

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

Vom 30. Oktober 2013

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

Artikel 1 Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO) vom 16. November 2012 (SächsGVBl. S. 626) wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 5 Satz 3 wird gestrichen.
2. § 5 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:
 - „1. für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, denen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 147 SächsBG oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zusteht,“.
3. In § 7 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 werden die Wörter „aus akutem Anlass“ durch die Wörter „bei akutem Behandlungsbedarf oder zur Notfallversorgung“ ersetzt.
4. In § 10 Satz 3 wird die Angabe „§ 8 Abs. 1 Satz 2“ durch die Angabe „§ 8 Satz 2“ ersetzt.
5. In § 11 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. c wird das Wort „folikulärer“ durch das Wort „follikulärer“ ersetzt.
6. § 14 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden vor dem Wort „Aufwendungen“ die Wörter „Gesondert berechenbare“ und nach dem Wort „beihilfefähig“ ein Semikolon und die Angabe „gesondert berechenbare Materialien nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G des Gebührenverzeichnisses zur GOZ sind nicht beihilfefähig“ eingefügt.
 - b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Bei Indikationen nach § 11 Abs. 2 sind die Aufwendungen nach Satz 1 zu 100 Prozent beihilfefähig.“
7. § 16 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 9 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
 - „1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,“.
 - bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
 - „2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitions-gestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,“.
 - cc) Die bisherigen Nummern 2 bis 4 werden die Nummern 3 bis 5.
 - b) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:
„(10) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind auch die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung zu tragen sind. § 4 Abs. 6 Satz 2 bleibt unberührt.“
8. In § 19 Abs. 1 Nr. 2 werden die Wörter „begleitender Behandlung“ durch das Wort „Einbeziehung“ ersetzt.
9. In § 20 Abs. 3 Satz 3 wird die Angabe „des Satzes 3“ durch die Angabe „des Satzes 2“ ersetzt.
10. § 26 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 wird nach der Angabe „Absätze 3 bis 5“ die Angabe „und der Anlage 3“ eingefügt und die Angabe „in der Anlage 3 aufgeführt ist,“ gestrichen.

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sind, auch als Bestandteil einer Gerätegestützten Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten, bis zu maximal fünfundzwanzig Sitzungen je Krankheitsfall und nur beihilfefähig, wenn
1. dadurch eine Erkrankung der Wirbelsäule behandelt wird,
 2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
 3. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann.“
11. § 27 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird das Wort „Arzt“ durch die Wörter „eines Arztes“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19 und 26, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung zu tragen sind. § 4 Abs. 6 Satz 2 bleibt unberührt.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die mit Sozialversicherungsträgern vereinbart sind, beihilfefähig.“
- d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:
„(4) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind für bis zu maximal achtzig Sitzungen je Krankheitsfall bei einer Behandlungsdauer von mindestens fünfzig Minuten beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen und von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht werden.“
- e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5, das Wort „berechnet“ wird durch das Wort „abgerechnet“ ersetzt und der Halbsatz „, sofern solche nicht bestehen,“ gestrichen.
12. § 32 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 Nr. 5 wird die Angabe „, wenn eine der Voraussetzungen des Satzes 3 vorliegt“ gestrichen.
- bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Nummer 1 wird das Komma nach dem Wort „nachweisen“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- bbb) Nummer 2 wird gestrichen.
- ccc) Nummer 3 wird Nummer 2.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
- bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Bei Fahrten nach Absatz 1 ist der beihilfefähige Betrag um 10 EUR je einfache Fahrt zu mindern. Ausgenommen hiervon sind Fahrten unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 und Fahrten von Spendern nach § 47 Abs. 4.“
13. Nach § 33 Abs. 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Auswärtig ist eine Behandlung, wenn sie mehr als 30 Kilometer vom Wohnort entfernt erfolgt oder eine tägliche Rückkehr zur Wohnung unzumutbar ist, weil bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Abwesenheit von der Wohnung mehr als zwölf Stunden oder die benötigte Zeit für das Zurücklegen der Strecke zwischen Wohnung und Behandlungsort und zurück mehr als drei Stunden beträgt.“
14. § 35 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „lebende“ ein Komma und das Wort „volljährige“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 Nr. 2 werden nach dem Wort „wenn“ die Wörter „nach ärztlicher Bescheinigung“ eingefügt.
15. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Nr. 5 werden die Wörter „Suchtbehandlungen, die auch als Entwöhnung durchgeführt werden können,“ durch die Wörter „Entwöhnungen im Rahmen einer Suchtbehandlung“ ersetzt.
- b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „begrenzt“ die Angabe „und eine Minderung nach § 32 Abs. 3 Satz 3 nicht vorzunehmen“ eingefügt.
- bb) In Nummer 5 Buchst. b wird das Wort „Sozialleistungsträger“ durch das Wort „Sozialversicherungsträger“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt
 „Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nr. 1 bis 6, die die Leistungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 29, den ärztlichen Schlussbericht, die Unterkunft und die Verpflegung beinhalten, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung zu tragen sind. § 4 Abs. 6 Satz 2 bleibt unberührt.“
- bb) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
16. In § 38 Abs. 1 Satz 3 werden nach dem Wort „stationäre“ die Wörter „Entwöhnungen im Rahmen von“ eingefügt.
17. In § 40 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „dem Grunde nach“ eingefügt.
18. § 47 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
 „(3) Aufwendungen für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport sowie Organisation für die Bereitstellung von Organ- und Gewebespenden sind beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
 „(4) Aufwendungen für Spender von Organen und Geweben (Spender) sind entsprechend den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Dies gilt auch für Aufwendungen des Spenders, die über die Leistungen nach den Abschnitten 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Behandlung von Folgeerkrankungen des Spenders. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von dem Spender nachgewiesen wird. Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a des Gesetzes über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601, 1608) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Der landwirtschaftlichen Krankenkasse des Spenders wird auf Antrag nach § 8 Abs. 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423, 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für als Spender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen.“
- c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
 „(5) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan und nach Geweben sind beihilfefähig. Bei der Suche nach einem nicht verwandten Stammzellspender sind Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen nur beihilfefähig, wenn diese im Zentralen Knochenmarkspender-Register erfolgt.“
19. § 48 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
 „Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne von § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für häusliche Pflege (§ 49 Abs. 1 bis 3), Beratungsbesuche (§ 49 Abs. 5), Verhinderungspflege (§ 51), zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 53) sowie Pflegehilfsmittel und

Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 54).“

20. § 49 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Bei häuslicher Pflege sind Aufwendungen für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne von § 14 Abs. 4 SGB XI sowie Aufwendungen für die häusliche Betreuung im Sinne von § 124 Abs. 2 SGB XI nach Maßgabe des § 36 Abs. 3 und 4 und des § 123 SGB XI beihilfefähig, soweit sie von geeigneten Pflegekräften erbracht werden.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 37 Abs. 1“ die Angabe „und des § 123“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„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.“
 - c) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:
„Anteilige Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 und einer Kurzzeitpflege nach § 52 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pauschalbeihilfe wird ungekürzt für Aufwendungen von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.“
 - d) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
„(6) Pflegebedürftige erhalten einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 EUR monatlich, wenn
 1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
 2. sie Leistungen nach Absatz 1, 2 oder 3 beziehen,
 3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet und
 4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehender pauschaler Zuschlag ist auf den pauschalen Zuschlag nach Satz 1 anzurechnen; § 6 Abs. 1 bleibt unberührt. § 38a Abs. 2 SGB XI gilt entsprechend. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird der pauschale Zuschlag nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.“
21. In § 52 Abs. 2 wird nach der Angabe „§ 42 Abs. 3“ die Angabe „und 4“ eingefügt.
22. Dem § 54 wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(3) Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45e SGB XI längstens bis 31. Dezember 2015 beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbringt.“
23. In § 55 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 wird die Angabe „70“ durch die Angabe „60“ ersetzt.
24. § 59 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Spendern nach § 47 Abs. 4 nicht abzuziehen. Eine Eigenbeteiligung nach Absatz 2 ist bei Spendern nach § 47 Abs. 4 nicht abzuziehen, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.“
25. § 60 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 3 wird nach der Angabe „(§ 44 Abs. 1)“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:
„4. des Spenders (§ 47 Abs. 4) und“.
 - cc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.
 - b) In Satz 3 werden die Wörter „Pauschale für Säuglings- und Kleinkinderausstattung“ durch das Wort „Geburtspauschale“ ersetzt.
26. § 61 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „Minderungsbeträge nach § 32 Abs. 3 Satz 3 und“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 wird die Angabe „(SGB VII)“ gestrichen.
27. Anlage 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Buchstabe A Buchst. a werden nach dem Wort „Migräne“ ein Komma und die Wörter „akustische Neuromodulation zur Tinnitusbehandlung“ ergänzt.
- b) Buchstabe L wird wie folgt geändert:
- aa) Der Wortlaut wird Buchstabe a.
- bb) Folgender Buchstabe b wird angefügt:
„b) Liposuktion bei Lipödem“.
28. Die Anlage 2 erhält die aus dem Anhang 1 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.
29. Die Anlage 4 wird wie folgt geändert:
- a) Teil A wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Buchstabe B wird in der Zeile „Bentheim“ in Spalte 4 die Angabe „Moorheilbad,“ gestrichen.
- bbb) In Buchstabe G wird nach der Zeile „Goslar“ folgende Zeile eingefügt:
- | | | | |
|------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
| „Gottleuba-
Berggießhübel | 01816/01819
Bad Gottleuba-
Berggießhübel | Bad Gottleuba
Berggießhübel | Moorheilbad
Kneippkurort“. |
|------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|
- ccc) In Buchstabe L wird in der Zeile „Lausick“ in Spalte 3 die Angabe „G“ durch die Wörter „Bad Lausick“ ersetzt.
- bb) In Nummer 2 Buchst. B wird nach der Zeile „Berg“ folgende Zeile eingefügt:
- | | |
|----------------|-------------|
| „Berggießhübel | Gottleuba“. |
|----------------|-------------|
- b) Teil B Nr. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In der Zeile Österreich wird in Spalte 2 der Bindestrich zwischen den Wörtern „Bad“ und „Hall“ durch ein Leerzeichen ersetzt.
- bb) In der Zeile Polen werden in Spalte 2 unter der Zeile mit den Wörtern „Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj“ die Zeile mit den Wörtern „Kolberg/Kolobrzeg“ eingefügt und als letzte Zeile das Wort „Ustronie Morskie“ angefügt.
- cc) Nach der Zeile Slowakei werden in einer neuen Zeile in Spalte 1 das Wort „Spanien“ und in Spalte 2 die Wörter „Archena (Murcia)“ eingefügt.
30. In Anlage 7 wird in der Zeile a) in Spalte 2 das Wort „Auflösung“ durch das Wort „Auslösung“ ersetzt.
31. Die Anlagen 8 bis 10 erhalten die aus dem Anhang 2 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

Dresden, den 30. Oktober 2013

Der Staatsminister der Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Anhänge

[Anhang 1](#)

[Anhang 2](#)