dritten nicht in das bestehende vertragliche Verhältnis zwischen Beihilfeberechtigtem und Rechnungssteller ein.

- 62.4.4 Abschlagszahlungen sind nur dann möglich, wenn der Beihilfeberechtigte Vorauszahlungen zu leisten hat und noch über keinen spezifizierten Rechnungsbeleg verfügt und somit noch keinen Beihilfeantrag stellen kann. Derartige Vorauszahlungen kommen bei Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Dialyse-Institutionen oder Pflegeeinrichtungen in Betracht. Verzichten diese auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung nicht auf eine Vorauszahlung, kann eine Abschlagszahlung geleistet werden.
- 62.4.5 In den Fällen des § 49 Abs. 2 und § 55 kann auf Antrag und für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten endgültig festzusetzen.
- 62.5 Zu Absatz 5**
- 62.5.1 Begibt oder befindet sich der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger in stationäre Behandlung nach § 20, § 37 Abs. 2 Nr. 1 und 2 oder § 55, die mindestens 10 Tage andauert oder voraussichtlich andauern wird, kann er den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Der Leistungserbringer oder Rechnungssteller übersendet in diesen Fällen der Festsetzungsstelle einen vom Beihilfeberechtigten unterschriebenen Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung nach Anhang 6, 7 oder 8. Die Festsetzungsstelle prüft, ob ein Anspruch auf Beihilfegewährung besteht und teilt dem Antragsteller mit, in welchem Umfang Beihilfeleistungen gewährt werden können (Bemessungssatz, Wahlleistungen und so weiter). Der Selbstbehalt in Höhe von 80 EUR ist dabei nicht zu berücksichtigen. Eigenbeteiligungen, zum Beispiel für die Wahlleistung Unterbringung im Zweibettzimmer sind zu berücksichtigen. Nach Erhalt der Rechnung ist die Beihilfe an den Rechnungssteller zu überweisen. Der Beihilfeberechtigte erhält einen Bescheid über die geleistete Zahlung. Ein gegebenenfalls noch offener Selbstbehalt ist mit dem nächsten Beihilfebescheid aufgrund eines Beihilfeantrags des Beihilfeberechtigten zu verrechnen. Der Beihilfeberechtigte ist darauf entsprechend hinzuweisen.
- 62.5.2 Nummer 62.4.3 gilt entsprechend.
- 62.6 Zu Absatz 6**
- 62.6.1 Die Regelung schafft keinen eigenständigen Beihilfeanspruch. Dieser steht materiell unverändert dem Beihilfeberechtigten zu. Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen; maßgebend ist, ob die Nichtgewährung einer Beihilfe zu einer unbilligen Härte führen würde. Eine unbillige Härte kann unter anderem dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen den berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Antragstellung durch den Beihilfeberechtigten nicht zuzumuten ist. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass der Beihilfeberechtigte die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.
- 62.6.2 Der Beihilfeberechtigte ist vor einer Entscheidung anzuhören.
- 62.6.3 Der Beihilfebescheid wird dem Beihilfeberechtigten und eine Kopie dem Angehörigen (Antragsteller) übersandt. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt an den Antragsteller. Hinsichtlich des Abzugs des Selbstbehalts nach § 60 wird der Antrag eines Angehörigen so behandelt, als hätte der Beihilfeberechtigte diesen selbst gestellt.
- 62.7 Zu Absatz 7**
- 62.7.1 Für von der Festsetzungsstelle eingeholte Gutachten übernimmt diese die gegebenenfalls entstandenen Kosten. Dies gilt auch für amts- oder vertrauensärztliche Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe, wenn eine Pflegeversicherung nicht besteht. Für amtsärztliche Gutachten fallen in der Regel keine Kosten an, weil Land und Kommunen innerhalb des Freistaates Sachsen von der Zahlung von Verwaltungsgebühren befreit sind (§ 4 Abs. 1 SächsVwKG). Die Erhebung von Auslagen im Sinne des § 12 SächsVwKG ist möglich.
- 62.7.2 Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne gehören nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 7, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu tragen sind. Sofern nach dieser Verordnung die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne beihilfefähig sind, wird Beihilfe zum Bemessungssatz gewährt.
- 62.7.3 Im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht sind der Beihilfeberechtigte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen verpflichtet
- alle Tatsachen anzugeben, die für die Beihilfegewährung erheblich sind, und auf Verlangen der Festsetzungsstelle der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 - Änderungen in den Verhältnissen, die für die Beihilfegewährung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Beihilfegewährung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitteilen,
 - Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen der Festsetzungsstelle Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und
 - sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind.
- 62.7.4 Die Mitwirkungspflicht des Betroffenen besteht nicht, wenn
- ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Beihilfe steht,
 - ihre Erfüllung unzumutbar ist,
 - die Festsetzungsstelle sich durch einen geringeren Aufwand als der Betroffene die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann oder
 - bei Behandlungen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

- 62.7.5 Kommt der Antragsteller seiner Mitwirkungspflicht (zum Beispiel Beibringung von ärztlichen Bescheinigungen, Vorstellung beim Amts- oder Vertrauensarzt, in Pflegefällen insbesondere Vorlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der sozialen Pflegeversicherung oder der MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH der privaten Pflegeversicherung) nicht nach, ist eine Entscheidung über beantragte Leistungen nicht möglich. Beihilfeberechtigte sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor Ablehnung der beantragten Beihilfe schriftlich hinzuweisen. Ihnen kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden. Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.
- 62.8 Zu Absatz 8**
- 62.8.1 Die Auswahl der Gutachter obliegt der Festsetzungsstelle. Sachverständige können Amts- oder Vertrauensärzte oder auch andere Sachverständige (zum Beispiel Sachverständige bei Ärzte- und Apothekerkammern) sein. Gutachten sind mit vorherigem Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.
- 62.8.2 Für die Zuerkennung der Eignung eines Vertrauensarztes oder eines sonstigen Sachverständigen ist gemäß § 9 des Sächsischen Datenschutzgesetzes ([SächsDSG](#)) zu prüfen, ob die mit der Bewertung betrauten Person nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten von der Festsetzungsstelle verpflichtet werden muss. Für die Verpflichtung von Gutachtern und Sachverständigen nach § 1 Abs. 1 des Verpflichtungsgesetzes ist im staatlichen Bereich das Landesamt für Steuern und Finanzen zuständig.
- 62.9 Zu Absatz 9**
- 62.9.1 Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro soll eine Übersetzung beigelegt werden. In den Fällen des § 7 Abs. 2 sind die Kosten der Übersetzung im Kostenvergleich zu berücksichtigen.
- 63 Zu § 63 Antragsfrist**
- 63.1 Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.
- 64 Zu § 64 Verwaltungsvorschriften (bleibt frei)**
- 65 Zu § 65 Übergangsvorschriften**
- 65.1 Zu Absatz 1**
- 65.1.1 Die Verordnung gilt nur für Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten entstanden sind. Auf alle Aufwendungen, die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bisherigen Regelungen, insbesondere die [Sächsische Beihilfeverordnung](#) in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung (SächsGVBl. 2009 S. 524) weiterhin anzuwenden. Das kann dazu führen, dass gegebenenfalls die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden müssen. Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.
- 65.1.2 Vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung entstandene Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten sind beihilfefähig, wenn die nach den bis dahin geltenden Beihilfevorschriften maßgebliche Einkunftsgrenze nicht überschritten wurde.
- 65.1.3 Hinsichtlich der Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Ehegatten enthält Satz 2 eine Übergangsbestimmung. Der Übergangszeitraum soll gewährleisten, dass die betroffenen berücksichtigungsfähigen Ehegatten ihren Krankenversicherungsschutz überprüfen und gegebenenfalls zum 1. Januar 2014 anpassen können.
- 65.1.4 Für die Beihilfefähigkeit der bis zum 31. Dezember 2013 entstandenen Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt damit § 3 Satz 1 Nr. 1 [SächsBhVO](#) in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung. Aufwendungen des Ehegatten sind somit nur beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten im Vorvorjahr der Stellung des Beihilfeantrages 18 000 EUR nicht übersteigt. Die Einkommensgrenze gilt nicht, wenn dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung).
- 65.1.5 Die konkrete Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Todesfall der den Haushalt führenden Person, für Überführungskosten in Todesfällen und in Schwangerschafts- und Geburtsfällen – die auch nach § 3 Satz 1 Nr. 1 [SächsBhVO](#) in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung unabhängig von der Höhe des Gesamtbetrages der Einkünfte beihilfefähig sind – richtet sich nach § 35 Abs. 4 Satz 2, § 36 und § 44 Abs. 1, 2, 4 und 5 der ab 1. Januar 2013 geltenden [Sächsischen Beihilfeverordnung](#).
- 65.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)**
- 65.3 Zu Absatz 3**
- 65.3.1 Nach Ablauf der Übergangsfrist ist der Antrag nach § 61 Abs. 1 in jedem Kalenderjahr neu zu stellen.
- 66 Zu § 66 Inkrafttreten und Außerkrafttreten (bleibt frei)**

II.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

Dresden, den 26. November 2012

Der Staatsminister der Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Anhänge

Anhang 1

Anhang 2

Anhang 3

Anhang 4

Anhang 5

Anhang 6

Anhang 7

Anhang 8

Enthalten in

Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die geltenden
Verwaltungsvorschriften des Staatsministeriums der Finanzen

vom 12. Dezember 2013 (SächsABl.SDr. S. S 848)