

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

Vom 21. Oktober 2014

I.

**0 Allgemeines (Rechtsgrundlage)**

Die Sächsische Beihilfeverordnung ist auf der Grundlage des § 80 Abs. 8 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes (SächsBG), erlassen als Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung des Dienst-, Besoldungs- und Versorgungsrechts im Freistaat Sachsen (Sächsisches Dienstrechtsneuordnungsgesetz) vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970), erlassen. § 80 SächsBG bestimmt dabei die wesentlichen Grundsätze und den Rahmen der Beihilfegewährung. Der beihilfeberechtigte Personenkreis ist grundsätzlich in § 80 Abs. 2 SächsBG geregelt.

**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 entstellend 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 § 80 Abs. 2 SächsBG setzt grundsätzlich die Zahlung laufender Bezüge voraus. Aus diesem Grund sind Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter nicht beihilfeberechtigt.

1.2.2 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.

1.2.3 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften nach § 80 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SächsBG kommen insbesondere § 21 Abs. 2 Satz 2, § 29 Abs. 2 und 5, § 51 Abs. 4, § 65 Abs. 3 und § 72 bis 76 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes (SächsBeamtVG) sowie § 15 des Sächsischen Besoldungsgesetzes (SächsBesG) in Betracht.

1.2.4 Während einesurlaubes nach § 98 Abs. 1 SächsBG oder während der Inanspruchnahme von Elternzeit besteht die Beihilfeberechtigung gemäß § 80 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SächsBG fort, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung gemäß § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – besteht. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist Folgendes zu berücksichtigen:

- a) Ist der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner (im Folgenden „Lebenspartner“ genannt) eines aus familiären Gründen nach § 98 Abs. 1 SächsBG beurlaubten Beamten gesetzlich krankenversichert, ist davon auszugehen, dass ein Zugang des Beamten zur Familienversicherung besteht. Der beurlaubte Beamte hat den nicht bestehenden Anspruch auf Familienversicherung gegebenenfalls nachzuweisen. Dies gilt für Beurlaubungen, die ab dem 1. April 2014 beginnen. Beamte, deren Beurlaubung vor dem 1. April 2014 begann, erhalten unabhängig vom Anspruch auf Familienversicherung weiterhin Beihilfe, soweit nicht ein Wechsel gewünscht wird.
- b) Die Regelung, dass während der Inanspruchnahme von Elternzeit vorrangig die Familienversicherung nach § 10 SGB V in Anspruch zu nehmen ist, geht grundsätzlich ins Leere (vergleiche Urteile des BSG vom 18. März 1999, B 12 KR 13/98 R, und vom 28. März 2000, B 8 KN 10/98 KR R). Die Festsetzungsstelle kann davon ausgehen, dass regelmäßig kein Anspruch auf Familienversicherung besteht. Von dem in Elternzeit befindlichen Beamten ist kein Nachweis über einen etwaigen Anspruch aus einer Familienversicherung zu erbringen. Hat er aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalles dennoch Zugang zur Familienversicherung erlangt, ist er verpflichtet, die Beihilfestelle unverzüglich darüber zu informieren.

1.2.5 Die Beihilfeberechtigung bei einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge nach § 80 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SächsBG betrifft solche Ausnahmefälle, in denen ein dringendes dienstliches Interesse an der

Beurlaubung durch die oberste Dienstbehörde und im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen anerkannt ist. Ein dringendes dienstliches Interesse ist beispielsweise gegeben, wenn eine wichtige Position im staatlichen Bereich nur mit der zu beurlaubenden Person adäquat besetzt werden kann.

- 1.2.6 In den Fällen des § 80 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).
- 1.2.7 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). Alternativ wird ihnen unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. Eine Beihilfegewährung nach der Sächsischen Beihilfeverordnung ( **SächsBhVO**) ist nach § 80 Abs. 3 **SächsBG** ausgeschlossen.
- 1.2.8 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 § 80 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 § 80 Abs. 3 **SächsBG** aus dem Beamtenverhältnis keine Beihilfeberechtigung besteht. Dies gilt auch für Versorgungsempfänger nach dem **Abgeordnetengesetz** . Aufgrund des Ausschlusses der Beihilfeberechtigung in § 80 Abs. 3 **SächsBG** bleibt für die Anwendung der Konkurrenzregelungen des § 3 kein Raum.
- 1.2.9 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 § 80 **SächsBG** als aktiver Beamter beziehungsweise Richter oder Versorgungsempfänger, sind die Konkurrenzregelungen des § 3 anzuwenden.
- 1.2.10 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 Anspruchs 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 des § 35 Abs. 4 Satz 2 und des § 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, die Antragstellung durch den überlebenden Ehegatten, Lebenspartner oder die 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, kann auf die Vorlage des Erbscheins verzichtet werden.
- 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 und Lebenspartner sind stets berücksichtigungsfähige Angehörige. Aufwendungen für Ehegatten und Lebenspartner 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 § 80 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 bestehen bei einer Verwendung im Ausland (Versetzung, Abordnung oder Zuweisung) der Anspruch auf Kindergeld und damit auch der Anspruch auf den Familienzuschlag für diese Kinder fort. In Einzelfällen kann jedoch der Kindergeldanspruch entfallen (zum Beispiel weil das Kind im Ausland nicht im Haushalt des Beamten lebt 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 Auslandskinderzuschlag (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 § 80 **SächsBG**, § 3 **SächsRiG** und §§ 8 und 11 **SächsBG** findet Absatz 1 Anwendung. Beim Zusammentreffen von Beihilfeansprüchen nach § 80 **SächsBG** und § 21 **Abgeordnetengesetz** finden die Konkurrenzregelungen des Absatzes 1 aufgrund des Ausschlusses der Beihilfeberechtigung nach § 80 Abs. 3 **SächsBG** keine Anwendung (vergleiche Nummer 1.2.9). 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 § 80 Abs. 3 **SächsBG** sichergestellt, dass der Anspruch des mit einer Beamtin verheirateten Abgeordneten nach den insoweit vorrangigen **Abgeordnetengesetz** en 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 eine bestehende 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 oder Lebenspartner, 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 oder Lebenspartners, 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 **SächsMinG** oder der Mitgliedschaft im Sächsischen Landtag nach § 21 **Abgeordnetengesetz** ergeben (vergleiche auch Nummer 1.2.9, 1.2.10 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 (Formblatt Anhang 1.1) und wer den erhöhten Bemessungssatz nach § 57 Abs. 3 Satz 2 erhalten soll (Formblatt Anhang 1.2), auf dem Formblatt nach Anhang 1.3 zu bestätigen.
- 3.5.3 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. Ist der Ehegatte des Kindes ebenfalls beihilfeberechtigt, ist eine Berücksichtigungsfähigkeit bei einem Elternteil mit Anspruch auf Familienzuschlag für das Kind oder beim Ehegatten möglich. Das Wahlrecht ist auszuüben.
- 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 (OVG Bautzen, Beschluss vom 5. März 2010, 2 B 28/10).
- 4.2 Zu Absatz 2**
- 4.2.1 Für die Beihilfegewährung an berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner 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 oder Lebenspartners 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 häufig nicht aus dem Steuerbescheid ersichtlich und deshalb gesondert anzugeben. Steuerfreie Einkünfte, wie zum Beispiel der Unfallausgleich nach § 38 **SächsBeamTVG** und die Unfallentschädigung nach § 47 **SächsBeamTVG**, zählen nicht zum Gesamtbetrag der Einkünfte. Verlustabzüge nach § 10d EStG sind im Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG nicht zu berücksichtigen.
- 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 auf Verlangen der Festsetzungsstelle 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 Euro 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 oder Lebenspartner führen würden, 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 zu viel gezahlten Beihilfe richtet sich nach § 89 **SächsBG** in Verbindung mit § 18 Abs. 2 **SächsBesG** (BVerwG, Urteil vom 16. November 1989, 2 C 43/87).
- 4.2.6 Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Ehegatten ist die zum Entstehungszeitpunkt der Aufwendungen geltende Übergangsregelung des § 65 Abs. 1 Satz 2 **SächsBhVO** (alte Fassung) und die hierzu erlassenen Nummern 65.1.3 bis 65.1.5. **SächsBhVO-VwV** (alte Fassung) anzuwenden.
- 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 Bundesausschusses 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).

- 4.4.5 Die Aufwendungen für eine Katarakt-Operation mit einem Femto-Katarakt-Laser sind nur bis zur Höhe der Kosten einer herkömmlichen Katarakt-Operation beihilfefähig. Ein höherer Nutzen gegenüber herkömmlichen Verfahren ist nicht nachgewiesen, so dass die Mehraufwendungen nicht als wirtschaftlich angemessen bewertet werden können.
- 4.4.6 Hinsichtlich der Implantation von Intraokularlinsen kann auf eine Voranerkennung der Beihilfefähigkeit nach Nummer 2 Buchst. a der Anlage 1 zu § 4 Abs. 4 Satz 2 verzichtet werden, wenn eine augenärztlich festgestellte Indikation grüner oder grauer Star oder ein Astigmatismus ab 5 dpt vorliegt. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass eine Korrektur der Fehlsichtigkeit durch Brillengläser oder Kontaktlinsen nicht möglich ist. Bei einem Astigmatismus ab 5 dpt ist auch die Implantation von torischen Sonder-Intraokularlinsen (S-IOPs) beihilfefähig. Für Multifokallinsen ist auch bei den zuvor genannten Indikationen eine medizinische Notwendigkeit nicht gegeben.
- 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 Rettungsdienst (vergleiche zum Beispiel § 32 Abs. 5 des Sächsischen Gesetzes 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. Aufwendungen für Leistungen im Rahmen von probatorischen Sitzungen sind unabhängig von einem Voranerkennungsverfahren 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
- besonders schwierig war,
  - einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
  - 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 § 6 Abs. 2 GOÄ können selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Die Bundesärztekammer hat ein Verzeichnis analoger Bewertungen herausgegeben (R. Hess, R. Klakow-Franck: Gebührenordnung für Ärzte, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH), das bei der Festsetzung der Beihilfe zu berücksichtigen ist. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.
- 4.5.6.1 Bei der Optical Coherence Tomographie (OCT) sind zwei unterschiedliche Analogbewertungen als angemessen anzusehen:
- A 7011: Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, gegebenenfalls beidseits analog Nummer 423 oder
  - A 7017: Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, gegebenenfalls beidseits analog Nummer 424 plus Nummer 406.
- 4.5.7 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. Gebühren, die auf

einer Abdingung nach § 2 Abs. 1 GOÄ /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 in der Abrechnung 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.

- 4.5.8 Für die Beurteilung der Angemessenheit von zahnärztlichen (kieferorthopädischen) Leistungen im Hinblick auf die beihilferechtlichen Vorschriften ist neben den in den Nummern 4.5.1 bis 4.5.7 genannten Hinweisen Folgendes zu beachten:
- 4.5.8.1 Zum Allgemeinen Teil der GOZ
- 4.5.8.1.1 Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOZ kann der Zahnarzt nur Gebühren für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen. Sie dürfen weder Bestandteil, noch besondere Ausführung einer anderen, ebenfalls berechneten Leistung sein. Ist eine Leistung Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis und wurde für diese andere Leistung eine Gebühr abgerechnet, sind Aufwendungen für die Teilleistung nicht separat beihilfefähig. Diese Grundsätze gelten auch für die methodisch notwendigen operativen Einzelschritte zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen. Aufwendungen für eine Leistung, die methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung ist, die inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist, sind nicht neben der anderen Leistung beihilfefähig. Methodisch notwendige operative Einzelschritte sind diejenigen zahnärztlichen Leistungen, die immer anfallen, damit der Zahnarzt den Leistungsinhalt einer Gebührensnummer erfüllen kann (vergleiche zum Beispiel Allgemeine Bestimmung Ziffer 1 zum Abschnitt E: die primäre Wundversorgung [zum Beispiel Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes] ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig). Zusätzlich muss die Leistung auch in der Bewertung der Hauptleistung berücksichtigt sein. Das ist allerdings nicht der Fall, wenn die Vergütung des möglichen Leistungsbestandteils außer Verhältnis zur Vergütung der vermeintlichen Zielleistung steht.
- 4.5.8.1.2 Nach § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, sofern im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Nicht beihilfefähig sind somit unter anderem die Kosten für Einmalartikel, Bohrer (anders bei Implantaten), Füllungsmaterial (am Patienten verwendetes plastisches Material), Kunststoffe für nicht im Labor hergestellte provisorische Kronen, Mulltupfer, Nahtmaterial (außer atraumatisches Nahtmaterial), Wurzelkanalinstrumente (außer einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente); dies gilt entsprechend für die Kosten der Anwendung von Instrumenten und Apparaten (Behandlungseinheit, Zangen, Spiegel) weder im Rahmen von Anschaffungskosten noch von Kosten der (Ab-)Nutzung. Die Beihilfefähigkeit der Auslagen für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) bleibt unberührt.
- 4.5.8.1.3 Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Aufwendungen für eine Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes sind beihilfefähig, wenn Besonderheiten hinsichtlich der Schwierigkeit, des Zeitaufwandes oder des Krankheitsfalles dies rechtfertigen (§ 5 Abs. 2 GOZ). Im Einzelfall sind die jeweiligen Besonderheiten (zum Beispiel bei kumulativem Vorhandensein von Gründen) zu berücksichtigen.
- 4.5.8.1.4 Analogbewertung (§ 6 GOZ)  
§ 6 Abs. 1 Satz 1 GOZ ermöglicht die Berechnung von Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen worden sind, mit einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (sogenannte Analogbewertung). Eine analog abgerechnete Gebühr ist grundsätzlich beihilfefähig, wenn es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung und keine besondere Ausführung oder Teilleistung einer bereits im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung handelt. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 GOZ ist bei einer Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen und erst nachrangig eine Leistung aus den nach § 6 Abs. 2 GOZ eröffneten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen. Für Leistungen, die mehrfach berechenbar sind, ist eine Analogbewertung dagegen ausgeschlossen.
- 4.5.8.2 Zum Gebührenverzeichnis (Anlage 1 zur GOZ)
- 4.5.8.2.1 Zu Nummer 0070  
Aufwendungen für die Leistung nach Nummer 0070 sind in einer Sitzung nur einmal beihilfefähig, auch wenn unterschiedliche Methoden angewendet werden. Die Vitalitätsprobe kann im Verlauf einer Behandlung an unterschiedlichen Behandlungstagen erneut erforderlich werden und ist dann erneut beihilfefähig.
- 4.5.8.2.2 Zu Nummer 0080 bis 0110
- Die bei der Erbringung der Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100 verwendeten Einmalartikel (zum Beispiel Kanüle) sind mit den Gebühren abgegolten; Aufwendungen hierfür sind nicht beihilfefähig. Dies gilt bei der Leistung nach Nummer 0080 auch für die verwendeten Arzneimittel. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 ist das verwendete Anästhetikum gesondert berechnungsfähig.
  - Die Leistung nach Nummer 0090 ist im Regelfall nur einmal je Zahn und Sitzung berechnungsfähig. Eine routinemäßige Berechnung je Einstich ist somit nicht angemessen. Eine mehr als einmalige Berechnung je Zahn ist im Ausnahmefall beihilfefähig, wenn dies in der Rechnung begründet ist.
  - Führt der Zahnarzt die Behandlung unter Verwendung einer Lupenbrille durch, sind Aufwendungen hierfür nicht beihilfefähig (weder nach Nummer 0110 GOZ noch im Rahmen einer Analogbewertung).
  - Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur im Zusammenhang mit den in der Nummer 0110 GOZ abschließend aufgezählten Gebührenpositionen beihilfefähig. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit

oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels der §§ 2 oder 5 GOZ berücksichtigt werden.

- 4.5.8.2.3 Zu Nummer 1020  
Aufwendungen für die Maßnahme sind unabhängig von der Anzahl der Zähne nur einmal je Sitzung beihilfefähig. Sie ist nicht beihilfefähig für die Behandlung überempfindlicher Zähne (hierzu Nummer 2010) oder für eine Mundspülung mit fluoridhaltigen Lösungen.
- 4.5.8.2.4 Zu Nummer 1040  
Die Leistung umfasst die Professionelle Zahnreinigung (PZR). Aufwendungen für die Entfernung unterhalb des Zahnfleisches liegender Konkremente, die nur vom Zahnarzt durchgeführt und nicht auf eine qualifizierte Fachangestellte delegiert werden kann, sind grundsätzlich nach GOZ-Nummer 4070 oder 4075 beihilfefähig, allerdings nicht in derselben Sitzung mit einer PZR. Auch wenn die PZR aufwendiger gewesen ist (zum Beispiel subgingivale Reinigung), ist eine Beihilfefähigkeit für zusätzliche analog berechnete Leistungen der Nummern 1040, 4070 oder 4075 GOZ nicht gegeben. Die Verbrauchsmaterialien sind mit den Gebühren abgegolten und Aufwendungen hierfür nicht beihilfefähig. In einer separaten Sitzung nach erfolgter PZR ist als Kontrolle die Leistung nach Nummer 4060 GOZ beihilfefähig. Sie beinhaltet auch die Nachreinigung einschließlich Polieren je Zahn, Implantat oder Brückenglied.
- 4.5.8.2.5 Zu Nummer 2000  
Das verwendete Versiegelungsmaterial ist mit der Gebühr abgegolten; Aufwendungen hierfür sind nicht beihilfefähig. Auch bei mehreren Fissuren oder in Kombination Fissur/Grübchen ist die Leistung nur einmal je Zahn beihilfefähig. Die Versiegelung bei Entfernen eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments ist Bestandteil der Nummer 6110 oder 6130 GOZ und ist in derselben Sitzung nicht gesondert beihilfefähig. Ist in derselben Sitzung eine Versiegelung des Bracketumfeldes notwendig, ist die Nummer 2000 zusätzlich beihilfefähig.
- 4.5.8.2.6 Zu Nummer 2020  
Bei dem temporären Verschluss von kariösen Läsionen (zum Beispiel als Notfallmaßnahme etwa bei Verlust einer Füllung) ist eine gegebenenfalls notwendige Erweiterung oder Anpassung der Kavität Leistungsbestandteil der Nummer 2020 GOZ und somit nicht zusätzlich beihilfefähig.
- 4.5.8.2.7 Zu Nummer 2030  
a) Aufwendungen für die Leistung nach Nummer 2030 GOZ sind je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich je Sitzung höchstens zweimal beihilfefähig, wenn mindestens eine besondere Maßnahme beim Präparieren und mindestens eine besondere Maßnahme beim Füllen von Kavitäten erbracht werden. Werden mehrere besondere Maßnahmen in derselben Kieferhälfte oder im Frontzahnbereich nur beim Präparieren erbracht, ist die Leistung nach Nummer 2030 GOZ nur einmal je Sitzung beihilfefähig. Gleiches gilt, wenn mehrere besondere Maßnahmen nur beim Füllen von Kavitäten erbracht werden.  
b) Laut Leistungsbeschreibung kann die Leistung nach Nummer 2030 GOZ nur im Zusammenhang mit einer Füllungstherapie oder einer Zahnpräparation berechnet werden. Die Maßnahme ist nicht gesondert zur Darstellung von Präparationsrändern bei einer prothetischen Therapie beihilfefähig, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 2200 ff. und 5000 ff. ist.
- 4.5.8.2.8 Zu Nummer 2040  
Die Materialkosten sind nicht gesondert berechenbar und somit nicht beihilfefähig.
- 4.5.8.2.9 Zu Nummer 2160 und 2170  
Nach der Leistungsbeschreibung handelt es sich nicht um Aufbaufüllungen (Nummern 2180 ff.) sondern ausschließlich um Füllungsversorgungen. Es besteht daher keine Beihilfefähigkeit für Aufwendungen der Gebührennummern 2160 und 2170 (analog) vor einer Überkronung von Zähnen, da es sich bei den vorbereitenden Tätigkeiten für eine prothetische Versorgung um Leistungen nach den Nummern 2180 ff. handelt (so auch Amtsgericht Köln, Urteil vom 30. Juni 2003, 116 C 110/02).
- 4.5.8.2.10 Zu Nummer 2197  
a) Die Leistung nach Nummer 2197 ist nicht im Zusammenhang mit Füllungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 beihilfefähig, da die Leistung nach Nummer 2197 bereits Bestandteil dieser Leistungen ist.  
b) Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glatflächenversiegelung nach der Nummer 2000 GOZ ist die Nummer 2197 GOZ für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich beihilfefähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.  
c) Die Leistung nach Nummer 2197 ist für eine adhäsive Befestigung von Klebebrackets (Nummer 6100 GOZ) nicht beihilfefähig, da deren Leistungsinhalt eine „Klebefestigung“ umfasst (vergleiche Nummer 4.5.8.1.1). Die Nummer 6100 GOZ umfasst als Leistung die Eingliederung eines Klebebrackets. Der Begriff „Klebebracket“ setzt zwingend voraus, dass das Bracket „geklebt“ wird. Auch wenn in der GOZ von „Klebebrackets“ und nicht von „adhäsiv befestigten Brackets“ die Rede ist, muss aufgrund der Synonymie beider Begriffe davon ausgegangen werden, dass § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ für Klebebrackets in dem Sinn gilt, dass die Nummer 2197 für die adhäsive Befestigung nicht zusätzlich berechnet werden kann; das Kleben ist bereits Bestandteil der Leistung nach Nummer 6100 GOZ.  
d) Die Leistung nach Nummer 2197 GOZ ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Leistung nach Nummer 2440 GOZ zusätzlich beihilfefähig.
- 4.5.8.2.11 Zu Nummer 2260, 2270, 5120 und 5140  
Kosten für die labortechnische Herstellung provisorischer Kronen und Brücken sind im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 2260, 2270, 5120 und 5140 GOZ nicht beihilfefähig, da die Anfertigung und Ausarbeitung des Provisoriums am Patientenstuhl ohne Modell und nicht im Labor erfolgt. Eine Beihilfefähigkeit der Kosten ist gegeben, wenn es sich um Langzeitprovisorien (Tragedauer ab drei Monaten) nach den Nummern 7080 und 7090 GOZ handelt.

- 4.5.8.2.12 Zu Nummer 2390  
Die Leistung nach Nummer 2390 GOZ ist nur als selbstständige Leistung beihilfefähig (zum Beispiel im Rahmen einer Notfallbehandlung). Als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 2360, 2410 und 2440 GOZ ist sie nicht beihilfefähig.
- 4.5.8.2.13 Zu Nummer 2420  
Die Leistung nach Nummer 2420 GOZ setzt ein spezielles elektrophysikalisch-chemisches Verfahren voraus (zum Beispiel Iontophorese, Depotphorese, Elektrophorese). Wird eine chemisch-physikalische Desinfektion des Wurzelkanals (auch mittels Ultraschall) durchgeführt, sind Aufwendungen für die Nummer 2420 GOZ nicht beihilfefähig.
- 4.5.8.2.14 Zu Nummer 3050  
Die Nummer 3050 GOZ ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie gegebenenfalls als selbstständige Leistung zusätzlich berechenbar und beihilfefähig, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung. Die Leistung nach Nummer 3050 GOZ ist dann nicht gesondert beihilfefähig. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.
- 4.5.8.2.15 Zu Nummer 3070  
Eine Beihilfefähigkeit der Leistung ist nur als selbstständige Leistung gegeben und nicht zusätzlich als notwendiger Leistungsbestandteil einer anderen, umfassenderen Leistung. Nicht beihilfefähig ist sie beispielsweise, wenn es sich um eine Zugangsleistung handelt oder um eine der eigentlichen Hauptleistung vorangehende oder nachgeschaltete Begleitverrichtung, die immer oder mit einer erkennbaren Regelmäßigkeit mit der Hauptleistung verknüpft ist.
- 4.5.8.2.16 Zu Nummer 3100  
Die Leistung bildet die im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer erforderlichen Periostschlitzung auftretenden Eingriffe ab. Die Periostschlitzung ist dabei ein obligatorischer Leistungsteil. Ortsgleiche Eingriffe ohne Verlagerung von Weichgewebe sind jedoch mit den Gebühren für die operativen Leistungen abgegolten und nicht gesondert beihilfefähig. Die Leistung nach Nummer 3100 GOZ kann jedoch grundsätzlich neben anderen operativen Leistungen beihilfefähig sein.
- 4.5.8.2.17 Zu Nummer 3290  
Die Leistung ist neben anderen Leistungen beihilfefähig, wenn diese nicht als unselbstständige Teilleistung einer in der gleichen Sitzung anfallenden anderen, umfassenderen Leistung anzusehen ist.
- 4.5.8.2.18 Zu Nummer 4000  
Aufwendungen für den Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors mit der Begründung, dass es mehrere Messstellen gab, sind nicht beihilfefähig. Mehrere Messstellen stellen in der Parodontaldagnostik keine außergewöhnliche Leistung dar. Die Bayerische Landeszahnärztekammer gibt in einer Mitteilung im Bayerischen Zahnärzteblatt aus dem Jahr 1997 (BZB 1997, Heft 11/97, S. 28, 31) beispielsweise an, dass sechs bis sogar zehn Messpunkte für eine Diagnostik in Frage kommen können.
- 4.5.8.2.19 Zu Nummer 4005  
Die Leistungsbeschreibung umfasst die Erhebung mindestens eines Gingivalindex oder eines Parodontalindex. Die Durchführung eines weiteren diagnostischen Index ist durch die Leistung als solche bereits abgedeckt und kann nicht gesondert über einen erhöhten Steigerungssatz im Rahmen der Beihilfe berücksichtigt werden.
- 4.5.8.2.20 Zu Nummer 4025  
Die Leistung kann je Zahn und Sitzung nur einmal berücksichtigt werden.
- 4.5.8.2.21 Zu Nummer 4110  
Die Leistung ist neben der Leistung nach Nummer 4138 GOZ, die die zusätzliche Verwendung einer Membran – bezogen auf die Behandlung eines Zahnes oder Implantates – zur Behandlung eines Knochendefektes abbildet, nicht beihilfefähig. Die Leistungen nach den Nummern 4110 und 4138 GOZ können auch im Rahmen von chirurgischen Behandlungen indiziert sein.
- 4.5.8.2.22 Zu Nummer 5170  
Aufwendungen für eine Gebühr nach Nummer 5170 GOZ sind regelmäßig nur im Zusammenhang mit prothetischen Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses) beihilfefähig, wenn die in der Leistungsbeschreibung genannten qualifizierten Voraussetzungen vorliegen. Die Abformungen im Zusammenhang mit der Versorgung der Zähne mit Einlagefüllungen und Einzelkronen sind mit den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2000 bis 2220 GOZ abgegolten (vergleiche 3. Berechnungsbestimmung nach Nummer 2220 GOZ).
- 4.5.8.2.23 Zu Abschnitt G Kieferorthopädische Leistungen  
Aufwendungen für Materialien, die auf Grund einer gesonderten Vereinbarung mit dem Beihilfeberechtigten nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G berechnet werden, sind nicht beihilfefähig (vergleiche § 14 Abs. 1 Satz 1). Die üblichen Materialien (Standardmaterialien) sind nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G mit den Gebühren abgegolten.
- 4.5.8.2.24 Nummern 6030 bis 6080  
Auf Nummer 12.2 wird hingewiesen.
- 4.5.8.2.25 Zu Nummern 6100 und 6140  
Maßnahmen zur Retention (dazu werden Lingualretainer eingesetzt) sind bereits in den Nummern 6030 bis 6080 GOZ berücksichtigt.
- 4.5.8.2.26 Zu Nummer 6130  
Die Aufwendungen für die Entfernung eines Bogens oder Teilbogens sind analog nach der Nummer 6130 GOZ beihilfefähig; der Ansatz der Ziffer 2702 GOÄ analog ist dagegen nicht angemessen.
- 4.5.8.2.27 Zu Nummern 6190  
Eine Beihilfefähigkeit der Gebühr nach Nummer 6190 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im

Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.

- 4.5.8.2.28 Zu Nummer 7000  
Leistungen aus Abschnitt H GOZ betreffen die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Sie werden als Behandlungsgeräte zur Beseitigung von Funktionsstörungen oder bei Parodontalerkrankungen eingesetzt. Im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Therapie ist diese Position nicht beihilfefähig.
- 4.5.8.2.29 Zu Abschnitt J Funktionsanalytische und Funktionstherapeutische Leistungen
- a) Eine Notwendigkeit für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen ist grundsätzlich bei einer prothetischen Versorgung bei umfangreichen Gebissanierungen gegeben, das heißt, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die regelrechte Schlussbisslage durch Einbruch der vertikalen Stützzonen und/oder die Führung der seitlichen Unterkieferbewegungen nicht mehr sicher feststellbar sind. Im Interesse einer fachgerechten Befunderhebung des stomatognathen Systems ist regelmäßig die Leistung nach Nummer 8000 GOZ erforderlich.
  - b) Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170 GOZ), mit Kronen (Nummern 2200 bis 2220 GOZ), mit Brücken (Nummern 5000 bis 5040 GOZ) und mit Prothesen (Nummern 5200 bis 5230 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen hinter den Nummern 2220, 5040 und 5230 GOZ auch die Bestimmung der Kieferrelation. Hierfür sind daher grundsätzlich keine Gebühren aus Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses zusätzlich beihilfefähig.
  - c) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach den Nummern 8000 ff. GOZ gehören bei kieferorthopädischen Behandlung zum Leistungsumfang; sie sind nicht gesondert beihilfefähig (VG Gelsenkirchen, Urteil vom 10. November 2006 – 3 K 2335/05).
- 4.5.8.2.30 Zu Nummer 9140  
Die extraorale Entnahme von Knochen, zum Beispiel aus dem Beckenkamm oder Schädelkalotte, ist im Gegensatz zur intraoralen Entnahme von Knochen (Nummer 9040 GOZ) im Rahmen der GOÄ beihilfefähig. Die intraorale Einbringung von Knochenmaterial ist im Rahmen der Gebühren für die Leistung nach Nummer 9100 und gegebenenfalls Nummer 9150 GOZ beihilfefähig.
- 4.5.8.3 Sonstige Hinweise
- 4.5.8.3.1 Aufwendungen für den Ansatz der Nummern 15, 30, 31 und 34 GOÄ sind in Zusammenhang mit zahnärztlichen Maßnahmen grundsätzlich nicht beihilfefähig.
- 4.5.8.3.2 Die Durchführung einer Digitalen Volumentomografie (DVT) ist nur als erweiterte Diagnostik zur Abklärung einer gegebenenfalls zweifelhaften Basisdiagnostik im Einzelfall notwendig. Es bedarf einer gesonderten Begründung des behandelnden Zahnarztes. Bei entsprechender Indikation kann für die DVT die Ziffer 5370 GOÄ als beihilfefähig anerkannt werden; die Zuschlagsposition 5377 GOÄ ist grundsätzlich nicht beihilfefähig.
- 4.5.8.3.3 Im Übrigen wird auf die Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ hingewiesen, das unter Beteiligung von Vertretern der Beihilfe Auslegungsfragen der GOZ bewertet. Die Beschlüsse werden veröffentlicht in der Zeitschrift „Zahnärztliche Mitteilungen“ sowie auf der Internetseite der Bundeszahnärztekammer (<http://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte-goz/goz-kommentar.html>).
- 4.6 Zu Absatz 6**
- 4.6.1 Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen nach Maßgabe eines Vertrages oder einer Vereinbarung von Krankenkassen nach dem SGB V oder von Unternehmen privater Krankenversicherungen mit Leistungserbringern setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf die vertragliche Vereinbarung Bezug genommen wird. Die Rechnungen bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden (zum Beispiel Vergütungsvereinbarungen des PKV-Verbandes mit Cyberknife-Zentren). Sofern ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit dem Leistungserbringer abgeschlossen hat, gilt dies nur für den Bereich des Grundtarifs einschließlich wahlärztlicher Leistungen, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot über den beihilfefähigen Umfang hinaus umfassen (zum Beispiel Einbettzimmer), beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig und wirtschaftlich angemessen und damit nicht beihilfefähig sind. Bestehen Verträge mit verschiedenen Versicherungsunternehmen, ist vorrangig der Vertrag der Beihilfefestsetzung zu Grunde zu legen, der mit dem Unternehmen, bei dem der Beihilfeberechtigte versichert ist, abgeschlossen wurde.
- 4.6.2 Vereinbarungen des PKV-Verbandes gemäß § 75 Abs. 3b Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 75 Abs. 3a SGB V beispielsweise mit Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) für Basis- und Standardtarifversicherte, die im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften abgeschlossen wurden, sehen eine pauschale Abrechnung für die erbrachten Leistungen vor. Die jeweils vereinbarten Pauschalen sind beihilfefähig und können auch der Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen für Patienten, die im Normaltarif der PKV versichert sind, zu Grunde gelegt werden, es sei denn, für diese Personengruppe wurden anderweitige Verträge abgeschlossen.
- 4.6.3 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 zu Grunde 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.
- 4.6.4 Pauschale Aufwendungen für ein Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz sind beihilfefähig, wenn eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt und es sich um ein telemedizinisches Betreuungsprogramm eines privaten Krankenversicherungsunternehmens (zum Beispiel 4sigma – Betreuungsprogramm „Herzengesangelegenheiten“ handelt. Rein vorbeugende Maßnahmen (zum Beispiel wegen kritische Laborwerte) sind von der Beihilfefähigkeit nicht erfasst.
- 4.6.5 Pauschale Abrechnungen, die nicht auf Vergütungsvereinbarungen oder Verträgen beruhen oder

mit Höchstbeträgen in der Verordnung gesondert geregelt sind (zum Beispiel § 20 Abs. 2, § 37 Abs. 4), sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle kann diese nur dann im Einzelfall als beihilfefähig anerkennen, wenn sie gegenüber einer Einzelabrechnung nach Absatz 5 offensichtlich kostengünstiger oder kostenneutral sind.

#### 4.7 **Zu Absatz 7**

- 4.7.1 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. 4, § 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 § 90 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 für Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen nach den Maßgaben der §§ 10 bis 14 und § 57 Abs. 7 beihilfefähig. Zur Versorgung mit Zahnersatz gehören insbesondere prothetische Leistungen, implantologische Leistungen gegebenenfalls mit Knochenaufbau, Interimzahnersatz, 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 Krankensicherter, selbst wenn keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hierzu erfolgen (BayVGH, 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 § 80 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 Beihilferegulungen beihilfefähig, sofern die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach besteht und nicht etwa, zum Beispiel nach § 5, ausgeschlossen ist. Insbesondere lässt § 80 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 **SächsBG** eine ergänzende Beihilfegewährung zu Leistungen aus anderen Sicherungssystemen zu, wobei diese nach § 80 Abs. 5 Satz 2 **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 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 Kriegspflegerfürsorge 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 von öffentlichen Einrichtungen (zum Beispiel öffentlichen Krankenhäusern) erbracht werden oder die nach amtlichen Kostenverzeichnissen, Gebührenordnungen oder nach Verträgen mit staatlichen Versicherungsunternehmen abgerechnet werden, ist kein Kostenvergleich durchzuführen, sofern dies aus der Rechnung ersichtlich oder allgemein bekannt ist. Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenanteile, wie zum Beispiel bei Aufwendungen für Heilpraktiker, Hebammen und Heilmittel sind auch hier zu beachten. Bei Aufwendungen für Leistungen von privaten Einrichtungen ist eine Vergleichsberechnung durchzuführen (zum Beispiel bei Privatkrankenhäusern entsprechend § 20 Abs. 2).

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 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 somit bis maximal 200 Euro für An- und Abreise.
- 7.1.4 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 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:
- bei Fernbleiben des Beamten vom Dienst wegen eigener Erkrankung (§ 29 der Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung [SächsUrlMuEltVO]),
  - bei Freistellung vom Dienst zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines berücksichtigungsfähigen erkrankten Kindes (§ 12 Abs. 2 Satz 1 und 4 SächsUrlMuEltVO),
  - bei Freistellung vom Dienst zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines berücksichtigungsfähigen schwer erkrankten Angehörigen (§ 12 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d Doppelbuchst. aa SächsUrlMuEltVO).
- 8.3 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner 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, soweit es sich um Aufwendungen im Sinne des § 4 Abs. 3 handelt. Beispielsweise sind Aufwendungen einer klassischen Eigenblutbehandlung grundsätzlich beihilfefähig. Dies trifft jedoch nicht auf Aufwendungen einer modifizierten Eigenblutbehandlung zu, da diese Behandlungsmethode nach Buchstabe M der Anlage 1 zu § 4 Abs. 4 Satz 2 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. 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.
- 9.5 Physiotherapeuten, die eine beschränkte Heilpraktikerzulassung haben („Physiotherapie-Heilpraktiker“), sind in ihrem Fachgebiet zur Erstellung von Diagnosen und somit auch zur Leistungserbringung ohne ärztliche Verordnung berechtigt (BVerwG, Urteil vom 26. August 2009, 3 C 19/08). Werden physiotherapeutische Leistungen aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Physiotherapie-Heilpraktikern erbracht, sind diese in Höhe der Beträge des Leistungsverzeichnisses nach Anlage 3 zur SächsBhVO als beihilfefähig anzuerkennen. Erfolgt die Behandlung aufgrund eigener Diagnosestellung, sind die für Heilpraktiker geltenden Regelungen anzuwenden (vergleiche Anlage 2 zur SächsBhVO)).
- 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. 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 Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. 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 vier Jahre, kann je 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, sind für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein neuer Heil- und Kostenplan und eine Genehmigung nicht 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 Bei der Invisalign-Methode handelt es sich nicht um eine Standardtherapie. In der Regel steht hier der kosmetische Aspekt im Vordergrund. Aufwendungen für die zahnärztlichen Leistungen sind beihilfefähig. Mehrkosten für Material- und Laborkosten, die durch gesonderte Vereinbarung zwischen Kieferorthopäden und Patient abrechenbar sind, sind nicht beihilfefähig (vergleiche Nummer 14.1.3).
- 12.6 Bei einem vom Beihilfeberechtigten oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu vertretenden Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einem Wechsel des Kieferorthopäden bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind, es sei denn, ein Nachtrag ist medizinisch begründet. Ändert sich der Versicherungsstatus des Patienten während des Behandlungszeitraumes, sind die Leistungen entsprechend dem ursprünglichen Heil- und Kostenplan dem Erbringungszeitraum anteilig zuzuordnen und nur zu dem Anteil beihilfefähig, für den eine Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit besteht.
- 12.7 Sind im Anschluss an eine Frühbehandlung bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres weitere kieferorthopädische Leistungen notwendig, liegt eine Neubehandlung vor, die die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplanes erfordert.

- 12.8 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.
- 12.9 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.
- 13.3 Nach dem Gebührenverzeichnis zur GOZ in der seit dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung können nun Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen zusätzlich berechnet werden (siehe Leistungsbeschreibung der Nummern 8010 bis 8065 des Gebührenverzeichnisses zur GOZ). Diese sind von der Begrenzung der Beihilfefähigkeit auf 60 Prozent nach § 14 Abs. 1 nicht erfasst. Dies gilt auch dann, wenn sie im Zusammenhang mit implantologischen oder zahnprothetischen (Haupt-)Leistungen erbracht worden sind.
- 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 GOÄ berechnungsfähig sind) bei anderen als in Satz 1 genannten Leistungen anfallen, sind diese zu 100 Prozent beihilfefähig.
- 14.1.3 Nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G der Anlage 1 zur GOZ sind mit dem Ansatz der Gebührensnummern 6100, 6120, 6140 und 6150 auch die Kosten für Standardmaterialien mit abgegolten. Mehrkosten, die nur auf der Basis einer gesonderten Vereinbarung zwischen Kieferorthopäden und Patient abrechenbar sind, sind nicht 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
- der Familientherapie,
  - der Funktionellen Entspannung nach M. Fuchs,
  - der Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
  - der Gestaltungstherapie,
  - der Körperbezogenen Therapie,
  - der Konzentrativen Bewegungstherapie,
  - der Logotherapie,
  - der Musiktherapie,
  - des Psychodramas,
  - 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 Bei probatorischen Sitzungen oder psychotherapeutischen Behandlungen, die nicht genehmigungspflichtig sind, sind die Aufwendungen im Rahmen der Gebühren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ ohne die Feststellung der Notwendigkeit der Behandlung durch einen Gutachter beihilfefähig.
- 16.3.2 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.
- 16.3.3 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.
- 16.3.4 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.
- 16.3.5 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 Münster, Urteil vom 18. September 2012, 1 A 2836/10).
- 16.3.6 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.
- 16.3.7 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:
- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Arztes oder Psychotherapeuten (ungeöffnet!),
  - das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
  - das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
  - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 16.3.8 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.
- 16.3.9 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.
- 16.3.10 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.

- 16.3.11 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- 16.3.12 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.
- 16.3.13 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
- 16.3.14 Die Kosten des Gutachtens in Höhe von derzeit 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von derzeit 82 Euro 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**
- 16.9.1 Eine Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz im Sinne des Satzes 2 Nr. 1 liegt nicht mehr vor, wenn es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch kommt und nicht unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz ergriffen werden.
- 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.
- 16.10.2 Hinsichtlich der Angemessenheit der Aufwendungen sind die Nummern 37.4.3 und 37.4.4 entsprechend 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. Einzelgespräche mit Bezugspersonen sind unabhängig von einer Voranerkennung beihilfefähig und werden nicht auf die Höchstzahl der Sitzungen angerechnet.
- 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.
- 19.1.3 Wird die Verhaltenstherapie in der Gruppe durchgeführt, kann bei einer Mindestbehandlungsdauer von 100 Minuten (§ 16 Abs. 6) die Nummer 871 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ zweimal als beihilfefähig anerkannt werden. Der Gesamtumfang der beihilfefähigen Sitzungen bleibt hiervon unberührt. Die Verhaltenstherapie kann auch als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Durch die Kombination darf die maximale Sitzungszahl, die ansonsten bei Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig wäre, nicht überschritten werden.
- 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 Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (vergleiche § 2 KHEntG, § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

- 20.1.2 Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind bezüglich des Beihilfeanspruchs grundsätzlich die Verhältnisse am ersten Tag des Aufenthaltes maßgebend. Ist bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu einem Entgelt auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Treten während des stationären Aufenthaltes Veränderungen ein, ist eine tagesanteilige Abrechnung entsprechend Nummer 57.1.1 vorzunehmen.
- 20.1.3 Aufwendungen für zusätzlich zu einer Fallpauschale berechenbare Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge sowie sonstige festgelegte Entgelte nach § 8 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) 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.
- 20.1.4 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, welches von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG jährlich angepasst und weiterentwickelt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat hierzu zunächst die vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013 geltende Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 (PEPPV 2013) erlassen. Für das Jahr 2014 haben der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die erste jährliche Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2014 (PEPPV 2014) geschlossen, die den PEPP-Entgeltkatalog 2014 enthält. Aufwendungen, die nach den jährlichen Vereinbarungen oder – kommt eine solche nicht zustande – nach den ersatzweise durch das BMG festgesetzten Entgelten abgerechnet sind, sind beihilfefähig. Die PEPP-Zuordnung erfolgt am Ende eines (teil-)stationären Aufenthaltes. Die entsprechende Bewertungsrelation (abhängig von der Verweildauer) wird tagesbezogen mit dem Basisentgeltwert multipliziert. Daraus ergibt sich das tagesbezogene Entgelt. Der Basisentgeltwert wird in den ersten Jahren individuell mit den Krankenhäusern verhandelt und später auf einen Landesbasisentgeltwert umgestellt. Des Weiteren sind die sich aus dem KHG und der jeweiligen PEPPV ergebenden Entgelte, wie beispielsweise Zusatzentgelte, sonstige Entgelte, Zu- und Abschläge beihilfefähig. Eine verbindliche Einführung des Vergütungssystems ist zum 1. Januar 2017 vorgesehen. Die Übergangszeit für die Einführung wurde mit dem GKV-Weiterentwicklungsgesetz auf die Jahre 2015 und 2016 ausgeweitet. Führen Krankenhäuser das Vergütungssystem in den Jahren 2014, 2015 oder 2016 nicht ein, haben sie die Abrechnung gemäß § 18 BpflV durchzuführen und die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung anzuwenden.
- 20.1.5 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 KHEntgG), 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 andererseits 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 Krankenhausaufenthaltes 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.
- 20.1.6 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.
- 20.1.7 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig.
- 20.1.8 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 Euro täglich beihilfefähig.
- 20.1.9 Aufwendungen für in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag (§ 17 KHEntgG oder § 22 BpflV) sind nicht beihilfefähig.
- 20.1.10 Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 17 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG 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.
- 20.1.11 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntgG oder § 23 BpflV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 17 KHEntgG oder § 16 Satz 1 BpflV beihilfefähig.

- 20.1.12 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 auf Bundesebene gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG 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. Eine Überschreitung der durchschnittlichen Verweildauer und Zusatzentgelte sind bei dem Kostenvergleich nicht zu berücksichtigen. Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen sind die gesondert berechenbare Wahlleistung „Unterkunft im Zweibettzimmer“ pauschal bis zu einer Höhe von 1,5 Prozent der oberen Korridorobergrenze des Bundesbasisfallwertes gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG abzüglich der Eigenbeteiligung von 14,50 Euro je Aufenthaltstag und wahlärztliche Leistungen oder von niedergelassenen Ärzten nach GOÄ abgerechnete Leistungen (auch belegärztliche Leistungen) beihilfefähig (vergleiche § 59 Abs. 2). Diese sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen.
- 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 in Buchstabe a und b 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. Wahlärztliche Leistungen sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen. Als Kinder gelten Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Maßgebend sind die Verhältnisse am Aufnahmetag.
- 20.2.3 Die Frührehabilitation wird in Deutschland nach dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) als Rehabilitationsleistung oder als Krankenhausbehandlung nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im Rahmen des Fallpauschalensystems durchgeführt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt je nach Zuordnung nach tagesgleichen Sätzen oder als Komplexpauschale im G-DRG-Fallpauschalensystem. Beihilferechtlich wird eine Frührehabilitation Phase B den Krankenhausleistungen zugeordnet. Die Beihilfefähigkeit der Summe aus täglichem Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz ist auf den in Buchstabe c genannten Höchstbetrag begrenzt. Ein Kostenvergleich ist nicht durchzuführen. Darüber hinaus können Kosten im Einzelfall als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese Vergütungen in Verträgen der Einrichtung mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern oder im Rahmen von Modellvorhaben der Sozialversicherungsträger vereinbart sind.
- 20.2.4 Die von Privatkliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und wird in die Vergleichsberechnung einbezogen.
- 20.2.5 Nummer 20.1.2 gilt entsprechend.
- 20.2.6 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.
- 20.2.7 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 Festsetzungsstelle 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.
- 21.1.2 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. Ist ein Vitaminpräparat in einer dieser Listen nicht als Arzneimittel verzeichnet, kann die Festsetzungsstelle davon ausgehen, dass es nicht beihilfefähig ist. Ist ein Vitaminpräparat als Arzneimittel zu qualifizieren, ist dessen Beihilfefähigkeit nach den allgemeinen Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 zu beurteilen.
- 21.1.3 Die Festsetzungsstelle kann ohne gesonderte Prüfung in folgenden Fällen von der Beihilfefähigkeit von Vitaminpräparaten ausgehen:
- a) Vitamin D (freie oder fixe Kombination)

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

**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 einer Erkrankung dienen (zum Beispiel Reiseapotheke, homöopathische Hausapotheke) sind nicht beihilfefähig. Arzneimittel, die zur Verbesserung des Aussehens (zum Beispiel: VISTABEL, AZZALURE, BOCOUTURE VIAL) oder zur Verbesserung des Haarwuchses (zum Beispiel: ALOPEXY 5 %, REGAINE, PROPECIA, FINAHAIR, FINAPIL, generische Finasterid-Fertigarzneimittel, ALPICORT F, ELL CRANELL alpha, PANTOSTIN, PANTOVIGAR verordnet sind, sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Ist die Beeinträchtigung des Aussehens oder des Haarwuchses im Einzelfall ausnahmsweise als Krankheit anzusehen (zum Beispiel bei einer erheblichen androgenetischen Alopezie oder einem androgenetischen Haarausfall bei Frauen; OVG Bautzen, Urteil vom 2. Juli 2012, 2 A 202/10), können die Aufwendungen für diese Mittel als beihilfefähig anerkannt werden.
- 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 § 80 Abs. 1 Satz 2 SächsBG nicht nachgewiesen ist.
- 21.3.2 Nicht beihilfefähig sind nach Absatz 3 Nr. 1 insbesondere folgende sogenannte Lifestyle-Arzneimittel:

<b>Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amfepramon	REGENON; TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin ALVALIN	
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	Antiadiposium Riemser; BOXOGETTEN S; RECATOL mono
A 08 AX 01 Rimonabant	ACOMPLIA
<b>Regulierung des Körpergewichts (peripher wirkend)</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	alli; XENICAL; alle generischen Orlistat-Fertigarzneimittel
<b>Sexuelle Dysfunktion</b>	
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; alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	Procomil; YOCON GLENWOOD; YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	PRILIGY
Turnera diffusa Dil. D4	DESEO
<b>Nikotinabhängigkeit</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN; NICOPASS; NICOPATCH; NICORETTE; NICOTINELL; NIKOFRENON
N 07 BA 02 Bupropion	
N 06 AX 12	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX
<b>Steigerung des sexuellen Verlangens</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	INTRINSA
Turnera diffusa Dil. D4	DESEO

- 21.3.3 Für die nach Absatz 3 Nr. 2 von der Beihilfe ausgeschlossenen Arzneimittel kommt es auf deren objektive Zweckbestimmung an. Es ist der typische Anwendungsbereich des Arzneimittels im Vergleich zu einem als ersetzbar in Betracht kommenden Gut des täglichen Lebens zu beurteilen. Wie das Mittel im Einzelfall eingesetzt und ob dabei ein therapeutischer Zweck verfolgt wird, ist insoweit ohne Belang.
- 21.3.4 Die Festsetzungsstelle kann bei Arzneimitteln, die zur Prophylaxe (hierzu auch Nummer 21.2.2) verwendet werden oder nicht verschreibungspflichtig sind, regelmäßig davon ausgehen, dass sie der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, weil sie üblicherweise auch von Gesunden benutzt werden.
- 21.3.5 Zu den Mitteln, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen und deshalb nicht beihilfefähig sind, gehören zum Beispiel auch Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Mineralstoffe, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer und medizinische Körperpflegemittel.
- 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 Medizinproduktrecht 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 Eigenbeteiligung zu kürzen, soweit keine Ausnahme nach § 59 Abs. 1 Satz 3 vorliegt und sie nicht für die Befestigung oder Funktion eines Hilfsmittels notwendig sind (zum Beispiel Stomaversorgung, künstliche Ernährung). 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 „Lifestyle-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 der Festsetzungsstelle 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-Aufsprüfung
- r) Auffahrrampe für Rollstuhl
- s) Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)
- t) Aufstehgestelle
- u) Auftriebshilfe bei Schwerstbehinderten

- v) Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
  - w) Augenschielklappe
- B**
- a) Badestrumpf
  - b) Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)
  - 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) Cochlea-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 Euro, gegebenenfalls zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 Euro
- D**
- a) Dekubitus-Schutzmittel (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 je 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) Epirain-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) Gehgipsgalosche
  - 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 Krabblertische)
- 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, Taschengehör, Hörbrillen, CROS-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte), ab dem 18. Lebensjahr begrenzt auf 1 500 Euro je Ohr gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung
  - l) Hüftbandage (zum Beispiel Hohmann-Bandage)
  - m) Hysterophore bei inoperablem Gebärmuttervorfall
- I**
- a) Impulsvibrator (Abklopfggerät, zum Beispiel bei Mukoviszidose, 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) Kieferspreizergerät
  - e) Klosett-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 Euro zu berücksichtigen und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen von 40 Euro)
  - 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 (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
  - d) Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
  - e) Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
  - f) Lisselsonde

g) Lumbalbandage

**M**

a) Malleotrain-Bandage

b) Mangoldsche Schnürbandage

c) Manutrain-Bandage

d) Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen, bei folgender Ausführung:

aa) Straßenschuhe – Erstausrüstung 2 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,

bb) Hausschuhe – Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,

cc) Sportschuhe – Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,

dd) Adresschuhe – Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach vier Jahren.

e) Milchpumpe

f) Mundsperrer (bei krankheitsbedingter Verkrampfung der Kiefermuskulatur)

g) Mundstab/-greifstab

**N**

Narbenschützer

**O**

a) Okklusionsfolien, Okklusionspflaster

b) Orthese (auch Wirbelsäulorthese (Korsett), Redressions-Korrektur-Schühchen), Orthoprothese, Korrekturschiene, Haltemanschetten

c) Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen

d) Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

e) Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal 6 Paar Schuhen je 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 weitgehendem oder krankhaft entstehendem partiellen Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata) oder bei erheblicher Verunstaltung des Kopfes (zum Beispiel infolge Schädelverletzung oder verunstaltender Narben) bis zu 520 Euro

f) Pflaster

g) Polarimeter

h) Psoriasis-kamm

**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 Euro übersteigen

m) Sphinkter-Stimulator

n) Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

o) Spreizfußbandage

p) Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

q) Spritzen

- r) Stabilisationsschuhe, orthopädische (nur bei Sprunggelenkbandschäden, Achillessehenschädigungen 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) Verbandschuhe (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. Zur beihilferechtlichen Bewertung können auch Leitlinien von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften herangezogen werden. Beispielsweise können der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V., Bonn zur Versorgung mit Cochlea-Implantaten und zentral-auditorischen Implantaten Informationen zum Indikationsspektrum entnommen werden. Die Leitlinie ist veröffentlicht im Internetportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF).

23.2.3 Folgende Hilfsmittel sind bereits durch § 80 Abs. 5 Satz 1 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: Dekubitus-Schutzmittel)
  - 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 (zum Beispiel Cityliner 412)
  - g) Elektro-Luftfilter
  - h) Elektronisches Notizbuch
  - i) Erektionshilfen
  - j) Ergometer
  - k) Ess- und Trinkhilfen
  - l) Expander (zum Beispiel GEX-Gelenkexpander)
  - m) E-Zigarette
- 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 Electronic-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 Minitastatur, 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) Treppensteigergerät für Rollstühle (Treppenraupe, Treppensteiger)
- h) Tünkers-Butler (Elektrorollstuhl mit Sitzlift)

**U**

- a) Übungsmatte
- b) Ultraschalltherapiegeräte

- c) Umweltkontrollgerät
  - d) Urin-Prüfgerät Uromat
- V**
- Venenkissen
- ,  
nachstrumpf
- W**
- Waage
- Wandstandgerät (zum täglichen Training Querschnittsgelähmter)
- a) WC-Sitz
  - b)
  - c) Zahnpflegemittel
- Z**
- Zehen- und Ballenpolster, Zehenspreizer
- a)
  - b) 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.
- 23.2.4
- 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 Euro 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“ (HMV) kann für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe des Absatzes 2 geben. Die Festsetzungsstelle ist an Eintragungen im HMV jedoch rechtlich nicht gebunden. Maßgebliche Rechtsquellen für die Beihilfefestsetzung sind nur § 80 SächsBG und die Sächsische Beihilfeverordnung sowie besondere Fürsorgeaspekte (§ 45 des Beamtenstatusgesetzes [BeamtStG]). Bei der Ausfüllung des verbleibenden Beurteilungsspielraums ist das HMV 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 Vierjahreszeitraumes beihilfefähig.
- 23.7**
- Zu Absatz 7**
- 23.7.1 Der Höchstbetrag von 1 500 Euro kann bei Vorliegen einer besonderen Härte im Sinne des § 4 Abs. 3 Satz 2 überschritten werden (hierzu auch BVerwG, Urteil vom 2. April 2014, 5 C 40/12). 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 Münster, Beschluss vom 3. Februar 2012, 1 A 1249/10).
- 23.7.2 Für Kinder unter 18 Jahren ist eine Ersatzbeschaffung auch innerhalb des Vierjahreszeitraumes 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 je 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.

- 13.10** **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 Euro alle zwei Jahre je Auge beihilfefähig. Die Zweijahresfrist beginnt am Tag des ersten Kaufs einer Sehhilfe ab dem 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 zwei 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 Euro je Auge 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 (§ 80 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 Euro 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 Euro je Auge – anerkannt werden. Ob die Beihilfe für die Kontaktlinsen ebenfalls auf 80 Euro 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 Euro 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. 7). Aufwendungen für osteopathische Behandlungen sind bis zu dem Höchstbetrag für manuelle Therapie beihilfefähig.
- 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. Bei osteopathischen Behandlungen sind die Aufwendungen im Rahmen einer Analogabrechnung nach der Nummer 3306 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sowie nach dem Igel-Katalog (Hess, Klakow-Franck: Igel-Kompendium für die Arztpraxis, Deutscher Ärzteverlag) und den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin (DGOM) beihilfefähig.
- 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 Schlawffhorst-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
  - Akademischer Sprachtherapeut
- 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-) Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten,

- Sonder- oder Förderschullehrern, Sportlehrern, Motopäden, Orthoptisten, Diätassistenten oder Diplom-Ökotrophologen 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 2,3fachen 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 je 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 Andere ärztlich verordnete Arten der Gerätegestützten Krankengymnastik (mit Sequenztrainingsgeräten für die oberen und unteren Extremitäten und den Rumpf oder Hebel- und Seilzugapparate für die Rumpf- und Extremitätenmuskulatur) sind nicht an die Voraussetzungen des Absatzes 3 gebunden und ohne Begrenzung der Sitzungszahl beihilfefähig.
- 26.3.4 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, Ganztagsschulen, 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, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen**
- 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, Kasseler Stottertherapie, sozialmedizinische Nachsorge im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB V 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 Nummer 37.4.4 ist entsprechend anzuwenden.
- 27.3 Zu Absatz 3**
- 27.3.1 Behandlungen durch psychiatrische Institutsambulanzen sind Maßnahmen, die nicht den Voraussetzungen der §§ 16 bis 19 unterliegen. Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütungen nach den Vereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern.

- 27.4 Zu Absatz 4**
- 27.4.1 Solange der PKV-Verband für die Behandlung durch Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) nur Vereinbarungen gemäß § 75 Abs. 3b Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 75 Abs. 3a SGB V für Basis- und Standardtarifversicherte abgeschlossen hat, können diese auch der Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen für Patienten, die im Normaltarif der PKV versichert sind, zu Grunde gelegt werden.
- 27.5 Zu Absatz 5**
- 27.5.1 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 hirnrnorganisch verursachten Störungen kognitiver Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Hauptanwendungsfall ist eine nachweisbare Erkrankung oder Schädigung des Gehirns infolge eines Schlaganfalls oder eines Schädel-Hirn-Traumas.
- 27.5.2 Da aus medizinischen Gründen keine Wirksamkeit der Behandlung gegeben ist, ist die Beihilfefähigkeit in folgenden Fällen ausgeschlossen:
- Ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS oder ADS)
  - Intelligenzminderung
  - Hirnerkrankung mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, zum Beispiel mittel- oder hochgradige Demenz vom Alzheimerstyp
  - Die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patienten liegt länger als fünf Jahre zurück.
- 27.5.3 Die neuropsychologische Therapie kann von Ärzten und Psychotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation in Form von Einzel- und Gruppenbehandlungen durchgeführt werden. 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.
- 27.5.4 Eine Nummer für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie ist in der Gebührenordnung für Ärzte nicht enthalten. Die Therapie kann daher nur in analoger Anwendung abgerechnet werden. Hierfür kommen insbesondere die Nummern 849, 860, 870, 871 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ in Betracht. Die Angemessenheit für die Abrechnung einer Therapieeinheit als Einzelbehandlung von mindestens 50 Minuten richtet sich bis zur Höhe des Betrages der Nummer 870.
- 27.5.5 Wird die Therapieeinheit (bei Einzelbehandlung) aus medizinischen Gründen von 50 Minuten auf 25 Minuten verkürzt, kann Beihilfe unter entsprechender Reduzierung des Gebührenwertes auch für die doppelte Gesamtsitzungszahl gewährt werden. Wird eine Therapieeinheit (bei Gruppenbehandlung) von 50 Minuten auf 100 Minuten ausgedehnt, ist der volle Gebührenwert auch für 40 Sitzungen beihilfefähig.
- 27.6 Zu Absatz 6**
- 27.6.1 Anders als bei den in Absatz 1 bis 3 genannten Komplextherapien werden bei integrierten Versorgungsmodellen Leistungsarten im Rahmen eines Behandlungskonzeptes kombiniert. Häufig kommt es zu einer Kombination von Krankenhausleistungen (§ 20) und stationären Rehabilitationsmaßnahmen (§ 37). Über integrierte Versorgungsmodelle bestehen Vereinbarungen mit gesetzlichen (§ 140a SGB V) oder privaten Krankenversicherungsunternehmen (zum Beispiel Konzept Allianz Klinikkooperation für Hüft- und Knieoperationen). Die Abrechnung der Leistungen erfolgt nach vereinbarten Pauschalsätzen. Bei Verträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen beinhalten die Vereinbarungen auch Pauschalen für wahlärztliche Leistungen und Wahlleistungen im Krankenhaus. Auch Kombinationen mit ambulanten Leistungen, die pauschal abgerechnet werden, können Bestandteil der integrierten Versorgung sein.
- 27.6.2 Die vereinbarten Vergütungen nach § 140a SGB V sind beihilfefähig. Besteht ein Kooperationsvertrag von privaten Krankenversicherungsunternehmen über integrierte Versorgung (zum Beispiel Krankenhausleistungen und Nachsorgerehabilitationsmaßnahmen), sind die Aufwendungen in Höhe der vereinbarten Vergütungen einschließlich wahlärztliche Leistungen beihilfefähig. Wahlleistungen sind nur in Höhe der Pauschalen für Zweibettzimmer beihilfefähig. Komfortleistungen, wie Einbettzimmer, sind nicht beihilfefähig.
- 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 Euro in Rechnung gestellt. Der beihilfefähige Höchstbetrag von 63,50 Euro ist durch drei Teilnehmer zu teilen, so dass ein Betrag von 21,17 Euro (§ 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 drei Jahren als beihilfefähig anerkannt werden. Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit von bis zu drei 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 zwölf 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 Pflegeversicherer 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 Psychotherapie 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 Ausgefallene Arbeitseinkünfte sind auch die aufgrund einer vorübergehenden Beurlaubung ohne Entgelt entstandenen Verdienstauffälle. Eine Vergütung für ausgefallene Arbeitseinkünfte ist bis zur Höhe des Verdienstauffalls 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 einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. 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 palliativmedizinisch, das heißt leidensmindernd, 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 (2014: 193,55 Euro). Soweit andere Sozialleistungsträger Zuschüsse gewähren, sind diese im Rahmen des § 6 Abs. 1 anzurechnen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen kommt daneben auch eine Beihilfegewährung nach § 52 (Kurzzeitpflege) und § 55 (vollstationäre Pflege) in Betracht; im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind insoweit die Leistungen der Pflegekassen vorrangig auszuschöpfen.
- 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 (hierzu gehören auch ganztägig ambulante oder teilstationäre Behandlungen) 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 Krankenwagens im Zeitpunkt der Verordnung erforderlich war. Auf die tatsächliche Betreuung oder Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens 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, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, Hüftexartikulierte und einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen oder nur eine Beckenkorbprothese tragen können oder zugleich unterschenkel- 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 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 je gefahrenen Kilometer jeweils der nach § 5 Abs. 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes ( **SächsRKG**) festgesetzte Betrag für die Wegstreckenentschädigung beihilfefähig. Für die Bestimmung der Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort können Routenplaner aus dem Internet verwendet werden.
- 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 Die beihilfefähigen Fahrtkosten sind mit Ausnahme der in Satz 4 genannten Fälle um 10 Euro je einfache Fahrt zu mindern. Die Minderung erfolgt nicht bei schwer behinderten Menschen im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 Nr. 1, Fahrten zur Dialyse, onkologischer Strahlen – oder Chemotherapie sowie bei Fahrten von Spendern im Zusammenhang mit Organspenden.
- 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 Ist die Entfernung innerhalb des Wohnortes mehr als 30 Kilometer, liegt keine Auswärtigkeit vor. Maßgeblich ist die Entfernung von der Haustür der Wohnung bis zum Behandlungsort (Haustür). Der Feststellung der Abwesenheitszeit von der Wohnung oder der Dauer der Wegstrecke sind öffentliche Verkehrsmittel zu Grunde zu legen.
- 33.1.3 Die Vorschrift findet bei einer Kur oder kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung.
- 33.1.4 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 ( **SächsKhilfVO**) aufgezählten Helfer in Betracht. Dies sind zum

Beispiel Gebärdensprachdolmetscher und Oraldolmetscher. Aufgrund des Verweises auf § 5 Abs. 1 SächsKHilfVO sind die nachgewiesenen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vorgesehenen Sätze (ab 1. Januar 2014: 70 Euro je 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 und die Notwendigkeit der Tätigkeit einer Familien- und Haushaltshilfe werden durch ärztliche Verordnung festgelegt.
- 35.1.2 Als Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen Leistung zählt auch eine ärztlich bescheinigte notwendige Begleitung eines Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu einer beihilfefähigen stationären Maßnahme (zum Beispiel stationäre Behandlung eines Kindes, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme).
- 35.1.3 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.
- 35.1.4 Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt.
- 35.1.5 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 § 36 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. Erfolgt die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung nach dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) ist die Rehabilitation Phase B beihilferechtlich den Krankenhausleistungen (vergleiche Nummer 20.2.3) und die Rehabilitation Phase C und D beihilferechtlich der Anschlussheilbehandlung zuzuordnen.
- 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. 2 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 Entwöhnung im Rahmen einer Suchtbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Ihr geht in der Regel die Entgiftung voraus, die häufig stationär im Rahmen einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 20 oder ambulant durchgeführt wird. 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 **6Ambulante 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 sinngemäßer 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 Euro 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 7.1.3 hingewiesen.
- 37.4 Zu Absatz 4**
- 37.4.1 Einzelne abgerechnete Leistungen sind im Rahmen des Absatzes 3 und § 4 beihilfefähig.
- 37.4.2 Bei Abrechnung von pauschalen Tagessätzen bei Anschlussheilbehandlungen nach Absatz 2 Nr. 1 der niedrigste Tagessatz der jeweiligen Fachabteilung für Selbstzahler beihilfefähig. Komfortleistungen, wie zum Beispiel Aufwendungen für ein Einbettzimmer, sind nicht notwendig und angemessen. Ein entsprechender Anteil hierfür im Pauschalsatz ist nicht beihilfefähig.
- 37.4.3 Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen nach Maßgabe eines Vertrages oder einer Vereinbarung von Krankenkassen oder anderen Sozialversicherungsträgern nach dem SGB V oder von Unternehmen privater Krankenversicherungen mit Leistungserbringern für Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 6 setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf die vertragliche Vereinbarung Bezug genommen wird (§ 4 Abs. 6 Satz 5). Im Zweifelsfall hat der Beihilfeberechtigte diese Vereinbarung auf Verlangen der Festsetzungsstelle beizubringen. Im Übrigen wird auf Nummer 4.6.1 hingewiesen. Neben Pauschalabrechnungen sind Einzelabrechnungen nicht beihilfefähig. Unabhängig von den genannten Vergütungsvereinbarungen hat das Staatsministerium der Finanzen nach § 4 Abs. 6 Satz 2 das Recht, mit Leistungserbringern eigene Vergütungsvereinbarungen zu treffen.
- 37.4.4 Kann der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige bei bestehenden Vergütungsverträgen der Einrichtung mit Sozialversicherungsträgern eine Leistung zu diesen Konditionen nicht erlangen, besteht kein Vertrag mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder erfolgt keine Einzelabrechnung nach Nummer 37.4.1, können aus Fürsorgegründen (vergleiche Urteil des VGH Baden-Württemberg vom 15. August 2013, 2 S 1085/13) Aufwendungen im folgenden Umfang als beihilfefähig bewertet werden:
- Pauschaltagessätze, die alle Leistungen (insbesondere Unterkunft, Verpflegung, Pflege, ärztliche Leistungen, Heilmittel) enthalten, können im Rahmen des Grundtarifs bis zu einer Höhe von 130 Prozent – bei gesonderter Berechnung von Heilmitteln bis zu einer Höhe von 120 Prozent – des Vergleichsvergütungssatzes mit einem Sozialversicherungsträger als angemessen im Sinne des § 4 Abs. 3 bewertet werden.
  - Darüber hinaus sind Aufwendungen für Pauschaltagessätze nur beihilfefähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nur in dieser besonders spezialisierten Einrichtung durchgeführt werden kann und soweit die ungedeckten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen 20 Euro je Tag übersteigen.
- 37.4.5 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). Sind sowohl die Mutter oder der Vater als auch das Kind behandlungsbedürftig, werden die Aufwendungen der jeweiligen behandelten Person zugerechnet und sind zum jeweiligen Bemessungssatz beihilfefähig.
- 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 Entwöhnungen im Rahmen stationärer 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. Für die der Entwöhnung vorausgehende ambulante oder stationäre Entgiftungsbehandlung ist eine Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht erforderlich. 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 sicherzustellen, 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. Hat eine Klinik sowohl Fachabteilungen, die die ärztliche Versorgung (zum Beispiel Operationen) als auch Fachabteilungen oder Klinikbereiche, die die Anschlussheilbehandlung (Rehabilitation) durchführen, ist es ausreichend, wenn die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung von einem Arzt der erstbehandelnden Fachabteilung erfolgt.
- 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 Euro begrenzt. Bei Durchführung im Ausland ist die Begrenzung der beihilfefähigen Reisekosten auf 200 Euro 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 Euro begrenzt. Der beihilfefähige Betrag ist nicht um 10 Euro je einfache Fahrt zu mindern (Satz 3 in Verbindung mit § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 und § 32 Abs. 3 Satz 3).
- 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 Alternative 1 gilt nicht als unterbrochen während einer Elternzeit nach der Sächsischen Elternzeiterordnung ( **SächsElTZVO** ) 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.
- 39.5.3 Eine Minderung der Fahrtkosten nach § 32 Abs. 3 Satz 3 ist nicht vorzunehmen.
- 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-SächsRKG** ]). 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 35. 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
- 41.2.3 Nicht jede der in Nummer 41.2.2 genannten Untersuchungen ist jedes Kalenderjahr beihilfefähig. So bestimmt sich beispielsweise die Häufigkeit des Mammographie-Screenings für Frauen nach § 10 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Insoweit sind Aufwendungen grundsätzlich alle 24 Monate, erstmalig ab dem Alter von 50 Jahren und in der Folge frühestens 22 Monate nach der jeweils vorangegangenen Teilnahme und höchstens bis zum Ende des 70. Lebensjahres beihilfefähig. Aufwendungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut bei Frauen und Männern sind beispielsweise jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig (vergleiche § 29 Abs. 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses).
- 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 Die Häufigkeit der Untersuchungen richtet sich ausschließlich nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie oder der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- 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-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
  - Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
  - Universitäts-Medizin Göttingen
  - Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Zell- und Molekularpathologie
  - Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik
  - Universitätsfrauenklinik Kiel
  - Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
  - Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
  - Technische Universität München, Klinikum Rechts der Isar, Klinik für Frauenheilkunde
  - Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde – Campus Großhadern
  - Universität Münster, Institut für Humangenetik
  - Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universität Regensburg
  - Universität Tübingen – Institut für Humangenetik
  - Universität Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Frauenklinik der Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Genetik im Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- 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 18. 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 sechsten 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. Lebensstag
  - 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	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 sechsten 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 Gemeinsamen Bundesausschusses 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. Dazu gehören nicht die Aufwendungen für einen pränatalen Bluttest zum nichtinvasiven Nachweis einer Trisomie 21. Ein solcher Test ist in den Mutterschafts-Richtlinien grundsätzlich nicht vorgesehen und deshalb nicht beihilfefähig, soweit nicht die Voraussetzungen des Teils II Nr. 2 der Anlage 1c der Mutterschafts-Richtlinien vorliegen.
- 44.1.3 Fast alle Vorsorgeuntersuchungen können sowohl von Hebammen beziehungsweise Entbindungspflegern als auch von Ärzten durchgeführt und im Mutterpass eingetragen werden. Ausgenommen sind insbesondere 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 Intrauterinpressare bei Personen bis zum vollendeten 20. 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 empfängnisverhütenden Arzneimittel und Medizinprodukte (hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterinpressare) immer von einem Arzt (nicht: Zahnarzt oder Heilpraktiker) verordnet sein.
- 44.3.7 Ist das beihilfefähige empfängnisverhütende 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 § 80 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
- der Beamte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen über keinen eigenen Haushalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland (Inland) verfügen,
  - eine notwendige medizinische Versorgung in Geburtsfällen am Dienort nicht gewährleistet ist und
  - 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 Euro je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 30 Euro 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 2014: 4,80 Euro) 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 von einer Begleitperson begleitet wird, 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 intrazytoplasmatischen 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“ Abbruchleistungen 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 sich nach § 32 Abs. 2.
- 47.1.2 Sind durch Erste-Hilfe-Leistungen besondere Kosten entstanden, zum Beispiel für die Herbeiholung 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 und Geweben sind immer dem Empfänger zuzuordnen und unmittelbar nach den Abschnitten 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. Der Begriff Gewebe bestimmt sich nach der Definition des § 1a Nr. 4 Transplantationsgesetz (TPG). Demzufolge fallen auch Stammzellen unter den Gewebebegriff.
- 47.3.2 Absatz 3 gilt sowohl für postmortale Spenden als auch Lebendspenden.
- 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 (GMBI. 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 postmortalen 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 5 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.
- 47.4 Zu Absatz 4**
- 47.4.1 Absatz 4 betrifft Aufwendungen des Spenders (sogenannte Lebendspenden). Lebendspenden von Organen (zum Beispiel Niere) sind nach § 8 Abs. 1 TPG nur unter Verwandten ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Verlobten oder anderen Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen, zulässig.
- 47.4.2 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. 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 privat krankenversicherten Spendern). Dies ist vom Spender geltend zu machen und gegebenenfalls nachzuweisen; seitens der Festsetzungsstelle erfolgt insoweit keine Prüfung von Amts wegen. Die Aufwendungen des Spenders gelten als Aufwendungen des Empfängers und unterliegen dem Bemessungssatz des Empfängers nach § 57. Hinsichtlich Eigenbeteiligungen und Selbstbehalt sind die Sonderbestimmungen in § 32 Abs. 3 Satz 4, § 59 Abs. 3 und § 60 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zu beachten.
- 47.4.3 Beihilfefähig ist auch der vom Spender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkünften. Werden Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes [EntgFG]) geleistet, liegt grundsätzlich kein Ausfall von Arbeitseinkommen vor. Nachgewiesener Ausfall an Arbeitseinkünften ist der Verdienstaufschlag in Höhe des Nettolohnes (vergleiche auch BSG, Urteil vom 12. Dezember 1972, 3 RK 477/70). Eigene Beiträge des Spenders zur Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung sind nicht beihilfefähig. Ist der Spender zum Beispiel privat kranken- und pflegeversichert und erhält Ersatz für den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen nach Absatz 4, erfolgt keine Übernahme oder Erstattung der während dieser Zeit zu zahlenden Beiträge zur privaten Versicherung des Spenders.
- 47.4.4 Bei Bezug von (anteiligen) Beihilfeleistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften aufgrund einer Spende gelten in der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung die versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Regelungen entsprechend der Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit zur versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Beurteilung der Leistungen zum Ausgleich des Verdienstaufschlags von Organ- oder Gewebespendern vom 15. November 2012.
- 47.4.4.1 Kranken-/Pflegeversicherung
- 47.4.4.1.1 Ist der Spender gesetzlich krankenversichert (pflicht- oder freiwillig versichert), führt die Gewährung von Beihilfe für den Ausfall von Arbeitseinkünften zur Beitragsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung (vergleiche § 224 SGB V und BT-Drs. 17/9773, S. 39 f). Krankenversicherungsbeiträge sind deshalb durch die Festsetzungsstelle nicht zu leisten.
- 47.4.4.1.2 Zur sozialen Pflegeversicherung sind Beiträge auf der Basis des der Berechnung der Leistung zu Grunde liegenden Bruttoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung zu berechnen (§ 57 Abs. 2 Satz 4 SGB XI). Neben dem zu ermittelnden Nettolohn, der für die Erstattung des Verdienstaufschlages maßgeblich ist, ist daher auch der zu Grunde liegende Bruttoarbeitsentgelt zu ermitteln, der für die Höhe der (anteilig) abzuführenden Beiträge für die soziale Pflegeversicherung maßgeblich ist.
- 47.4.4.1.3 Bei der Ermittlung der Beiträge für die soziale Pflegeversicherung sind die Sonderregelungen bei Arbeitslosengeld (in entsprechender Anwendung des § 57 Abs. 2 Satz 4 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Satz 1 SGB XI) und Kurzarbeit (in entsprechender Anwendung des § 57 Abs. 2 Satz 4 erster Halbsatz in Verbindung mit Satz 1 SGB XI) zu beachten.
- 47.4.4.1.4 Zum Nachweis und bei der Zahlung der Beiträge ist eine gesonderte Betriebsnummer für Rehabilitationsträger zu verwenden, die der Betriebsnummern-Service der Bundesagentur für Arbeit auf Antrag vergibt. Diese Betriebsnummer ist auch für Beitragszahlungen zur Rentenversicherung und, sofern ein Institutskennzeichen nicht vorhanden ist, zur Arbeitslosenversicherung zu verwenden. Die Betriebsnummer für die Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge ist nicht zu verwenden.
- 47.4.4.2 Rentenversicherung
- 47.4.4.2.1 Bei Bezug von (anteiligen) Beihilfeleistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften aufgrund einer Spende ist der Spender unter den Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 3a SGB VI rentenversicherungspflichtig. Rentenversicherungspflicht besteht dann, wenn der Spender im letzten Jahr vor Beginn dieser Leistung zuletzt versicherungspflichtig war; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II.
- 47.4.4.2.2 Die Beiträge sind auf der Basis des der Berechnung der Leistung zu Grunde liegenden Bruttoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der

- allgemeinen Rentenversicherung zu berechnen (§ 166 Abs. 1 Nr. 2d SGB VI). Somit ist der zu Grunde liegende Bruttolohn zu ermitteln, der für die Höhe der (anteilig) abzuführenden Beiträge für die gesetzliche Rentenversicherung maßgeblich ist.
- 47.4.4.2.3 Bei der Ermittlung der Beiträge für die Rentenversicherung sind die Sonderregelungen bei Arbeitslosengeld (in entsprechender Anwendung des § 166 Abs. 1 Nr. 2b zweiter Halbsatz SGB VI) und Kurzarbeit (in entsprechender Anwendung des § 166 Abs. 1 Nr. 2b SGB VI) zu beachten.
- 47.4.4.2.4 Zur Angabe der Betriebsnummer wird auf die Ausführungen in Nummer 47.4.4.1.4 verwiesen.
- 47.4.4.2.5 Die Meldepflicht nach § 191 Satz 1 Nr. 2 SGB VI in Verbindung mit § 38 der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung – DEÜV) an die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung und die jährliche Bescheinigung über den Inhalt der Meldung an den Spender ist zu beachten.
- 47.4.4.3 Arbeitslosenversicherung
- 47.4.4.3.1 Bei Bezug von (anteiligen) Beihilfeleistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften aufgrund einer Spende ist der Spender arbeitslosenversicherungspflichtig, wenn er unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig war, eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem SGB III unterbrochen hat (§ 26 Abs. 2 Nr. 2a SGB III).
- 47.4.4.3.2 Die Beiträge sind auf der Basis des der Berechnung der Leistung zu Grunde liegenden Bruttoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung zu berechnen (§ 345 Nr. 6a SGB III). Somit ist der zu Grunde liegende Bruttolohn zu ermitteln, der für die Höhe der (anteilig) abzuführenden Beiträge für die Arbeitslosenversicherung maßgeblich ist.
- 47.4.4.3.3 Bei der Ermittlung der Beiträge für die Arbeitslosenversicherung sind die Sonderregelungen bei Arbeitslosengeld (in entsprechender Anwendung des § 345 Nr. 5a zweiter Halbsatz SGB III) und Kurzarbeit (in entsprechender Anwendung des § 345 Nr. 5a SGB III) zu beachten.
- 47.4.4.3.4 Dem Spender sind die gezahlten Leistungen nach § 312 Abs. 3 SGB III zu bescheinigen.
- 47.4.4.3.5 In der Überweisung an die Bundesagentur für Arbeit ist das Institutionskennzeichen zu verwenden. Ist ein solches nicht vorhanden, ist die Betriebsnummer anzugeben. Zur Angabe der Betriebsnummer wird auf die Ausführungen in Nummer 47.4.4.1.4 verwiesen.
- 47.4.4 Die Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sind nach § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV am Achten des auf die Zahlung der (anteiligen) Beihilfeleistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften folgenden Monats fällig. Eine verspätete Zahlung der Beiträge löst die Erhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 SGB IV aus.
- 47.4.5 Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a Abs. 1 EntgFG fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Das fortgezahlte Arbeitsentgelt umfasst auch darauf entfallende Beiträge zur Sozialversicherung sowie zur betrieblichen Altersversorgung.
- 47.4.6 Der landwirtschaftlichen Krankenkasse des Spenders wird auf Antrag die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe entsprechend dem Bemessungssatz des Empfängers erstattet.
- 47.4.7 Abzugsgrenzen vom Vorgang der Spende sind Folgeerkrankungen, die in einem zeitlichen Abstand zur Spende eintreten. Insoweit wird in Absatz 4 Satz 3 mit dem Verweis auf § 27 Abs. 1a Satz 4 SGB V klargestellt, dass grundsätzlich die Krankenkasse beziehungsweise Krankenversicherung der Spender für die Behandlung von Folgeerkrankungen zuständig ist. Folglich sind Aufwendungen für Folgeerkrankungen des Spenders grundsätzlich nicht beihilfefähig, wenn dieser nicht Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist (zum Beispiel nach Lebendspende einer Niere Ausfall der zweiten Niere).
- 47.4.8 Für die Spende 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 47.4.2 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 (§ 80 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SächsBG).
- 47.5 Zu Absatz 5**
- 47.5.1 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.
- 47.5.2 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.
- 47.5.3 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 Euro einschließlich einer einmaligen Aktivierungsgebühr von 4 600 Euro. 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). Daneben sind Aufwendungen für häusliche Betreuung (§ 124 SGB XI) beihilfefähig (vergleiche Nummer 48.1.5.4). Dies setzt jedoch voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. 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 17. April 2013), die auf der Homepage der gesetzlichen Krankenversicherung ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.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.
- 48.1.5.4 Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:
- Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
  - Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus
- Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld eines Beteiligten oder seiner Familie in Anspruch genommen werden.
- 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 3 Stunden, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 2 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 5 Stunden, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 4 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. Für Beihilfeleistungen, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen (insbesondere § 49 Abs. 4, § 55 Abs. 4), gilt die Antragsfrist des § 63.
- 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. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung mit den Trägern für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder ein Beitritt zu einer entsprechenden Vereinbarung.
- 48.3.3 Das Staatsministerium der Finanzen hat für die Beihilfeberechtigten des Freistaates Sachsen (Staatsbeamte) den Beitritt zum Rahmenvertrag über die Beteiligung der Beihilfe an den Pflegeberatungskosten nach § 7a SGB XI zwischen der COMPASS GmbH und dem Bundesministerium des Innern (BMI) vom 28. Juni 2013 einschließlich des geschlossenen Vertrages zur Ermittlung der Kostenbeteiligung nach § 6 des Rahmenvertrages erklärt.
- 48.3.4 Von der COMPASS GmbH werden 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.
- 48.3.5 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](http://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**

**49.1 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 der Pflegestufen I und II, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, erhöhen sich die in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI genannten Höchstbeträge nach Maßgabe des § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI. Bei Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe, die aber die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, ergibt sich der Höchstbetrag aus § 123 Abs. 2 SGB XI. Zusätzlich sind im Rahmen der Höchstbeträge nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI und gegebenenfalls § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI ergänzend zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auch Aufwendungen für die häusliche Betreuung im Sinne von § 124 Abs. 2 SGB XI beihilfefähig. Aufwendungen für die häusliche Betreuung sind nicht beihilfefähig, wenn im Einzelfall die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung dadurch nicht sichergestellt werden kann oder die Leistungen der häuslichen Betreuung nicht durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden.
- 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 und § 123 Abs. 2 bis 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.
- 49.1.7 Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die Beihilfe nach § 56 gewährt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an Wochenenden oder in Ferienzeiten) Beihilfe nach Absatz 1 für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie gewährt werden. Dabei ist der Anspruch auf den sich aus § 36 Abs. 3 und 4 und § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI ergebenden Höchstbetrag begrenzt. Insoweit sind die beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 auf die Differenz zwischen dem sich aus § 36 Abs. 3 und 4 und § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI ergebenden Höchstbetrag und die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 56 begrenzt.

**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 einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 20, einer stationären Rehabilitation nach § 37 oder einer stationären Pflege nach §§ 55 und 56 des Pflegebedürftigen unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 20) oder einer stationären Rehabilitation (§ 37). Die Vierwochenfrist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung der Pauschalbeihilfe wird diese ab dem Entlassungstag wieder gewährt.
- 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 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. 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 und dass der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung

hat (§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI). Rentenversicherungspflicht für die Pflegeperson besteht deshalb nicht, wenn der Pflegebedürftige nicht pflegeversichert ist. Die alleinige Leistung von Beihilfe an den Pflegebedürftigen begründet keine Rentenversicherungspflicht. 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 der Festsetzungsstelle 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 Festsetzungsstelle hat 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 den Festsetzungsstellen bekannt gegeben.
- 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 Pflegetätigkeit 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 (zum Beispiel wegen Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege).
- 49.2.6.1.4 Zur Umsetzung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen wird auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. vom 9. Januar 2013 verwiesen, das Ausführungen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für rentenversicherungspflichtige Personen enthält.
- 49.2.6.1.5 Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen zu Gunsten einer Pflegeperson durch die Festsetzungsstelle setzt voraus, dass sich die Pflegetätigkeit der Pflegeperson auf mindestens 14 Stunden wöchentlich bei einem Pflegebedürftigen beläuft. Eine Rentenversicherungspflicht kommt auch in Betracht, wenn die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger mit einem Pflegeaufwand von jeweils unter 14 Stunden/Woche – aber insgesamt mindestens 14 Stunden/Woche – gegeben ist (Additionspflege).
- 49.2.6.1.6 Die Bemessungsgrundlage für den Beitrag aufgrund einer Additionspflege entspricht unabhängig von der Pflegestufe des jeweiligen Pflegebedürftigen 26,6667 Prozent der Bezugsgröße (§ 166 Abs. 3 SGB VI). Dies entspricht rechnerisch dem jeweiligen Beitragswert der Pflegestufe I. Der zu zahlende Beitragsanteil ergibt sich aus dem Verhältnis der festgestellten Pflegezeit zur Gesamtpflegezeit zum Bemessungssatz.
- 49.2.6.1.7 Die Regelungen zur Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit der Pflegetätigkeit sind zu beachten. Geringfügigkeit liegt dann vor, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage auf den Monat bezogen 400 Euro nicht übersteigt (§ 5 Abs. 2 Satz 3 SGB VI). Dies gilt unabhängig von der Anhebung der Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen auf 450 Euro.
- 49.2.6.1.8 Beispiel (Stand: 1. Januar 2014)  
Der Pflegebedarf eines erheblich Pflegebedürftigen (Pfleigestufe I) liegt bei 30 Stunden/Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A an 14 Stunden/Woche und von Pflegeperson B an 16 Stunden/Woche in den neuen Bundesländern ausgeübt.  
Die Pflegetätigkeit der Pflegepersonen ist geringfügig, da die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage (26,6667 Prozent von 2 345 Euro  $\times$  14 / 30 = 291,82 Euro beziehungsweise 26,6667 Prozent von 2 345 Euro  $\times$  16 / 30 = 333,51 Euro) 400 Euro nicht übersteigt.
- 49.2.6.1.9 Für Pflegepersonen, die allein aufgrund der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger (sogenannte Additionspflege) nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtig sind, kann keine Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI bestehen, da die Beitragsbemessungsgrundlage nach § 166 Abs. 3 SGB VI immer insgesamt 26,6667 Prozent der Bezugsgröße und damit mehr als 400 Euro beträgt.
- 49.2.6.1.10 Zum Verfahren wird auf § 44 Abs. 5 SGB XI verwiesen. Wurde der Festsetzungsstelle die Beitragspflicht für eine Pflegeperson bekannt gegeben, hat sie Änderungen in den Verhältnissen, die für die Beitragspflicht erheblich sind, eigenständig festzustellen.
- 49.2.6.2 Kranken-/Pflegeversicherung
- 49.2.6.2.1 Auf Antrag 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 2014 beträgt die Bezugsgröße im Kalenderjahr 2014 2 765 Euro (West) beziehungsweise 2 345 Euro (Ost). Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt damit im Jahr 2014 monatlich 921,67 Euro (West) beziehungsweise 781,67 Euro (Ost). Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen je 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 2014: 15,5 Prozent). Der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung beträgt daher im Kalenderjahr 2014 monatlich höchstens 142,86 Euro (West) beziehungsweise 121,16 Euro (Ost).
- 49.2.6.2.5 Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung wird unter Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 SGB XI (Stand 1. Januar 2014: 2,05 Prozent; gegebenenfalls bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 Prozent) auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ermittelt (2014 monatlich höchstens 18,89 Euro und 21,20 Euro [West] beziehungsweise 16,02 Euro und 17,98 Euro [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 XI 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 der Festsetzungsstelle anteilig zu tragen. Die Beitragszahlung durch die Festsetzungsstelle ist keine Leistung im Sinne der Sächsischen Beihilfeverordnung, sie ergibt sich vielmehr unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages aus den Regelungen des Dritten Buches Sozialgesetzbuch ( SGB III) – Arbeitsförderung –.
- 49.2.6.3.2 Zur Ermittlung der Beiträge wird der Festsetzungsstelle 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 2014
Beitragspflicht:	vom 1. August 2013 bis 31. Januar 2014

Die Beiträge für die Zeit vom 1. August bis 31. Dezember 2013 sind in die spätestens am 31. März 2014 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2014 ist bei der bis Ende März 2015 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 2014 (vergleiche Nummer 49.2.6.2.3) betragen die beitragspflichtigen Einnahmen 276,50 Euro (West) beziehungsweise 234,50 Euro (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 2014 beträgt der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung 3,0 Prozent (§ 341 Abs. 2 SGB III). Daraus errechnet sich für das Jahr 2014 ein monatlicher Gesamtbeitrag in Höhe von 8,30 Euro (West) beziehungsweise 7,04 Euro (Ost).

- 49.2.6.3.7 Der Gesambeitrag ist auf das Konto der Bundesagentur für Arbeit bei der Deutschen Bundesbank, Filiale Nürnberg (IBAN: DE 5076 0000 0000 7600 1617, BIC: MARKDEF1760) 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 § 37 SächsBeamVG. 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 hälftige Weiterzahlung der Pauschalbeihilfe nur im Rahmen der Höchstdauer von jeweils vier Wochen (28 Tage) in Frage. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe in voller Höhe weiter gewährt (vergleiche Nummern 51.1.4, 51.1.5 und 52.1.4).
- 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. Die Pauschalbeihilfe wird auch zur Hälfte fortgewährt, wenn Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird.
- 49.2.10.1 Es erfolgt keine Zahlung der hälftigen Pauschalbeihilfe während einer Verhinderungspflege und einer Kurzzeitpflege, wenn vorher kein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. Wird während eines Krankenhausaufenthaltes Pauschalbeihilfe beziehungsweise Pflegegeld beantragt, kann eine Auszahlung der Pauschalbeihilfe während des Krankenhausaufenthaltes nicht erfolgen, weil die Voraussetzungen für die Zahlung der Pauschalbeihilfe erst mit dem Umzug in die Häuslichkeit vorliegen. § 49 Abs. 2 Satz 3 stellt insoweit – wie auch § 37 SGB XI – auf die bisher bezogene Pauschalbeihilfe ab.
- 49.2.10.2 Wurde bereits vor der Einweisung ins Krankenhaus Pauschalbeihilfe bezogen und anschließend Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, besteht ein Anspruch auf die Zahlung von hälftiger Pauschalbeihilfe, sofern die Krankenhausbehandlung nicht länger als 28 Tage gedauert hat. Hat die Krankenhausbehandlung länger als 28 Tage gedauert, entfällt der Anspruch auf hälftige Pauschalbeihilfe.
- 49.2.10.3 Wechselt der Pflegebedürftige von der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in eine stationäre Krankenhausbehandlung, wird die Pauschalbeihilfe ebenfalls für die Dauer von vier Wochen fortgezahlt. Die Pauschalbeihilfe beträgt aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege weiterhin die Hälfte der bisherigen Pauschalbeihilfe.
- 49.2.10.4 Der Anspruch auf Weiterzahlung der hälftigen Pauschalbeihilfe besteht jeweils für die Dauer der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 51 und der Kurzzeitpflege nach § 52 für bis zu 28 Tage. Der Anspruch auf Weiterzahlung der hälftigen Pauschalbeihilfe besteht somit für einen Zeitraum von insgesamt bis zu 56 Tagen je Kalenderjahr. Dabei können Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege direkt aneinander anschließen (vergleiche auch Nummern 51.1.7 und 52.1.5).
- 49.2.10.5 In Fällen, in denen die Verhinderungspflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erbracht wird, die bis zum zweiten Grad mit dem Anspruchsberechtigten verwandt oder verschwägert sind (§ 51 Abs. 2), wird die hälftige Pauschalbeihilfe zusätzlich zu den Aufwendungen in Höhe der Pauschalbeihilfe weitergewährt.
- 49.2.10.6 Bei einem Zusammentreffen von hälftiger Pauschalbeihilfe bei Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege und Pauschalbeihilfe darf der Höchstanspruch nach Absatz 2 in Verbindung mit § 37 Abs. 1 SGB XI für den Kalendermonat nicht überschritten werden.
- 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 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. August bis 26. August, das heißt für die Dauer von 22 Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 000 Euro (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.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. August bis 5. August (fünf Tage) und 26. August bis 31. August (sechs Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 440 Euro)</li> </ul>	161,33 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 Euro/2)</li> </ul>	139,33 Euro
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro</li> </ul>	300,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 161,33 Euro</li> </ul>	48,40 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>häufige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage, 30 Prozent von 139,33 Euro</li> </ul>	<u>41,80 Euro</u>
	Gesamt	<b>390,20 Euro</b>
b)	Leistungen der Beihilfe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro</li> </ul>	700,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pauschalbeihilfe 161,33 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 48,40 Euro</li> </ul>	112,93 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>häufige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 139,33 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 41,80 Euro</li> </ul>	<u>97,53 Euro</u>
	Gesamt	<b>910,46 Euro</b>

49.2.12.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II das Pflegegeld (100 Prozent = 440 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. Oktober bis 17. Oktober, das heißt für die Dauer von 13 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 Euro (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.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Oktober bis 5. Oktober (fünf Tage) und 17. Oktober bis 31. Oktober (15 Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (20/30 von 440 Euro)</li> </ul>	293,33 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>häufige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von zehn 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 (= 10/30 von 440 Euro/2)</li> </ul>	73,33 Euro
a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro</li> </ul>	750,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zum Pflegegeld für 20 Tage 50 Prozent von 293,33 Euro</li> </ul>	146,67 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>häufige Fortzahlung des Pflegegeldes für zehn Tage 50 Prozent von 73,33 Euro</li> </ul>	<u>36,67 Euro</u>
	Gesamt	<b>933,34 Euro</b>
b)	Leistungen der Beihilfe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro</li> </ul>	750,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pauschalbeihilfe 293,33 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 146,67 Euro</li> </ul>	146,66 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>häufige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 10 Tage, 73,33 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 36,67 Euro</li> </ul>	<u>36,66 Euro</u>
	Gesamt	<b>933,32 Euro</b>

49.2.12.3 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe I das Pflegegeld (100 Prozent = 235 Euro) in Anspruch. Jedoch

wird vom 26. Dezember bis 28. Dezember, das heißt für die Dauer von drei Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 100 Euro (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.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Dezember bis 26. Dezember (26 Tage) und 28. Dezember bis 31. Dezember (vier Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (30/30 von 235 Euro)</li> </ul>		235,00 Euro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• da aufgrund der Tage der tatsächlichen häuslichen Pflege der Höchstanspruch nach § 37 Abs. 1 SGB XI für den Kalendermonat bereits ausgeschöpft ist, erfolgt keine hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von einem Tag</li> </ul>		139,33 Euro
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 100 Euro</li> </ul>	30,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zum Pflegegeld 30 Prozent von 235 Euro</li> </ul>	<u>70,50 Euro</u>
	Gesamt	<b>100,50 Euro</b>
b)	Leistungen der Beihilfe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 100 Euro</li> </ul>	70,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauschalbeihilfe 235 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 70,50 Euro</li> </ul>	<u>164,50 Euro</u>
	Gesamt	<b>234,5 Euro</b>

49.2.13 Bei Pflegebedürftigen, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, wird die Pauschalbeihilfe nach Maßgabe des § 37 Abs. 1 sowie § 123 SGB XI gewährt. Der Erhöhungsbetrag nach § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI ist insoweit zu beachten; dies gilt auch bei hälftiger Weiterzahlung der Pauschalbeihilfe in den Fällen des Satzes 3.

**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 zu Grunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich. Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II sowie ohne Pflegestufe, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, sind die erhöhten Höchstbeträge nach § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI zu Grunde zu legen.

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 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 440 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 385 Euro.

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (385 Euro von 1 100 Euro)</li> </ul>		35 Prozent
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)</li> </ul>		65 Prozent
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Höchstgrenze für das Pflegegeld beziehungsweise die Pauschalbeihilfe (65 Prozent von 440 Euro)</li> </ul>		286,00 Euro
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 385 Euro</li> </ul>	115,50 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zum Pflegegeld 30 Prozent von 286 Euro</li> </ul>	<u>85,80 Euro</u>
	Gesamt	<b>201,30 Euro</b>
b)	Leistungen der Beihilfe	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 385 Euro</li> </ul>	269,50 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauschalbeihilfe 286 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 200,20 Euro</li> </ul>	<u>200,20 Euro</u>
	Gesamt	<b>469,70 Euro</b>

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

- 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 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 440 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte ab 15. August beträgt 200 Euro.
- 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 Euro x 17/30)		623,33 Euro
• Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (200 Euro von 623,33 Euro)		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 Euro)		298,80 Euro
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 200 Euro	60,00 Euro
	• zum Pflegegeld 30 Prozent von 298,80 Euro	<u>89,64 Euro</u>
	Gesamt	<b>149,64 Euro</b>
b)	Leistungen der Beihilfe	
	• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 200 Euro	140,00 Euro
	• Pauschalbeihilfe 298,80 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 89,64 Euro	<u>209,16 Euro</u>
	Gesamt	<b>349,16 Euro</b>

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

49.3.3.5 Wie Beispiel Nummer 49.3.3.4, jedoch wird vom 6. Juli bis 26. Juli, das heißt für die Dauer von drei Wochen (21 Tage) Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 437,50 Euro. Daneben sind für die Verhinderungspflege Aufwendungen in Höhe von 1 000 Euro 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.

	• Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Juli bis 6. Juli (sechs Tage) und 26. Juli bis 30. Juli (fünf Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 341,25 Euro)	125,13 Euro
	• hälftige 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 Euro/2)	108,06 Euro
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	• zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro	300,00 Euro
	• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 437,50 Euro	131,25 Euro
	• zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 125,13 Euro	37,54 Euro
	• hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage 30 Prozent von 108,06 Euro	<u>32,42 Euro</u>
	Gesamt	<b>501,21 Euro</b>
b)	Leistungen der Beihilfe	
	• zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro	700,00 Euro
	• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 437,50 Euro	306,25 Euro
	• Pauschalbeihilfe 125,13 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 37,54 Euro	87,59 Euro
	• hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 108,06 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 32,42 Euro	<u>75,64 Euro</u>
	Gesamt	<b>1 169,48 Euro</b>

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.

49.3.6 Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 und einer Kurzzeitpflege nach § 52 in den Fällen der Kombinationspflege jeweils für bis zu vier

Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. In diesen Fällen wird auf den Monat abgestellt, in dem die Verhinderungs- beziehungsweise Kurzzeitpflege angetreten wird (vergleiche hierzu auch Beispiel in Nummer 49.3.3.5). Bei Beginn der Verhinderungs- beziehungsweise Kurzzeitpflege am ersten Tag des Monats wird auf den Vormonat abgestellt.

49.3.7 Nummer 49.2.5 gilt auch in den Fällen der Kombination der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 hinsichtlich der anteilig zu gewährenden Pauschalbeihilfe.

49.3.8 Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) haben Anspruch auf ungekürzte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, in denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Demnach ist für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 56 1/30 der Pauschalbeihilfe zu gewähren. Bei einem vollen Monat wird die gesamte Pauschalbeihilfe gewährt.

**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 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 1 300 Euro.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)</li> </ul>	330,00 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)</li> </ul>	770,00 Euro
c)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 4	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 4 (1 350 Euro) wird nicht überschritten</li> </ul>	1 300,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft</li> </ul>	1 100,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)</li> </ul>	<u>200,00 Euro</u>
	Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (70 Prozent von 200 Euro)	<b>140,00 Euro</b>
d)	Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 4 (Buchstaben b und c):	910,00 Euro

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 Euro) 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 Euro.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)</li> </ul>	550,00 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)</li> </ul>	550,00 Euro
c)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 4	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 4 (1 350 Euro) wird nicht überschritten</li> </ul>	1 300,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft</li> </ul>	1 100,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)</li> </ul>	<u>200,00 Euro</u>
	Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft zum individuellen Bemessungssatz (§ 57 Abs. 5, 70 Prozent von 200 Euro)	<b>140,00 Euro</b>
d)	Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 4 (Buchstaben b und c):	
		690,00 Euro

**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, sind Beratungen des Pflegebedürftigen innerhalb der vorgenannten Zeiträume bis zu zweimal beihilfefähig. Erfüllt dieser Personenkreis noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I, 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. Bei Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, besteht bei Bezug von Pauschalbeihilfe beziehungsweise Pflegegeld keine Verpflichtung, jedes Kalenderhalbjahr einen Beratungseinsatz nachzuweisen. Bei Bedarf kann dies der Pflegebedürftige freiwillig in Anspruch nehmen.

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.

**49.6 Zu Absatz 6**

49.6.1 Der pauschale Zuschlag wird nur Pflegebedürftigen gewährt, die pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI sind (vergleiche Nummern 48.1.5 und 48.1.8).

49.6.2 Eine Wohngruppe liegt vor, wenn regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige in der gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Die Pflegebedürftigkeit ist für mindestens drei Bewohner nachzuweisen. Sie besteht, wenn mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind (§§ 14, 15 SGB XI). Für die Feststellung der Zugehörigkeit in einer Wohngruppe ist eine vorübergehende Abwesenheit von Wohngruppenmitgliedern zum Beispiel wegen Krankenhausaufenthalts, der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen oder Vorsorgemaßnahmen unerheblich.

49.6.3 Über die drei Pflegebedürftigen hinaus können sich der Wohngruppe auch Personen anschließen, die nicht pflegebedürftig sind. Der Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht aber nur, wenn mindestens drei Bewohner pflegebedürftig sind. Nicht pflegebedürftige Bewohner haben keinen Anspruch auf den pauschalen Zuschlag.

49.6.4 Scheidet ein Bewohner dauerhaft durch Auszug oder durch Tod aus der Wohngruppe aus und wird dadurch die Mindestanzahl von drei Pflegebedürftigen unterschritten, liegen die Voraussetzungen für die Zahlung des pauschalen Zuschlags für die verbleibenden pflegebedürftigen Bewohner nicht mehr vor.

49.6.5 Zweck der Wohngruppe muss dafür die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung sein. Dazu muss in der Wohngruppe eine Pflegekraft tätig sein, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet. Mindestens drei pflegebedürftige Bewohner der Wohngruppe müssen darüber hinaus ambulante Sachleistungen nach § 36 SGB XI (Absatz 1), Pflegegeld nach § 37 SGB XI (Pauschalbeihilfe nach Absatz 2) oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI (Absatz 3) beziehen. Beihilfefähigkeit ist auch dann gegeben, wenn für pflegebedürftige Bewohner die Leistungen nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI ruhen. Der Bezug von Leistungen für vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI (§ 55) oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI (§ 56) schließt die ambulante Betreuung aus.

49.6.6 Der Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht für jeden Teilmonat ungekürzt (zum Beispiel bei Einzug, Auszug, Tod, Krankenhausaufenthalt). Die Auszahlung erfolgt monatlich im Voraus.

- 49.6.7 Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, der Festsetzungsstelle umgehend Änderungen bei der Wohngruppe mitzuteilen.
- 49.6.8 Der Zuschlag wird pauschal gewährt und unterliegt nicht dem Bemessungssatz (§ 57). Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird der pauschale Zuschlag zur Hälfte gewährt.
- 49.6.9 Die Gewährung des pauschalen Zuschlags an die einzelnen Bewohner einer Wohngruppe setzt voraus, dass sie ebenso wie auch sonst bei häuslicher Pflege selbst die Wahl zwischen verschiedenen ambulanten Pflegediensten haben. Unabhängig davon wird der pauschale Zuschlag auch gewährt, wenn sich alle oder einzelne Bewohner der Wohngruppe auf die Inanspruchnahme desselben ambulanten Pflegedienstes verständigen.
- 49.6.10 Eine ambulant betreute Wohngruppe im Sinne des Absatzes 6 liegt nicht vor, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist (§ 38a Abs. 2 SGB XI). Dies ist insbesondere bei Pflegeheimen im Sinne des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG) der Fall. Insoweit ist die Gewährung des pauschalen Zuschlags aufgrund des Verweises auf § 38a Abs. 2 SGB XI ausgeschlossen. Die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen ist eingeschränkt, wenn im Mietvertrag die Inanspruchnahme eines bestimmten ambulanten Pflegedienstes vereinbart wird. Dies gilt auch, wenn die Wohngruppe von einem ambulanten Pflegedienst betrieben wird und die Aufnahme und der Verbleib in der Wohngruppe von dem Abschluss eines Pflegevertrages mit dem Betreiber abhängig gemacht werden. Auf § 2 Abs. 5 SächsBeWoG wird ergänzend verwiesen. Das Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz (SächsBeWoG) gilt für stationäre Einrichtungen im Freistaat Sachsen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen, pflegebedürftige Volljährige oder volljährige Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Behinderungen aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen, Pflege- und Betreuungsleistungen sowie Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel sowie Zahl der Bewohner unabhängig sind sowie entgeltlich betrieben werden.

## **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.
- 50.1.6 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).

### **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 durch eine 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 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 1 100 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 550 Euro.  
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 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro)	550,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	330,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 550 Euro	<u>165,00 Euro</u>
Gesamt	<b>495,00 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	770,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 550 Euro	385,00 Euro
• § 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 Euro) den Mindestbetrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 Euro) übersteigt)	<u>0,00 EUR</u>
Gesamt	<b>1 155,00 Euro</b>

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 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 450 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 400 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 300 Euro.

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 Euro von 450 Euro)	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 Euro)	275,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 400 Euro	120,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 275 Euro	<u>82,50 Euro</u>
Gesamt	<b>202,50 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 400 Euro	280,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 275 Euro	192,50 Euro
• die nicht gedeckten Aufwendungen von 25 Euro (700 Euro ./ 675 Euro) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (680 Euro) nicht überschritten wird, mithin sind noch 5 Euro (680 Euro ./ 675 Euro) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	<u>3,50 Euro</u>
Gesamt	<b>476,00 Euro</b>

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 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 400 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 400 Euro.

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 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro)	1 100,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 400 Euro	120,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	<u>330,00 Euro</u>
Gesamt	<b>450,00 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 400 Euro	280,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	770,00 Euro
• da der Mindestbetrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 Euro) den nach § 41 Abs. 4 SGB XI maßgebenden Höchstbetrag (1 500 Euro) unterschreitet, können ungedeckte Aufwendungen (300 Euro) nicht zusätzlich als beihilfefähig anerkannt werden	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>1 050,00 Euro</b>

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 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 Euro) 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 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 600 Euro.

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 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro)	550,00 Euro
a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	550,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 Euro	<u>275,00 Euro</u>
Gesamt	<b>825,00 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	550,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 Euro	275,00 Euro
• da der Mindestbetrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 Euro) den nach § 41 Abs. 4 SGB XI maßgebenden Höchstbetrag (1 650 Euro) unterschreitet, sind ungedeckte Aufwendungen (50 Euro) nicht zusätzlich beihilfefähig	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>825,00 Euro</b>

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 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 100 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 100 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 300 Euro.

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 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro)	1 100,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 100 Euro	30,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	<u>330,00 Euro</u>
Gesamt	<b>360,00 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 100 Euro	70,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	770,00 Euro
• die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 Euro (1 400 Euro ./ 1 200 Euro) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 Euro) nicht überschritten wird, mithin sind noch 150 Euro (1 350 Euro ./ 1 200 Euro) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	<u>105,00 Euro</u>
Gesamt	<b>945,00 Euro</b>

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

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 Euro) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 550 Euro.

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 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro)	440,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 550 Euro	165,00 Euro
• zum Pflegegeld 30 Prozent vom Höchstbetrag (440 Euro)	<u>132,00 Euro</u>
Gesamt	<b>297,00 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 550 Euro	385,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 440 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 132 Euro	308,00 Euro
• § 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>693,00 Euro</b>

50.2.2.2.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 440 Euro) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 Euro) 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 Euro.

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 (440 Euro von 1 100 Euro)	40 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 Euro)	440,00 Euro
a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 440 Euro	220,00 Euro
• zum Pflegegeld 50 Prozent vom Höchstbetrag (440 Euro)	<u>220,00 Euro</u>
Gesamt	<b>440,00 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 440 Euro	220,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 440 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 220 Euro	220,00 Euro
• § 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>440,00 Euro</b>

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

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 (990 Euro von 1 100 Euro)	90 Prozent
• Anteil des Pflegegeldes (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 40 Prozent])	60 Prozent
• Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 440 Euro)	264,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 990 Euro	297,00 Euro
• zum Pflegegeld 30 Prozent von 264 Euro	<u>79,20 Euro</u>
Gesamt	<b>376,20 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 990 Euro	93,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 264 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 79,20 Euro	184,80 Euro
• § 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>877,80 Euro</b>

50.2.2.2.4 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 440 Euro) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 1 300 Euro.  
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 (1 100 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro)	220,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	330,00 Euro
• zum Pflegegeld 30 Prozent 220 Euro	<u>66,00 Euro</u>
Gesamt	<b>396,00 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 100 Euro)	770,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 220 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 66 Euro	154,00 Euro
• die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 Euro (1 300 Euro ./ 1 100 Euro) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 Euro) nicht überschritten wird, mithin sind noch 200 Euro (1 300 Euro ./ 1 100 Euro) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	<u>140,00 Euro</u>
Gesamt	<b>1 064,00 Euro</b>

50.2.2.2.5 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe I neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 235 Euro) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 450 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 650 Euro.  
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 Euro von 450 Euro)	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 Euro)	117,50 Euro
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (450 Euro)	135,00 Euro
	• zum Pflegegeld 30 Prozent von 117,50 Euro	<u>35,25 Euro</u>
	Gesamt	<b>170,25 Euro</b>
b)	Leistungen der Beihilfe	
	• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (450 Euro)	315,00 Euro
	• Pauschalbeihilfe 117,50 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 35,25 Euro	82,25 Euro
	• die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 Euro (650 Euro ./ 450 Euro) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (680 Euro) nicht überschritten wird, mithin sind noch 200 Euro (650 Euro ./ 450 Euro) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	<u>140,00 Euro</u>
	Gesamt	<b>537,25 Euro</b>

50.2.2.3 Kombination Berufspflegekraft, Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) und teilstationäre Pflege  
Die Leistungsanteile aus Pflege durch eine 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 Euro, Pflege durch Berufspflegekräfte 100 Prozent = 1 100 Euro). Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (100 Prozent = 1 100 Euro). Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 550 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 440 Euro.

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 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro von 1 100 Euro)	40 Prozent
• Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 40 Prozent)	60 Prozent
• Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 440 Euro)	264,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 550 Euro	165,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 440 Euro	132,00 Euro
• zum Pflegegeld 30 Prozent von 264 Euro	<u>79,20 Euro</u>
Gesamt	<b>376,20 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 550 Euro	385,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 440 Euro	308,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 264 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 79,20 Euro	184,80 Euro
• § 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>877,80 Euro</b>

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 Euro, Pflege durch Berufspflegekräfte 100 Prozent = 1 100 Euro). Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (100 Prozent = 1 100 Euro). 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 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 550 Euro.

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 Euro von 1 100 Euro)	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 Euro von 1 100 Euro)	50 Prozent
• Anteil des Pflegegeldes (75 Prozent ./ 50 Prozent)	25 Prozent
• Höchstgrenze für das Pflegegeld (25 Prozent von 440 Euro)	110,00 Euro
a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 825 Euro	412,50 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 Euro	275,00 Euro
• zum Pflegegeld 50 Prozent von 110 Euro	<u>55,00 Euro</u>
Gesamt	<b>742,50 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 50 Prozent von 825 Euro	412,50 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 550 Euro	275,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 110 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 55 Euro	55,00 Euro
• § 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>742,50 Euro</b>

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 Euro, Pflege durch Berufspflegekräfte 100 Prozent = 450 Euro). Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (100 Prozent = 450 Euro). Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 380 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte ebenfalls 380 Euro.

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 Euro von 450 Euro)	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 Euro von 450 Euro)	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 Euro) in Anspruch genommen werden	295,00 Euro
• 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 Euro	114,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 295 Euro	<u>88,50 Euro</u>
Gesamt	<b>202,50 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 380 Euro	266,00 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 295 Euro	206,50 Euro
• die nicht gedeckten Aufwendungen von 85 Euro (760 Euro ./ 675 Euro) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (680 Euro) nicht überschritten wird, mithin sind noch 5 Euro (680 Euro ./ 675 Euro) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	<u>3,50 Euro</u>
Gesamt	<b>476,00 Euro</b>

50.2.3 Besonderheiten bei Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI

50.2.3.1 Für die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 50 sind keine erhöhten Leistungsansprüche bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorgesehen (vergleiche § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI). Dennoch ist bei diesem Personenkreis bei Aufwendungen für teilstationäre Pflege neben Aufwendungen für häusliche Pflege nach § 49 Abs. 1 auf die Höchstbeträge nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI in Verbindung mit § 36 Abs. 3 SGB XI (vergleiche § 49 Abs. 1) abzustellen. Die beihilfefähigen Aufwendungen für die teilstationäre Pflege dürfen jedoch den sich aus Absatz 1 ergebenden Höchstbetrag nicht übersteigen.

Beispiel (zum Stand 1. Januar 2013):

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 100 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 250 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 875 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 000 Euro.

• Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (875 Euro von 1 250 Euro)	70 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 ./ 20 Prozent])	80 Prozent
• Höchstgrenze für die Pflege durch Berufspflegekräfte (80 Prozent von 1 250 Euro)	1 000,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 875 Euro	262,50 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 1 000 Euro	<u>300,00 Euro</u>
Gesamt	<b>562,50 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 875 Euro	612,50 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 1 000 Euro	700,00 Euro
• § 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 (1 875 Euro) den Mindestbetrag nach § 49 Abs. 4 (1 350 Euro) übersteigt)	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>1 312,50 Euro</b>

50.2.3.2 Nummer 50.2.3.1 gilt entsprechend für die Kombination der Leistungen der teilstationären Pflege mit der Pauschalbeihilfe nach § 49 Abs. 2. Wird der jeweilige Höchstanspruch für teilstationäre Pflege nicht ausgeschöpft, ist anteilige Pauschalbeihilfe auf der Grundlage von § 49 Abs. 2 in Verbindung mit § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI und § 37 Abs. 1 SGB XI zu berechnen.

Beispiel (zum Stand 1. Januar 2013):  
 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe I mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI neben dem Pflegegeld (100 Prozent = 305 Euro) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 450 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 650 Euro.

• Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (450 Euro von 450 Euro)	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 305 Euro)	152,50 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (450 Euro)	135,00 Euro
• zum Pflegegeld 30 Prozent von 152,50 Euro	<u>45,75 Euro</u>
Gesamt	<b>170,25 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (450 Euro)	315,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 152,50 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 45,75 Euro	106,75 Euro
• die nicht gedeckten Aufwendungen von 200 Euro (650 Euro ./ 450 Euro) sind beihilfefähig, soweit dadurch insgesamt der pflegestufenabhängige Betrag nach § 49 Abs. 4 (680 Euro) nicht überschritten wird, mithin sind noch 200 Euro (650 Euro ./ 450 Euro) beihilfefähig, hiervon 70 Prozent	<u>140,00 Euro</u>
Gesamt	<b>561,75 Euro</b>

50.2.3.3 Nummer 50.2.3.1 und 50.2.3.2 gelten entsprechend für die Kombination der Pflege durch die Berufspflegekraft (Pflegesachleistung), Pflegegeld (Pauschalbeihilfe) und teilstationärer Pflege.

50.2.3.3 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2013):  
 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 = 525 Euro, Pflege durch Berufspflegekräfte 100 Prozent = 1 250 Euro). Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (100 Prozent = 1 100 Euro). Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 812,50 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 500 Euro.  
 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), hierbei ist vom Höchstanspruch nach § 36 Abs. 3 in Verbindung mit § 123 Abs. 4 SGB XI auszugehen:

• Anteil der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (812,50 Euro von 1 250 Euro)	65 Prozent
• Anteil der Kombinationsleistungen (Minderung um den Anteil, mit dem die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung über 50 Prozent in Anspruch genommen wird [100 Prozent ./ 15 Prozent])	85 Prozent
• Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (500 Euro von 1 250 Euro)	40 Prozent
• Anteil des Pflegegeldes (85 Prozent ./ 40 Prozent)	45 Prozent
• Höchstgrenze für das Pflegegeld (45 Prozent von 440 Euro)	210,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent von 812,50 Euro	243,75 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 500 Euro	150,00 Euro
• zum Pflegegeld 30 Prozent von 210 Euro	<u>63,00 Euro</u>
Gesamt	<b>456,75 Euro</b>
b) Leistungen der Beihilfe	
• zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent von 812,50 Euro	568,75 Euro
• zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 500 Euro	350,00 Euro
• Pauschalbeihilfe 210 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 63 Euro	147,00 Euro
• § 49 Abs. 4 ist nicht anzuwenden, da keine ungedeckten Aufwendungen verbleiben	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	<b>1 065,75 Euro</b>

**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 wiederauflebt 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 Verhinderung der Pflegeperson ist beihilfefähig. In diesen Fällen erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag nach Absatz 1. Für Tage, an denen die Pflegeperson nicht mindestens 8 Stunden verhindert ist, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr. Entscheidend für die Anrechnung auf die Höchstdauer ist der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege. Ist die Pflegeperson beispielsweise an 8 Stunden verhindert und wird die Ersatzpflege nur an 2 Stunden in Anspruch genommen, erfolgt sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen.

- Die Pauschalbeihilfe wird bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson von weniger als 8 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 Wird die Verhinderungspflege außerhalb der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erbracht, sind nur die pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig. 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. Verschwägerte (§ 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 Die Ausführungen unter Nummer 51.1.2 zu Höchstdauer und Höchstbetrag sowie zur Übertragung beziehungsweise erneuten Inanspruchnahme des Anspruchs auf Verhinderungspflege gelten für die Kurzzeitpflege entsprechend.

- 52.1.3 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.
- 52.1.4 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).
- 52.1.5 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.
- 52.1.6 Sofern der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege entweder in der Höhe oder nach Kalendertagen ausgeschöpft ist, kommen 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).
- 52.1.7 Bei Ausschöpfung des Leistungsrahmens der Kurzzeitpflege können bei Vorliegen der Voraussetzungen auch die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 55 zur Verfügung gestellt werden.
- 52.1.8 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).
- 52.1.9 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).
- 52.1.10 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 – sicherzustellen. 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.
- 52.2.4 Ist eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung notwendig, in der die Pflegeperson eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchführt, sind auch Aufwendungen für die Kurzzeitpflege des Pflegebedürftigen in dieser Einrichtung im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig (§ 42 Abs. 4 SGB XI). Dies gilt unabhängig davon, ob die Einrichtung über eine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI verfügt. Nummer 52.2.3 gilt bei Kurzzeitpflege in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen entsprechend.
- 53 Zu § 53 Zusätzliche Betreuungsleistungen**
- 53.1 Der beihilfefähige Betrag beträgt nach § 45b SGB XI höchstens 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro 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.
- 53.2 Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige im Sinne des § 45a SGB XI. Das 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).

- 53.3 Die zusätzlichen Betreuungsleistungen dienen der Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in § 45b Abs. 1 Satz 6 SGB XI genannten Leistungen entstehen. Neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen sind die Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI bei Vorliegen der Voraussetzungen zusätzlich beihilfefähig (vergleiche Nummer 49.1.1).
- 53.4 Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen bei Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege zählen auch die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die Fahr- und Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen, zählen auch zu den beihilfefähigen Aufwendungen.
- 53.5 Erfüllt der Pflegebedürftige die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsgewährung nach § 45b SGB XI erst im Laufe eines Kalenderjahres, ist der Leistungsbetrag ab dem Kalendermonat und für den vollen Monat zur Verfügung zu stellen, in dem der Anspruch auf die Leistung erfüllt wird.
- 53.6 Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden. Hat zum Beispiel ein Pflegebedürftiger im Januar keine zusätzlichen Betreuungsleistungen in Anspruch genommen und entstehen ihm im Februar hierfür entsprechende Aufwendungen, sind diese bis zur Höhe von 200 Euro beziehungsweise 400 Euro beihilfefähig (Kumulation des Anspruchs für Januar und Februar).
- 53.7 Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.
- 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 Hilfsmittel im Sinne des § 23 unterscheiden sich von Pflegehilfsmitteln insoweit, als Aufwendungen für Hilfsmittel ihrer Natur nach in der Regel nur für einen vorübergehenden Zeitraum entstehen. Im Gegensatz dazu kommt Pflegehilfsmitteln (insbesondere technischen Pflegehilfsmitteln) regelmäßig die Aufgabe zu, langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen zu kompensieren oder zu lindern. Dennoch können Hilfsmittel im Sinne des § 23 und Pflegehilfsmittel identisch sein (zum Beispiel Krankenbett und Pflegebett, vergleiche auch VGH Mannheim, Urteil vom 22. Februar 2010, 13 S 1749/09).
- 54.1.3 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.
- 54.1.4/td> 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 Euro je Pflegebedürftigen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist je Maßnahme auf einen Gesamtbetrag von 10 228 Euro 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 Euro (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 17. April 2013 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 Wohnheimen, die vom Vermieter gewerbmäßig 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 als 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 Euro 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.
- 54.3 Zu Absatz 3**
- 54.3.1 Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (vergleiche § 38a SGB XI, § 49 Abs. 6) 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 Euro beihilfefähig. Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind bis zum Höchstbetrag von 2 500 Euro nach den Vorgaben des § 45e SGB XI nur beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nachzuweisen. Besteht keine Pflegeversicherung, sind entsprechende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist auf 10 000 Euro je Wohngruppe beschränkt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Anteil errechnet sich aus den Gesamtkosten geteilt durch die Anzahl der anspruchsberechtigten Mitglieder der Wohngruppe.
- 54.3.2 Der Anspruch nach § 45e SGB XI 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 Euro erreicht worden ist, spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2015. 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.
- 54.3.3 Die Gründung einer Wohngruppe im Sinne des § 45e SGB XI liegt dann vor, wenn mindestens drei Empfänger von Leistungen nach § 38a SGB XI (§ 49 Abs. 6) in einer Wohneinheit zusammenziehen.
- 54.3.4 Jede pflegebedürftige Person, die die Voraussetzungen des § 38a SGB XI erfüllt, kann neben den Leistungen nach § 38a SGB XI und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Abs. 4 SGB XI einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2 500 Euro erhalten. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige an der Neugründung der ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt ist, die Neugründung von mindestens drei Pflegebedürftigen erfolgt und der Förderbetrag für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung verwendet wird.
- 54.3.5 Beihilfefähig sind Maßnahmen, die auf die dauerhafte Verbesserung der altersgerechten Wohnsituation zielen (zum Beispiel Anbringen von Handläufen, Türvergrößerungen, rutschhemmender Bodenbelag, Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe). Beihilfefähig sind auch Umbaumaßnahmen, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach Absatz 2 (§ 40 Abs. 4 SGB XI) beihilfefähig sein können. Die Beihilfefähigkeit nach Absatz 3 setzt nicht voraus, dass vorher der Anspruch nach Absatz 2 (§ 40 Abs. 4 SGB XI) ausgeschöpft wird. Im Gegensatz zu Absatz 2 hinsichtlich wohnumfeldverbessernder Maßnahmen kommt es jedoch auf die Verbesserung der gegenwärtigen Pflegesituation des Pflegebedürftigen nicht an.
- 54.3.6 Der Anspruch nach § 45e SGB XI besteht nicht für Pflegebedürftige in bereits bestehenden Wohngruppen.
- 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. Die sogenannte Ausbildungumlage (auch als Ausbildungszuschlag bezeichnet) gehört gemäß § 82a SGB XI in Verbindung mit § 84 SGB XI zu den allgemeinen Pflegeleistungen und ist somit im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig.
- 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 Platzfreihaltgebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen als Pflegeleistungen. Abweichend davon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten 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 Euro, 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 Kurzzeitpflegeeinrichtung 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.
- 55.1.12 Werden Rechnungen für den laufenden Monat eingereicht, so dass etwaige Unterbrechungszeiten noch nicht bekannt sind und daher bei der Erstellung der Rechnung noch nicht berücksichtigt werden können, kommt eine Beihilfegewährung nur unter dem Vorbehalt des Widerrufs in Betracht. Die sich aus etwaigen Unterbrechungszeiten ergebenden Überzahlungen können mit folgenden Beihilfezahlungen verrechnet werden.
- 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.
- 55.2.3 Vergütungszuschläge sind auch für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz beihilfefähig, die nicht pflegebedürftig im Sinne des § 48 Abs. 1 (vergleiche §§ 14, 15 SGB XI) sind. Ein Anspruch auf Vergütungszuschläge besteht ebenso in den Fällen, in denen die in der Kurzzeitpflege oder Tages- oder Nachtpflege betreuten Pflegebedürftigen zugleich einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 53 in Verbindung mit § 45b SGB XI haben. Von daher schmälert der Vergütungszuschlag nicht den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 53 in Verbindung mit § 45b SGB XI.
- 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 zusätzlich des Familienzuschlags Stufe 1 gemäß § 42 SächsBesG 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 Beihilfeanspruchs nicht zu berücksichtigen sind (zum Beispiel Ehegatte oder Lebenspartner 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. April 2014):  
Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 2 000 Euro, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 500 Euro. Er nimmt als Pflegebedürftiger der Pflegestufe III vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI

(§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 550 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten		2 000 Euro
Unterkunft/Verpflegung		1 000 Euro
Investitionskosten		400 Euro
		<u>25 Euro</u>
<b>Gesamt</b>		<b>3 425 Euro</b>
a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 550 Euro	465,00 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
	– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 550 Euro	1 085,00 Euro
c)	Leistungen der Beihilfe nach Absatz 4	
	Gesamtaufwendungen	3 425,00 Euro
	./. pauschalierte Leistungen nach Absatz 1 (Buchst. a und b)	1 550,00 Euro
	./. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
	<b>verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 4</b>	<b>1 850,00 Euro</b>
	Einkommen	2 500,00 Euro
	Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 (3 117,55 Euro) zuzüglich Familienzuschlag Stufe 1 (123,46 Euro)	3 241,01 Euro
	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 Euro)	750,00 Euro
	beihilfefähige Aufwendungen (1 850 Euro verbleibende Aufwendungen ./. 750 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Abs. 8)	1 100,00 Euro
d)	<b>Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 4 (Buchstabe b und c):</b>	<b>2 185,00 Euro</b>

**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 § 68 SächsBesG und Leistungsstufen nach § 67 SächsBesG zählen nicht als Einkommen.
- 55.5.5 Renten aus privaten Zusatzversicherungen, die ausschließlich aus eigenen Mitteln finanziert werden (zum Beispiel Berufsunfähigkeitsversicherungen), sind keine Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Dies gilt insbesondere für Betriebsrenten (zum Beispiel VBL-Rente).

**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 Euro 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 zu Grunde 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 § 80 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 Halbweisen, soweit sie Halbweisengeld 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 oder ab einem späteren Zeitpunkt haben.
- 57.3.2 Bei mehreren Beihilfeberechtigten nach § 80 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 Versicherungsausschluss 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.
- 57.7.3 Der Nachweis, dass eine Leistungsart bei einer gesetzlichen Krankenkasse weder zur Pflicht- noch zur Satzungsleistung gehört, ist von dem Beihilfeberechtigten in einem Zeitraum von zwei Jahren mindestens einmal zu erbringen. Der Nachweis ist früher zu erbringen, wenn eine Änderung der Satzung der betreffenden gesetzlichen Krankenkasse zuvor erfolgt ist oder dafür Anhaltspunkte bestehen.
- 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 Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit, so dass diese bei der Ermittlung der 100-Prozent-Grenze nicht berücksichtigt werden. Gleiches gilt für Leistungen aus Sachversicherungen (zum Beispiel Brillenversicherung).
- 58.1.3 Nicht aus demselben Anlass sind Leistungen anzusehen, die einen pauschalen (Mehr-)Aufwand abdecken. Zu den in § 58 Abs. 1 Satz 2 genannten Leistungen gehören beispielsweise Leistungen aus Pflegezusatzversicherungen („Pflege-Bahr“). Die Geburtspauschale nach § 44 Abs. 4 ist ebenso wenig zu berücksichtigen wie ein etwaig gezahltes Sterbegeld nach § 20 Abs. 2 Nr. 2 [SächsBeamtVG](#).
- 58.1.4 Übersteigt der Betrag der festgesetzten Beihilfe (§ 1 Abs. 5 Nr. 5) zuzüglich der aus demselben Anlass gewährten 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 Euro gekauftes Arzneimittel zur Kostenerstattung ein. Zunächst ist die Eigenbeteiligung von 5 Euro von den Kosten des Arzneimittels abzuziehen, so dass sich ein beihilfefähiger Betrag von 25 Euro ergibt. Die Beihilfe ist aufgrund des Bemessungssatzes auf 17,50 Euro festzusetzen. Der tatsächliche Abzugsbetrag für die Eigenbeteiligung beträgt somit 3,50 Euro.
- 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 Euro zwei kleinere Packungen zu einem Preis von jeweils 17,50 Euro gekauft, beträgt die Eigenbeteiligung 9 Euro (2 mal 4,50 Euro) statt 5 Euro.
- 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. Bei Aufwendungen für Verbandmittel, die zur Befestigung oder Funktion eines Hilfsmittels (insbesondere in der Stomaversorgung und bei der künstlichen Ernährung) notwendig sind, sind Eigenbeteiligungen nicht abzuziehen. In diesen Fällen wird das Verbandmittel als Bestandteil des Hilfsmittels angesehen (vergleiche Nummer 22.2.3).
- 59.1.8 Eigenbeteiligungen sind bei Ruhestandsbeamten nur abzuziehen, wenn deren Versorgungsbezüge das um 10 Prozent erhöhte Mindestruhegehalt gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 **SächsBeamtVG** (66,47 Prozent der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 4) übersteigen. 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 § 3 **SächsBeamtVG** verwiesen. Maßgebend sind die Bruttoversorgungsbezüge vor Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften; dies gilt nicht bei der Kürzung von Versorgungsbezügen nach § 77 **SächsBeamtVG** (Versorgungsausgleich). Weiteres Einkommen, zum Beispiel aus Renten, bleibt außer Betracht. Die Belastungsgrenze des § 61 bleibt unberührt. Maßgebend für die Festsetzung der Beihilfe ist das Mindestruhegehalt zum Zeitpunkt der Antragstellung (= Antragseingang bei der Festsetzungsstelle, vergleiche Nummer 62.1.8).
- 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 Eigenbeteiligungen nach § 59 Abs. 1, die bei Aufwendungen von Spendern nach § 47 Abs. 4 für Arzneimittel, stoffliche Medizinprodukte und Verbandmittel sowie Fahrtkosten anfallen, sind nicht zu abzuziehen. Dies gilt unabhängig vom Versicherungsstatus des Spenders.
- 59.3.2 Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung nach § 20 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b oder Abs. 2 Nr. 3 ist die Eigenbeteiligung nur abzuziehen, wenn diese Leistungen vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Dies entspricht § 27 Abs. 1a SGB V, wonach der Spender auch Anspruch auf Leistungen hat, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.
- 60 Zu § 60 Selbstbehalt**
- 60.1 Zu Absatz 1**
- 60.1.1 Der Selbstbehalt fällt für den Beihilfeberechtigten unabhängig davon an, für wen er Aufwendungen 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 (Elternzeit).
- 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 oder Lebenspartners 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 Minderungsbeträge nach § 32 Abs. 3 Satz 3 und 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 von Eigenbeteiligungen, Minderungsbeträgen für Fahrtkosten und dem Selbstbehalt 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.
- 61.1.4 Auf Antrag des Beihilfeberechtigten können Minderungsbeträge (§ 32 Abs. 3 Satz 3), Eigenbeteiligungen (§ 59) und der Selbstbehalt (§ 60), die vor Antragstellung auf Befreiung mit inzwischen bestandskräftigen Bescheiden abgezogen worden sind, bis zur Höhe der entsprechenden Belastungsgrenze zurückverrechnet 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 (zum Beispiel ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen) darlegen, 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 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 § 5 Abs. 1 Nr. 1 BezügeZustVO das Landesamt für Steuern und Finanzen zuständig.
- 62.1.2 Beihilfe kann nur der Beihilfeberechtigte selbst beantragen. Er kann gegebenenfalls eine andere Person oder ein Unternehmen, das gewerbsmäßig das Stellen von Krankenkostenanträgen ausübt, (auf eigene Kosten) 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 oder Lebenspartner geltend gemacht, ist bei der erstmaligen Beantragung dieser Aufwendungen im Kalenderjahr die Vorlage des vollständig ausgefüllten Langantrages oder Kurzantrages mit dem Formblatt „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2) erforderlich.
- 62.1.5 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.
- 62.1.6 Satz 4 lässt die elektronische Übermittlung der Belege nur in Verbindung mit einem elektronischen Beihilfeantrag zu.
- 62.1.7 Verlangt die Festsetzungsstelle nach Satz 5 trotz zugelassener elektronischer Übermittlung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform, so kann sie auch die Belege in Papierform anfordern.
- 62.1.8 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.
- 62.1.9 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
- den Erbringer der Leistungen (zum Beispiel Heim, Anstalt),
  - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
  - die Art (zum Beispiel Pflege, ärztliche Behandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
  - 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.
- 62.3.2 Auf die Rücksendung der Belege kann dann verzichtet werden, wenn diese elektronisch abgespeichert und bei Bedarf (zum Beispiel im Rechtsbehelfsverfahren) reproduzierbar sind. Arzneimittelbelege, die für die Geltendmachung von Arzneimittelrabatten benötigt werden, werden einbehalten, bis sie für eine Prüfung durch Treuhänder gemäß § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, längstens jedoch für die Dauer von zwei Jahren nach der Geltendmachung der Abschläge gegenüber den pharmazeutischen Unternehmern. Zahlt das

pharmazeutische Unternehmen die Abschläge nicht innerhalb einer Frist von zwei Jahren, können die Belege längstens bis zu einer Dauer von zwei Jahren nach dem rechtskräftigen Abschluss eines hierüber geführten Verfahrens aufbewahrt werden (§ 117 Abs. 2 Satz 3 und 4 SächsBG). Alle übrigen Belege sind spätestens vier Monate nach Bestandskraft der Entscheidung zurückzusenden. Aus Gründen des Datenschutzes sind elektronische Dokumente nach Ablauf der vorgenannten Frist zu löschen.

#### **62.4 Zu Absatz 4**

- 62.4.1 Die Überweisung der Beihilfe erfolgt in der Regel auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. In besonders zu begründenden Ausnahmefällen, die nur unter Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, kann eine Überweisung auf ein Drittkonto, bei dem es sich nicht um ein Konto des Beihilfeberechtigten handelt, 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(r) Behandlung nach § 20, § 37 Abs. 2 Nr. 1 und 2 oder § 55, die mindestens zehn 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 40 Euro 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 zusammen mit den Rechnungsbelegen. 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.
- 62.5.3 Bei der Direktabrechnung mit vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 55 ist darüber hinaus Folgendes zu beachten:
- 62.5.3.1 Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag die in Anhang 8 aufgeführten Sachverhalte geändert, hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle ein ausgefülltes Antragsformular (Anlage 8 zu § 62 Abs. 1) sowie die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Abs. 1) zu übersenden. Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle mit Beginn eines Kalenderjahres oder bei erstmaliger Antragstellung das ausgefüllte Antragsformular (Anlage 8 zu § 62 Abs. 1 oder Anlage 9 zu § 62 Abs. 1) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2) zur Prüfung der Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 vorzulegen. Es steht dabei dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über die Pflegeeinrichtung gemeinsam mit dem Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung nach Anhang 8 oder diese unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet. Der Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung nach Anhang 8 kann in diesen Fällen erst nach Vorliegen der Formulare bearbeitet werden.
- 62.5.3.2 Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag lediglich Änderungen im Hinblick auf die Pflegestufe beziehungsweise auf den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung oder das Einkommen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des § 55 Abs. 5 ergeben, ist es ausreichend, wenn der Festsetzungsstelle abweichend von Nummer 62.5.3.1 nur die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Abs. 1) zugeleitet wird.
- 62.5.3.3 Die Direktabrechnung kann von der Festsetzungsstelle für die Dauer von bis zu sechs Monaten, bei berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Lebenspartnern längstens jedoch bis zum Ende des Kalenderjahres, zugesagt werden. Der Beihilfeberechtigte ist dabei durch die Festsetzungsstelle insbesondere darauf hinzuweisen, dass Änderungen in den persönlichen Verhältnissen umgehend der Festsetzungsstelle mitzuteilen sind (zum Beispiel Änderungen des Einkommens, der Pflegestufe, im Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder). Der Beihilfeberechtigte erhält hierfür einen Abdruck der Zusage an die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die Direktabrechnung ist zudem unter dem Vorbehalt zuzusagen, dass durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat etwaige Unterbrechungszeiten und sich daraus ergebende Überzahlungen mitzuteilen sind. Liegen keine etwaigen Unterbrechungszeiten vor, ist dies formlos (zum Beispiel auf der Folgerechnung) zu

- vermerken. Kommt die vollstationäre Pflegeeinrichtung dieser Verpflichtung nicht nach, erlischt die Zusage der Beihilfezahlung an die vollstationäre Pflegeeinrichtung ab dem darauffolgenden Monat.
- 62.5.3.4 Nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes kann ein erneuter Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung nach Anhang 8 durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung gestellt werden.
- 62.5.3.5 Wurde durch die Festsetzungsstelle die Zusage der Beihilfezahlung an die vollstationäre Pflegeeinrichtung erteilt, kann die Einrichtung Rechnungen unmittelbar bei der Festsetzungsstelle einreichen. Etwaige Unterbrechungszeiten sind durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung anzugeben.
- 62.5.3.6 Werden Rechnungen für den laufenden Monat eingereicht, so dass etwaige Unterbrechungszeiten noch nicht bekannt sind und daher bei der Erstellung der Rechnung noch nicht berücksichtigt werden können, kommt eine Beihilfegewährung nur unter dem Vorbehalt des Widerrufs in Betracht. Die sich aus etwaigen Unterbrechungszeiten ergebenden Überzahlungen können mit folgenden Beihilfezahlungen verrechnet werden. Hierzu hat die vollstationäre Pflegeeinrichtung spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat mitzuteilen, ob Unterbrechungszeiten vorliegen.
- 62.5.3.7 Erlischt die Zusage der Beihilfezahlung an die vollstationäre Pflegeeinrichtung, da sie der Verpflichtung zur Mitteilung etwaiger Unterbrechungszeiten nicht nachkommt (vergleiche Nummer 62.5.3.3), ist eine weitere unmittelbare Gewährung der Beihilfe an die vollstationäre Pflegeeinrichtung ausgeschlossen. In diesem Falle ist die Beihilfe aufgrund der Rechnung für den übernächsten Monat noch an die vollstationäre Pflegeeinrichtung unmittelbar zu gewähren und der Einrichtung mitzuteilen, dass aufgrund der fehlenden Mitteilung die Zusage der Beihilfezahlung ab dem folgenden Abrechnungsmonat erlischt. Eine erneute Zusage der Beihilfezahlung an die vollstationäre Pflegeeinrichtung kommt nur in Betracht, wenn im Falle der Nummer 62.5.3.6 die Bearbeitung durch endgültige Ermittlung etwaiger Unterbrechungszeiten abschließend erfolgen konnte.
- 62.5.3.8 Im Übrigen gelten die Nummern 62.5.1 und 62.5.2.
- 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, der auch die Belege zurückerhält. 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. Die Festsetzungsstelle veranlasst insbesondere Gutachten zur Feststellung der Notwendigkeit einer Behandlung im Ausland (§ 7 Abs. 2 Satz 3), einer Begleitung eines Kindes ins Krankenhaus (§ 20 Abs. 3 Satz 2), von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen (§ 38 Abs. 3) und von Kuren (§ 39 Abs. 4 und 5). 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 mitzuteilen,
  - 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 beigefügt 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 (VG Dresden, Urteil vom 29. April 2014, 11 K 1536/13).
- 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.
- 65.2 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.

## II.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am 29. Oktober 2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung (**VwV-SächsBhVO**) vom 26. November 2012 (SächsABl. SDR. 2013 S. S 2), enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 12. Dezember 2013 (SächsABl. SDR. S. S 848), außer Kraft.

Dresden, den 21. Oktober 2014

Der Staatsminister der Finanzen  
Prof. Dr. Georg Unland

### Anhänge 1.1, 1.2, 1.3, 2 bis 8

- Anhang 1.1, 1.2 und 1.3
- 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 9. Dezember 2015 (SächsABl.SDr. S. S 374)