

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

Vom 24. Februar 2016

I.

0 Allgemeines (Rechtsgrundlage)

Die **Sächsische Beihilfeverordnung** ist auf der Grundlage des § 80 Absatz 8 des **Sächsischen Beamtengesetzes** vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971) erlassen. § 80 des **Sächsischen Beamtengesetzes** bestimmt dabei die wesentlichen Grundsätze und den Rahmen der Beihilfegewährung. Der beihilfeberechtigte Personenkreis ist grundsätzlich in § 80 Absatz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes** 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 (vergleiche zur Pflege auch BVerwG, Urteil vom 26. April 2018, 5 C 4/17).

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). Eine Krankheit kann ausnahmsweise bereits dann vorliegen, wenn die auf Tatsachen gestützte konkrete Gefahr einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung besteht und die schädigenden Folgen, die im Falle des Ausbruchs der Krankheit eintreten, so schwer sind, dass die Behandlungsbedürftigkeit bereits vor Realisierung der Gefahr zu bejahen ist, weil der betreffenden Person bei wertender Gesamtbetrachtung nicht zuzumuten ist, dem Geschehen seinen Lauf zu lassen und sich auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zu beschränken (BVerwG, Urteil vom 28. September 2017, 5 C 10/16 zu einer vorsorglichen Brustdrüsenentfernung, wobei ein regelwidriger Körperzustand nicht allein aus dem Umstand des Bestehens einer Genmutation, sondern allenfalls aus einem signifikant erhöhten Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, resultieren kann). Die Annahme einer Krankheit vor Realisierung der Gefahr ist an hohe Voraussetzungen geknüpft, wobei dem individuellen Lebenszeitrisko eine hohe Bedeutung beizumessen ist. Die Annahme einer Entstellung ist ebenfalls an hohe Voraussetzungen geknüpft. Hierfür genügt nicht jede körperliche Anomalität. Es muss sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit erzeugt und damit zugleich erwarten lässt, dass der Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben der Gemeinschaft zurückzuziehen oder zu vereinsamen droht, so dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist. Die körperliche Auffälligkeit muss in einer solchen Ausprägung vorhanden sein, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen, quasi „im Vorbeigehen“, bemerkbar macht und zur als negativ empfundenen Fixierung des Interesses anderer auf den Betroffenen führt (OVG Hamburg, Beschluss vom 18. Februar 2009, 1 Bf 108/08.Z, verneint für „Ohrfehlstellung“; OVG Münster, Urteil vom 24. Januar 2011, 1 A 527/08, verneint für „Kleinwuchs“; OVG Koblenz, Beschluss vom 26. Mai 2015, 2 A 10335/15.OVG, verneint für „Brustanomalie“). Die Behandlungsbedürftigkeit ist ein Tatbestandsmerkmal des Krankheitsbegriffs, die ebenfalls erfüllt sein muss. Hieran fehlt es beispielsweise bei einer Chromosomenuntersuchung wegen einer genetischen Veränderung in Form einer balancierten Translokation, da diese die Veränderung des Chromosomensatzes unverändert lässt (VGH Mannheim, Urteil vom 29. Juni 2017, 2 S 2014/16), oder bei medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (vergleiche Nummer 45.1.1).

- 1.1.3 Für den Bereich der Zahnheilkunde kann ergänzend die Krankheitsdefinition in § 1 Absatz 3 Satz 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde 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](#) unter den gleichen Voraussetzungen wie Beamte beihilfeberechtigt. Die Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) setzt grundsätzlich die Zahlung laufender Bezüge voraus. Aus diesem Grund sind Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter nicht beihilfeberechtigt. Teilzeitbeschäftigten Beamten steht der Beihilfeanspruch in voller Höhe zu. Dies gilt auch bei teilbeurlaubten Professoren bei gemeinsamen Berufungen im sogenannten Aachener Modell (§ 63 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Satz 2 des [Sächsischen Hochschulgesetzes](#)), solange diesen zumindest ein Teil der Besoldung gewährt wird.
- 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 Absatz 6 Satz 1 steht diesem Personenkreis ein Bemessungssatz von 70 Prozent zu.
- 1.2.3 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) kommen insbesondere § 21 Absatz 2 Satz 2, § 29 Absatz 2 und 5, § 51 Absatz 4, § 65 Absatz 3 und §§ 72 bis 76 des [Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes](#) sowie § 15 des [Sächsischen Besoldungsgesetzes](#) in Betracht.
- 1.2.4 Während einesurlaubes nach § 98 Absatz 1 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) besteht die Beihilfeberechtigung gemäß § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) fort, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung gemäß § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist Folgendes zu berücksichtigen: Ist der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner (im Folgenden „Lebenspartner“ genannt) eines aus familiären Gründen nach § 98 Absatz 1 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) 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.
- 1.2.5 Die Beihilfeberechtigung bei einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) 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. Werden Beamte oder Richter nach § 99 Absatz 1 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) oder § 8b Absatz 1 des [Sächsischen Richtergesetzes](#) unter Feststellung wichtiger dienstlicher Interessen ohne Dienstbezüge beurlaubt, ist das Einvernehmen des Staatsministeriums der Finanzen für das Fortbestehen der Beihilfeberechtigung bis zum Beginn des Ruhestandes im Sinne des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) generell erteilt.
- 1.2.6 Nach Ablauf der Monatsfrist des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) besteht eine Beihilfeberechtigung nur noch, wenn wieder Anspruch auf Dienstbezüge besteht oder eine Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 oder 4 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) gegeben ist. Liegt ein neuer Freistellungsgrund im Sinne des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) vor, beginnt die Monatsfrist erneut, wenn vor der erneuten Freistellung eine Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 Nummer 1, 2, 3 oder 4 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) bestanden hat. Für die Berechnung gelten die allgemeinen Bestimmungen der §§ 186 bis 193 des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 1.2.7 Beihilfeberechtigte erhalten als Mitglied beziehungsweise ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages nach § 27 Absatz 1 des [Abgeordnetengesetzes](#) einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung. Alternativ wird ihnen unter den in § 27 Absatz 2 des [Abgeordnetengesetzes](#) genannten Voraussetzungen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. Eine Beihilfegewährung nach der [Sächsischen](#)

- Beihilfeverordnung ist nach § 80 Absatz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** 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 Absatz 1 Satz 2 des **Abgeordnetengesetzes**). In dieser Zeit besteht deshalb gemäß § 80 Absatz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** keine Beihilfeberechtigung. Insoweit sieht § 21 des **Abgeordnetengesetzes** für diesen Personenkreis einen eigenständigen Beihilfeanspruch vor. Ist das Amt mit dem Mandat vereinbar, geht der eigenständige Anspruch nach § 21 des **Abgeordnetengesetzes** dem Beihilfeanspruch ebenfalls vor, da nach § 80 Absatz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** aus dem Beamtenverhältnis keine Beihilfeberechtigung besteht. Dies gilt auch für Versorgungsempfänger nach dem **Abgeordnetengesetz**. Aufgrund des Ausschlusses der Beihilfeberechtigung in § 80 Absatz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** bleibt für die Anwendung der Konkurrenzregelungen des § 3 kein Raum.
- 1.2.9 Die Beihilfeberechtigung der Mitglieder der Staatsregierung ergibt sich aus § 8 Absatz 3 des **Sächsischen Ministergesetzes**; 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 des **Sächsischen Ministergesetzes**. Besteht in diesen Fällen gleichzeitig eine Beihilfeberechtigung nach § 80 des **Sächsischen Beamtengesetzes** 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 Absatz 3 oder § 11 Satz 2 des **Sächsischen Ministergesetzes** gleichzeitig Mitglied des Sächsischen Landtags oder Versorgungsempfänger nach dem **Abgeordnetengesetz**, geht die Beihilfeberechtigung nach § 8 Absatz 3 und § 11 Satz 2 des **Sächsischen Ministergesetzes** aufgrund der Subsidiarität des Anspruches nach § 21 des **Abgeordnetengesetzes** 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 Eine Aufrechnung gegen Beihilfeansprüche ist nicht zulässig (BVerwG, Urteil vom 10. April 1997, 2 C 7/96; BGH, Beschluss vom 5. November 2004, IXa ZB 17/04), auch wenn der Anspruch, mit dem der Dienstherr aufrechnen will, auf einer vorsätzlichen unerlaubten Handlung beruht (OVG Münster, Beschluss vom 26. November 2018, 1 B 1281/18). Im Unterschied zur früheren Rechtslage ist die Vererblichkeit des Beihilfeanspruches 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 Absatz 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 Absatz 4 Satz 2 wird hingewiesen.
- 1.4.2 Aufwendungen anlässlich des Todes von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nur in den Fällen des § 35 Absatz 3 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 des Bürgerlichen Gesetzbuches) 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 Absatz 2 beihilfefähig.
- 2.1.2 Kinder sind so lange berücksichtigungsfähige Angehörige, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag dem Grunde nach zusteht. Wird nachträglich festgestellt, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und wurde der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert, ist eine bereits gezahlte Beihilfe aus Billigkeits- und Vertrauensschutzgründen zu belassen. Angehörige sind auch dann berücksichtigungsfähig, wenn eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines in § 80 Absatz 2 Satz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes** genannten Tatbestandes besteht.
- 2.1.3 Wegen des Verweises auf den Familienzuschlag nach dem **Sächsischen Besoldungsgesetz** oder dem **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetz** gilt der Kinderbegriff des Kindergeldrechts (§ 63 des Einkommensteuergesetzes, § 2 des Bundeskindergeldgesetzes). Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige leibliche Kinder, Adoptivkinder und Pflegekinder (§ 32 des Einkommensteuergesetzes, § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Bundeskindergeldgesetzes) des Beihilfeberechtigten sind danach stets berücksichtigungsfähig; Stiefkinder und Enkel des Beihilfeberechtigten nur dann, wenn sie der Beihilfeberechtigte in seinen Haushalt aufgenommen hat (§ 63 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 des Einkommensteuergesetzes, § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Bundeskindergeldgesetzes). Die Festsetzungsstelle kann die Entscheidung der Bezügestelle oder der Familienkasse zugrunde legen.
- 2.1.4 Die Mutter eines nichtehelichen Kindes eines Beihilfeberechtigten ist auch bezüglich der Geburtskosten keine berücksichtigungsfähige Erwachsene, da sie nicht verheiratet oder verpartnert sind. Für sie besteht eine eigenständige Absicherung im Geburtsfall über eine private oder eine gesetzliche Krankenversicherung. Deshalb kann für sie auch nach § 4 Absatz 2 Satz 6 keine Beihilfe für die dort genannten Leistungen als berücksichtigungsfähige Erwachsene gewährt werden.

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). In diesen Fällen wird auf den Anspruch auf Auslandszuschlag für diese Kinder abgestellt (§ 53 Absatz 4 Nummer 2 des Bundesbesoldungsgesetzes). Kinder, für die Anspruch auf Auslandszuschlag besteht, sind auch im Familienzuschlag zu berücksichtigen (§ 64 Absatz 2 Satz 1 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes**).

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 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 Absatz 2, § 35 Absatz 1 des Kirchenbeamtengesetzes der EKD). Vergleichbar ist ebenfalls die an ehemalige Beamte der Deutschen Bundespost und deren Postnachfolgeunternehmen gewährten Beihilfeleistungen nach der Bundesbeihilfeverordnung durch die Postbeamtenkrankenkasse (PostBeaKK) (vergleiche § 26d des Bundesanstalt-Post-Gesetzes).
- 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 des **Sächsischen Beamtengesetzes**, § 3 des **Richtergesetzes des Freistaates Sachsen** und §§ 8 und 11 des **Sächsischen Ministergesetzes** findet Absatz 1 Anwendung. Beim Zusammentreffen von Beihilfeansprüchen nach § 80 des **Sächsischen Beamtengesetzes** und § 21 des **Abgeordnetengesetzes** finden die Konkurrenzregelungen des Absatzes 1 aufgrund des Ausschlusses der Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** keine Anwendung (vergleiche Nummer 1.2.8). 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 Kindern (§ 57 Absatz 3 Satz 1) erhalten damit einen erhöhten Bemessungssatz unabhängig davon, ob das berücksichtigungsfähige Kind eine eigene Beihilfeberechtigung hat (zum Beispiel bei Ausbildung im Beamtenverhältnis auf Widerruf).
- 3.2.2 Für die Gewährung von Beihilfe geht die eigene Beihilfeberechtigung (zum Beispiel als Beamter auf Widerruf, Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Waisengeld) der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger immer vor. Dies gilt auch dann, wenn auf Grund der Berücksichtigungsfähigkeit ein höherer Bemessungssatz als aus dem eigenen Dienstverhältnis zustünde.
- 3.2.3 Selbst beihilfeberechtigt ist ein Angehöriger auch dann, wenn er einen eigenständigen Anspruch auf Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamte mit Anspruch auf Besoldung des anderen Dienstherrn hat. Regelungen anderer Dienstherrn, wonach Beihilfeansprüche oder vergleichbare Krankenfürsorgeansprüche entfallen, wenn der Beamte berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wird (beispielsweise § 92 Absatz 5 Satz 2 des Bundesbeamtengesetzes, § 64 Absatz 5 Satz 2 des Beamtengesetzes Nordrhein-Westfalen, Artikel 89 Absatz 4 des Bayerischen Beamtengesetzes), entfallen wegen fehlender Gesetzgebungskompetenz und Regelungsbefugnis keine Wirkung auf sächsisches Recht, sondern können nur im Geltungsbereich des jeweils anderen Beamtengesetzes gelten. Der andere Dienstherr kann seine aus dem bei Beurlaubung weiterbestehenden Dienstverhältnis des Beamten zu ihm bestehende Einstands- und Fürsorgepflicht auch durch gesetzliche Regelungen nicht auf einen außerhalb seines Rechtskreises stehenden Dienstherrn abwälzen.

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 Absatz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** sichergestellt, dass der Anspruch des mit einer Beamtin verheirateten Abgeordneten nach den insoweit vorrangigen Abgeordnetengesetzen die Berücksichtigung als Angehöriger bei der beamteten Ehefrau verdrängt.

3.4 Zu Absatz 4

- 3.4.1 Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähiger Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne des Absatzes 4 nicht ausgeschlossen, sondern „geht vor“. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen einem Arbeitnehmer ein einzelvertraglicher oder tarifvertraglicher Beihilfeanspruch zusteht.
- 3.4.2 Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist ausgeschlossen. Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.
- 3.4.3 Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und aufgrund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 2). Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund Tarifvertrags zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 6 Absatz 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 des Bundes-Angestelltentarifvertrages, § 46 des Manteltarifvertrages für Arbeiterinnen und Arbeiter des Bundes und der Länder in Verbindung mit der Protokollklärung zu § 13 des

Tarifvertrages zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder und zur Regelung des Übergangsrechts).

- 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 Absatz 3 und § 11 Satz 2 des **Sächsischen Ministergesetzes** oder der Mitgliedschaft im Sächsischen Landtag nach § 21 des **Abgeordnetengesetzes** ergeben (vergleiche auch Nummer 1.2.9, 1.2.10 und 3.1.3).

3.5 Zu Absatz 5

- 3.5.1 Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder sind nur bei dem Beihilfeberechtigten beihilfefähig, der den Familienzuschlag oder vergleichbare Leistungen für das Kind tatsächlich erhält (vergleiche § 2 Absatz 1 oder 2).
- 3.5.2 In den Fällen des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummern 2 bis 5 des **Sächsischen Beamtengesetzes** erhält nur der Beihilfeberechtigte die Beihilfe, der vor Beginn der Freistellung den Familienzuschlag erhalten hat oder erhalten hätte. Dies betrifft Fälle einer Beurlaubung beziehungsweise Freistellung vom Dienst, in denen die Beihilfeberechtigung fortbesteht, aber gerade keine Besoldung oder Versorgungsbezüge und dementsprechend auch kein Familienzuschlag für das Kind gezahlt wird. Damit wird sichergestellt, dass für das Kind Beihilfe nach den bisherigen Konditionen bezogen werden kann. Gerade in Fällen, in denen sonst die Beihilfe für das Kind beim anderen Elternteil gezahlt werden würde, könnten ansonsten Anpassungen beim Krankenversicherungsschutz notwendig werden, wenn sich die Beihilfeberechtigung beim anderen Elternteil nach dem Beihilferecht des Bundes oder eines anderen Landes bestimmt. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn dort ein anderer (in der Regel niedriger) Beihilfebemessungssatz für das Kind geregelt ist. Die Regelung des § 80 Absatz 4 Satz 9 des **Sächsischen Beamtengesetzes** geht als speziellere Norm § 80 Absatz 4 Satz 8 des **Sächsischen Beamtengesetzes** beziehungsweise Absatz 5 Satz 1 vor. Ein Wahlrecht besteht dabei nicht.
- 3.5.3 Bei Anwendung der Konkurrenzregelung des § 80 Absatz 4 Satz 9 des **Sächsischen Beamtengesetzes** ist zunächst zu prüfen, welcher Beihilfeberechtigte den Familienzuschlag vor Beginn der Beurlaubung tatsächlich erhalten hat, wenn dem Grunde nach mehrere Beihilfeberechtigte einen Anspruch auf den Familienzuschlag hatten. Die Regelung findet daher nur in den seltenen Ausnahmefällen Anwendung, wenn zunächst zu Beginn der Beurlaubung oder Freistellung keine Konkurrenz vorlag und der Beihilfeberechtigte demzufolge den Familienzuschlag für das Kind hätte erhalten müssen, der aber (in der Regel auf Grund einer Beurlaubung oder Freistellung ohne Besoldung) tatsächlich nicht gezahlt werden konnte.
- 3.5.3.1 Beispiel 1:
 Eine Beihilfeberechtigte (Mutter) befindet sich in einer Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung (für das Beispiel ist dabei unerheblich, ob während dieser Zeit Anspruch auf Beihilfe fortbesteht oder nicht). Während der Freistellung wird ein Kind geboren, dessen Vater nicht beihilfeberechtigt ist. Mutter und Vater trennen sich, die Mutter ist im Anschluss an die Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung in Elternzeit und hat damit nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** Anspruch auf Beihilfe für das Kind. Eine Konkurrenzsituation kann dann eintreten, wenn die Mutter während der Elternzeit einen Beihilfeberechtigten (Stiefvater) heiratet, der das Kind als Stiefkind in den gemeinsamen Haushalt aufnimmt. In diesem Falle wird in der Regel eine neue Konkurrenzsituation eintreten, da der Stiefvater dann einen Anspruch auf den Familienzuschlag für das Stiefkind hat. Fraglich ist dann, wer die Beihilfe für das Kind erhalten soll:
 Vor Beginn der Elternzeit hatte die Mutter keinen Anspruch auf Familienzuschlag für das Kind gehabt, da keine Besoldung gezahlt wurde. Sie hat demnach tatsächlich nicht vor Beginn der Freistellung den Familienzuschlag erhalten. Sie hätte aber vor Beginn der Freistellung den Familienzuschlag erhalten können und müssen, wenn sie Anspruch auf Besoldung gehabt hätte, da eine Konkurrenzsituation zum Beginn der Elternzeit beim Familienzuschlag für das Kind gerade nicht bestand. In der Folge ist die Beihilfe für das Kind nach § 80 Absatz 4 Satz 9 des **Sächsischen Beamtengesetzes** der Mutter zu gewähren. In diesem Falle ist es ausnahmsweise auch unerheblich, dass dann der Stiefvater tatsächlich den Familienzuschlag für das Kind erhält.
 Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass der Vater aber in dem geschilderten Fall dann die Beihilfe für das Kind erhalten muss, wenn die Elternzeit der Mutter endet und der Vater weiterhin den Familienzuschlag erhält.
- 3.5.3.2 Beispiel 2:
 Eine Beihilfeberechtigte (Mutter) befindet sich in einer Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung (für das Beispiel ist dabei unerheblich, ob während dieser Zeit Anspruch auf Beihilfe fortbesteht oder nicht). Während der Freistellung wird ein Kind geboren, dessen Vater beihilfeberechtigt ist. Die Mutter ist im Anschluss an die Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung in Elternzeit, so dass eine neue

Konkurrenzsituation eintritt. In diesem Falle hatte die Mutter vor Beginn der Elternzeit mangels Anspruchs auf Besoldung keinen Anspruch auf Familienzuschlag. Sie kann damit auch keinen Anspruch auf Beihilfe für das Kind haben, da hier die Regelung des § 80 Absatz 4 Satz 9 des **Sächsischen Beamtengesetzes** keine Anwendung findet. Die Frage, wer von beiden die Beihilfe für das Kind erhält, bestimmt sich ausschließlich nach § 80 Absatz 4 Satz 8 des **Sächsischen Beamtengesetzes**. Ein Wahlrecht sieht weder § 80 Absatz 4 Satz 8 noch Satz 9 des **Sächsischen Beamtengesetzes** vor.

- 3.5.4 Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit unterschiedlichen Dienstherrn (zum Beispiel Bund – Land; Bund – Kommune) hat die andere Festsetzungsstelle auf dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 1 entspricht, zu bestätigen, wer die Beihilfe für die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält.

4 Zu § 4 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

4.1 Zu Absatz 1

- 4.1.1 Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen beurteilt sich nach der Rechtslage im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und nicht nach der Rechtslage im Zeitpunkt der Stellung des Beihilfeantrags (BVerwG, Urteil vom 3. Juli 2003, 2 C 36/02 Rn. 29), der Einreichung eines Heil- und Kostenplans (VGH Mannheim, Urteil vom 1. Februar 2019, 2 S 1352/18, Rn. 24) oder der (gerichtlichen) Entscheidung über den Beihilfeantrag (OVG Bautzen, Beschluss vom 29. August 2022, 2 A 127/22). Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen kommt es 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). Für die Beihilfefähigkeit einer Maßnahme ist es ebenfalls nicht von Bedeutung, ob die private Krankenversicherung die (anteiligen) Kosten einer Maßnahme erstattet, da im Beihilferecht einerseits und im Versicherungsrecht der privaten Krankenversicherungen andererseits hinsichtlich der Erstattung von Behandlungskosten unterschiedliche Maßstäbe anzuwenden sind. So gründet beispielsweise die im Beihilferecht zu erfolgende Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung einer Behandlungsmethode in der Erwartung des Dienstherrn, dass die aus allgemeinen Steuergeldern finanzierte Beihilfe nur Heilbehandlungen erstattet, die zweckmäßig sind und eine hinreichende Gewähr für eine möglichst rasche, sichere und erfolgreiche Therapie bieten, während im Bereich der privaten Krankenversicherung nicht geprüft wird, ob die in Rede stehende Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist (VGH Mannheim, Beschluss vom 4. Juli 2022, 2 S 3715/21, Rn. 47 ff.).

4.2 Zu Absatz 2

- 4.2.1 Für die Beihilfegewährung an berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner kommt es nicht auf die Stellung des Beihilfeantrages, sondern auf das Entstehen der Leistung an. Dadurch wird gewährleistet, dass die Beihilfe in dem Zeitpunkt der wirtschaftlichen Unselbständigkeit des Ehegatten 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 dem Entstehen der Aufwendungen erzielten Einkünfte.
- 4.2.2 Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes. Nach § 2 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7i des Einkommensteuergesetzes) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a des Einkommensteuergesetzes). Die von der Abgeltungssteuer erfassten Kapitaleinkünfte (§ 20 des Einkommensteuergesetzes) sind bei dem Gesamtbetrag der Einkünfte ebenfalls zu berücksichtigen (vergleiche § 2 Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes). Diese sind häufig nicht aus dem Steuerbescheid ersichtlich und deshalb gesondert anzugeben. Ein Verlustabzug nach § 10d des Einkommensteuergesetzes berührt nicht die Einkünfteermittlung (VG Dresden, Gerichtsbescheid vom 28. April 2022, 11 K 440/19). Arbeitsentgelt aus geringfügigen Beschäftigungen im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder des § 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (sogenannte Minijobs) zählt nicht zum Gesamtbetrag der Einkünfte, wenn es nach § 40a des Einkommensteuergesetzes pauschal besteuert wird (vergleiche § 40a Absatz 2 und 2a des Einkommensteuergesetzes). Entsprechendes gilt für andere Einkünfte, die einer Pauschalbesteuerung nach § 40a des Einkommensteuergesetzes unterliegen. Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes ist durch geeignete Unterlagen, beispielsweise durch Übersendung der maßgeblichen Einkommensteuerbescheide, nachzuweisen. Angaben, die nicht den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner betreffen, können unkenntlich gemacht werden, soweit die maßgeblichen Angaben ersichtlich bleiben. Steuerfreie Einkünfte, wie

zum Beispiel der Unfallausgleich nach § 38 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** und die Unfallentschädigung nach § 47 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**, zählen nicht zum Gesamtbetrag der Einkünfte. Einkünfte, die nicht der Steuerpflicht nach § 2 des Einkommensteuergesetzes unterliegen, sind nicht zu berücksichtigen. Hat der berücksichtigungsfähige Angehörige eine rückwirkende Zahlung auf Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes erhalten (zum Beispiel Nachzahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente), ist diese dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem der Zahlungsanspruch bestanden hat. Nachzahlungen für mehrere Kalenderjahre sind entsprechend aufzusplitten. Wird dadurch der Ehegattengrenzbetrag rückwirkend überschritten, ist bereits ausbezahlte Beihilfe für Aufwendungen des berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus den Jahren vor der erfolgten Nachzahlung zu belassen.

- 4.2.3 Nicht zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtete Personen, zum Beispiel Personen, für deren Einkommen eine Veranlagung nach § 43 Absatz 5 oder § 46 des Einkommensteuergesetzes unterbleibt (§ 25 Absatz 1 des Einkommensteuergesetzes), 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 Ehegattengrenzbetrag im Durchschnitt der letzten drei Jahre vor Leistungserbringung nicht überschritten wird, kann eine Beihilfe gewährt werden. Für die Glaubhaftmachung der Einkünfte ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 2 entspricht, zu verwenden.
- 4.2.5 Der Ehegattengrenzbetrag beträgt im Kalenderjahr 2024 18 504 Euro. Er ist für den gesamten maßgeblichen Dreijahreszeitraum zu Grunde zu legen. Für im Kalenderjahr 2024 entstandene Aufwendungen ist der Ehegattengrenzbetrag von 18 504 Euro demnach für die Jahre 2021 bis 2023 maßgeblich. Der Ehegattengrenzbetrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** und die monatliche Sonderzahlung nach § 64a des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** erhöht werden. Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt. Das kann dazu führen, dass Erhöhungen des Ehegattengrenzbetrages in Folgejahren zu einer unterschiedlichen Berücksichtigung des Ehegattengrenzbetrages in einzelnen Jahren führen (zum Beispiel bei einer Erhöhung ab 2025 wäre auch für die Jahre 2022 und 2023 der erhöhte Betrag maßgeblich). Unter Berücksichtigung der Besoldungsanpassungen mit dem Fünften Dienstrechtsänderungsgesetzes beträgt der Ehegattengrenzbetrag vorbehaltlich weiterer Besoldungsanpassungen
- | | |
|----------------------|--------------|
| im Kalenderjahr 2025 | 18 504 Euro, |
| im Kalenderjahr 2026 | 20 180 Euro, |
| im Kalenderjahr 2027 | 21 290 Euro. |

- 4.2.6 In den Fällen des Satzes 7 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 Einkommengrenze rückwirkend unrichtig geworden ist und insoweit nach § 48 des Verwaltungsverfahrensgesetzes binnen Jahresfrist zurückgenommen werden kann. Die Jahresfrist beginnt erst zu laufen, wenn der nach der innerbehördlichen Geschäftsverteilung für die Rücknahme zuständige Amtsträger (vergleiche BVerwG, Beschluss vom 19. Dezember 1984, GrSen 1.84) positive und vollständige Kenntnis aller die Rücknahme rechtfertigenden Tatsachen hatte und keine Notwendigkeit mehr für eine weitere Aufklärung oder für irgendwelche Überlegungen hinsichtlich der Rücknahme bestand. Die von der Festsetzungsstelle zu prüfende Rückforderung der zu viel gezahlten Beihilfe beruht auf § 49a Absatz 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes und richtet sich nach § 89 des **Sächsischen Beamtenengesetzes** in Verbindung mit § 18 Absatz 2 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** (BVerwG, Urteil vom 16. November 1989, 2 C 43/87; BVerwG, Urteil vom 22. März 2017, 5 C 5/16; zum Verwaltungsverfahren insgesamt vergleiche OVG Münster, Urteil vom 17. August 2018, 1 A 2675/15). Für diesen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gilt die kenntnisabhängige dreijährige Verjährungsfrist in entsprechender Anwendung des § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches (hierzu BVerwG, Urteil vom 15. März 2017, 10 C 3/16).

4.3 Zu Absatz 3

- 4.3.1 Aufwendungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen 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 Aufwendungen für die Beseitigung oder Linderung von körperlichen Anomalien, die keinen Krankheitswert erreichen (hierzu Nummer 1.1.2), sind medizinisch nicht notwendig und damit nicht beihilfefähig. So ist zum Beispiel die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Brustneorekonstruktion bei angeborener Brustanomalie (OVG Koblenz, Beschluss vom 26. Mai 2015, 2 A 10335/15.OVG; vergleiche auch BSG, Urteil vom 8. März 2016, B 1 KR 35/15 R), zur Brustasymmetrie BSG, Urteil vom 10. März 2022, B 1 KR 3/21 R, eine Beinverlängerung bei Kleinwuchs (OVG Münster, Urteil vom 24. Januar 2011, 1 A 527/08; ebenso LSG Saarbrücken, Urteil vom 25. Januar 2017, L 2 KR 35/16) oder einen chirurgischen Eingriff bei Ohrfehlstellungen (OVG Hamburg, Beschluss vom 18. Februar 2009, 1 Bf 108/08.Z) regelmäßig zu verneinen. Unerheblich ist, ob das subjektive Empfinden des Betroffenen, sein körperlicher Zustand sei unzulänglich, psychische Störungen hervorruft. Bei psychischen Störungen beschränkt sich die notwendige Krankenbehandlung auf eine psychotherapeutische Behandlung (§§ 16 bis 20). Ein operativer Eingriff in den gesunden Körper, durch den einer psychische Erkrankung entgegengewirkt werden soll, ist auch dann nicht beihilfefähig, wenn keine andere Möglichkeit der ärztlichen Hilfe besteht, weil eine psychotherapeutische Behandlung abgelehnt wird und damit keinen Erfolg verspricht (BVerwG, Beschluss vom 30. September 2011, 2 B 66/11 unter Hinweis, dass generell zweifelhaft ist, ob körperliche Eingriffe zur Überwindung einer psychischen Krankheit geeignet sind, nach einem solchen Eingriff eine Symptomverschiebung zu besorgen ist und ansonsten Schönheitsoperationen auf Kosten der Allgemeinheit durchgeführt würden; VGH Mannheim, Urteil vom 29. Juni 2017, 2 S 2014/16).
- 4.3.3 Aufwendungen für die Behandlung von körperlichen Anomalien, die einen Krankheitswert erreichen (hierzu Nummer 1.1.2), sind medizinisch notwendig und dem Grunde nach beihilfefähig. So kann beispielsweise die Resektion einer Fettschürze nach Gewichtsreduktion beihilfefähig sein, wenn diese zu gravierenden Bewegungseinschränkungen führt. Hinsichtlich der Aufwendungen für eine Liposuktion bei Lipödem wird auf Absatz 2 der Nummer 4.4.4 hingewiesen. Im Einzelfall können bei ausgeprägter krankhafter Adipositas auch Aufwendungen für bariatrische Operationen zur Gewichtsreduktion (zum Beispiel Gastric Banding) beihilfefähig sein, wenn Folge- oder Begleiterkrankungen der Adipositas vorliegen und konservative Therapien ausgeschöpft sind.
- 4.3.4 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 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte, § 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte).
- 4.3.5 Liegen der Festsetzungsstelle Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei der angewandten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nicht um eine wirtschaftlich angemessene Methode handelt, sind die Mehraufwendungen gegenüber den Aufwendungen der herkömmlichen, wirtschaftlich angemessenen Methode nicht beihilfefähig; beihilfefähig sind jedoch die angemessenen Aufwendungen, die bei der herkömmlichen, wirtschaftlich angemessenen, aber nicht durchgeführten Methode entstanden wären. Weist der Beihilfeberechtigte nach, dass aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalles Mehraufwendungen wegen der Anwendung einer besonderen Methode notwendig waren, hat die Festsetzungsstelle dies bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des § 4 Absatz 3 bis 7 zu berücksichtigen.
- 4.3.6 In den Fällen existierender Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 6 kann die Festsetzungsstelle regelmäßig davon ausgehen, dass die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit nach Satz 1 vorliegen, falls kein ausdrücklicher (Teil-)Ausschluss für eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach Anlage 1 vorliegt (vergleiche auch Nummer 4.6.1).
- 4.3.7 Aufwendungen für Kataraktoperationen sind auch unter Einsatz eines Femtosekundenlasers oder Nanolasers beihilfefähig. Es handelt sich dabei um medizinisch notwendige und wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethoden. Der Einsatz eines Femtosekundenlasers oder Nanolasers bei Durchführung einer Kataraktoperation ist nach Nummer 1375 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte, zu welcher der Zuschlag nach Nummer 441 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen gegebenenfalls hinzukommt, beihilfefähig. Die Nummern 5800 und 5855 (analog) des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind nicht gesondert abrechenbar und somit nicht beihilfefähig (BGH, Urteile vom 14. Oktober 2021, III ZR 350/20 und III ZR 353/20).
- 4.3.8 Besteht eine Umsatzsteuerpflicht, erhöhen sich die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.
- 4.3.9 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. Ein Härtefall kann bei Vorliegen eines schwerwiegenden medizinischen Sachverhaltes oder bei unzumutbaren finanziellen Belastungen vorliegen, wobei die Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten unausweichlich sein müssen, so dass er sich ihnen nicht entziehen kann. Der Nachweis einer unvermeidbaren Härte, die bei Ablehnung der Beihilfe zu einer existenziellen Notlage führen könnte, obliegt dem Beihilfeberechtigten als Mitwirkungshandlung (BVerwG, Urteil vom 2. November 2022, 5 A 1/21 Rn. 32; VGH Mannheim, Urteil vom 26. November 2015, 2 S 1075/14).

- 4.3.10 Zu prüfen ist auch, ob der Härtefall eingetreten ist, weil der Beihilfeberechtigte seiner in § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes statuierten Krankenversicherungspflicht beziehungsweise in § 23 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Pflegeversicherungspflicht nicht nachgekommen ist; gegebenenfalls ist der Beihilfeberechtigte auf die Bußgeldvorschrift des § 121 Absatz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Dies gilt ebenso für den berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Mit Urteil vom 26. April 2018, 5 C 4/17 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass ein Beamter über die Beihilfevorschriften hinausgehende Beihilfe zu pflegebedingten Aufwendungen nicht unmittelbar aus dem Fürsorgegrundsatz beanspruchen kann, wenn er oder sein berücksichtigungsfähiger Ehegatte es unterlassen haben, zumutbare Eigenvorsorge durch den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung zu betreiben.
- 4.3.11 In besonderen Härtefällen nach Satz 2 kann die Beihilfefähigkeit ausnahmsweise auch für Aufwendungen von Leistungen gegeben sein, die dem Grunde nach nicht medizinisch notwendig, nicht wirtschaftlich angemessen oder nicht wissenschaftlich anerkannt sind. Allein aus der Tatsache, dass eine Behandlung möglicherweise sinnvoll ist, folgt jedoch nicht, dass sie im Rahmen der Beihilfe als Härtefall zu erstatten wäre. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode im konkreten Einzelfall zu einem therapeutischen Erfolg geführt hat, da eine solche „Erfolgsabhängigkeit“ dem Beihilferecht fremd ist (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94; OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 8. Oktober 2020, OVG 10 N 62/20 zu einer Beihilfe für eine Protonentherapie zur Behandlung eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms). Eine aus Fürsorgegesichtspunkten gebotene Erhöhung des Bemessungssatzes richtet sich nach § 57 Absatz 13 Nummer 2.
- 4.3.11.1 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 und BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 25. September 2023, 1 BvR 1790/23 zu einer begehrten Behandlung mit dem Arzneistoff Miglustat bei infantiler Tay-Sachs-Erkrankung). Der Rechtssatz des Bundesverfassungsgerichts, es sei mit den Grundrechten aus Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, dem für seine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe, ist mit demselben Inhalt vom Bundesverwaltungsgericht für das Beihilferecht aufgestellt worden. Beihilfe ist danach auch für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden unter anderem dann zu gewähren, wenn zur Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung gerade keine allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden Therapien zur Verfügung stehen (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94, BVerwG, Beschluss vom 22. August 2007, 2 B 37/07, Rn. 6).
- 4.3.11.2 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 (BVerwG, Urteil vom 2. November 2022, 5 A 1/21, Rn. 23 mit weiteren Nachweisen). Weitere Voraussetzung der Beihilfefähigkeit ist, dass die wissenschaftlich noch nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode nach einer medizinischen Erprobungsphase entsprechend dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft noch wissenschaftlich allgemein anerkannt werden kann (BVerwG, Urteil vom 18. Juni 1998, 2 C 24/97, Rn. 12, VGH Mannheim, Beschluss vom 4. Juli 2022, 2 S 3715/21, Rn. 48, 52 zur abgelehnten Beihilfefähigkeit einer HIFU-Ganzdrüsen-therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom). 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.

- 4.3.11.3 Die ausgeschlossene Thymustherapie einschließlich einer Behandlung mit Thymuspräparaten oder die teilweise ausgeschlossene Hyperthermiebehandlung können demnach bei Krebserkrankungen beihilfefähig sein, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.
- 4.3.12 Ein genereller Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach § 5 geht § 4 Absatz 3 Satz 2 vor. Nach § 5 ausgeschlossene Aufwendungen können daher nicht ausnahmsweise über die Härtefallklausel des § 4 Absatz 3 Satz 2 beihilfefähig sein (vergleiche § 5 Absatz 4).

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 Absatz 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 Eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die in Anlage 1 zu § 4 in Nummer 1 Buchstabe L ausgeschlossene Laserbehandlung ist nur im Rahmen der Physiotherapie nicht gegeben. Der Ausschluss der Laserbehandlung erstreckt sich nicht auf andere Behandlungsverfahren, wie zum Beispiel chirurgische. Aufwendungen für Liposuktion bei Lipödem sind nicht mehr generell von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen kann im Einzelfall gegeben sein, weil es an anerkannten Heilverfahren fehlt, die eine Heilung oder wesentliche Besserung eines Lipödems bewirken könnten (vergleiche VG Köln, Urteil vom 2. Februar 2017, 1 K 1983/16). Zudem besteht Aussicht, dass die Liposuktion als Behandlungsmethode nach einer Erprobungsphase noch wissenschaftlich allgemein anerkannt werden kann. Die Notwendigkeit einer Liposuktion bei Lipödem kann gegeben sein, wenn ein Lipödem fortgeschrittenen Stadiums (ICD-10-Codes E 88.21 oder E 88.22) ärztlich diagnostiziert wurde und trotz konsequent durchgeführter konservativer Therapie (insbesondere Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainage, Bewegungstherapie, Ernährungsumstellung) Beschwerden fortbestehen (vergleiche hierzu S2k-Leitlinie 037/012: Operative Therapie des Lipödems). Hinsichtlich eines Lipödems des Stadiums II (ICD-10-Code E 88.21) kommt eine Beihilfefähigkeit deshalb allenfalls dann in Betracht, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zuvor erfolglos durchgeführt wurde (BVerwG, Urteil vom 2. November 2022, 5 A 1/21, Rn. 26; hierzu auch VGH Mannheim, Urteil vom 11. Juli 2024, 2 S 1904/23). Zur Feststellung der Notwendigkeit soll insbesondere in Zweifelsfällen (Abgrenzung zu kosmetischen Eingriffen) ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes

herangezogen werden. Für den Fall der (ausnahmsweisen) Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Liposuktion an Extremitäten dem Grunde nach ist bei ambulanten Leistungen (auch im Krankenhaus) die Nummer 2454 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte nur einmal je Extremität unmittelbar abrechenbar (BGH, Urteil vom 13. Juni 2024, III ZR 279/23) und somit nur in dieser Höhe für jedes Bein und jeden Arm pro Behandlungstag beziehungsweise Eingriff beihilfefähig. Ohne Belang ist die Anzahl der Behandlungsregionen innerhalb einer Extremität (zum Beispiel ‚Bein innen‘ und ‚Bein außen‘) und die Anzahl der zur Zielerreichung erforderlichen Einzelschritte (so schon LG Köln, Urteil vom 15. Februar 2022, 3 O 232/19 Rn. 34; OLG Düsseldorf, Urteil vom 4. Dezember 2007, 4 U 48/07 Rn. 34).

- 4.4.5 Der für die nach Anlage 1 zu § 4 Absatz 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 Gebührenordnung für Ärzte 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).
- 4.4.6 Bei einer augenärztlich festgestellten Indikation grüner oder grauer Star oder einem Astigmatismus ab 5 Dioptrien kann hinsichtlich der Implantation von Intraokularlinsen auf eine Voranerkennung der Beihilfefähigkeit nach Nummer 2 Buchstabe b der Anlage 1 zu § 4 Absatz 4 Satz 2 verzichtet werden. Diese Diagnosen können durch Brillengläser oder Kontaktlinsen nicht mehr ausgeglichen werden. Beihilfefähig sind grundsätzlich die Aufwendungen für Monofokallinsen. Für Multifokallinsen ist eine medizinische Notwendigkeit nicht gegeben, da andere noch vorhandene Fehlsichtigkeiten grundsätzlich durch Brillengläser oder Kontaktlinsen vollständig ausgeglichen werden können. Bei einem Astigmatismus ab 5 Dioptrien ist auch die Implantation von torischen Sonder-Intraokularlinsen (S-IOPs) beihilfefähig. Werden auf Wunsch des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen höherwertige Linsen, als die zuvor genannten, implantiert, können die Aufwendungen bis zu den Kosten für entsprechende Monofokallinsen als beihilfefähig anerkannt werden. Beträge von mehr als 400 Euro pro Linse sind nicht mehr als wirtschaftlich angemessen im Sinne des § 4 Absatz 3 Satz 1 anzusehen.
- 4.4.7. Molekulargenetische Untersuchungen, die als Teil der Behandlung einer bereits bestehenden Erkrankung durchgeführt werden, um ein spezielles Vorsorgeprogramm oder eine spezielle Therapie zu bestimmen, sind im Einzelfall beihilfefähig (vergleiche OVG Bautzen, Urteil vom 1. Juli 2014, 2 A 591/12; VG Leipzig, Urteil vom 17. Januar 2019, 3 K 841/18).
- 4.4.8 Die Aufwendungen für biomarkerbasierte Testverfahren zur Durchführung einer Genexpressionsdiagnostik beim primären Mammakarzinom sind dem Grunde nach im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlung beihilfefähig. Diese Tests bestimmen das Rezidivrisiko beziehungsweise die Chancen einer Chemotherapie (vergleiche auch Nummer 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung). Die Notwendigkeit von Genexpressionsanalysen ist gegeben, wenn die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten medizinischen Indikationen und Voraussetzungen (vergleiche Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2) vorliegen oder diese im Einzelfall nachvollziehbar begründet ist. Die Durchführung kann auch außerhalb der ASV erfolgen. Im Rahmen einer stationären Behandlung sind die Aufwendungen ebenfalls gesondert beihilfefähig. Beihilfefähig sind insbesondere die Aufwendungen für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen Tests (Stand 18. Januar 2024: MammaPrint®, Oncotype DX Breast Recurrence Score®, EndoPredict® und Prosigna®) sowie die von der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfohlenen Genexpressionstests. Zur Beurteilung der wirtschaftlichen Angemessenheit der Aufwendungen können zur Orientierung die für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Vergütungen herangezogen werden. Solange es keine Vergütungsvereinbarungen hierzu gibt, sind Aufwendungen bis zu 4 000 Euro beihilfefähig. Sofern Vereinbarungen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen geschlossen werden, sind diese maßgeblich für die Beihilfefähigkeit. Das Staatsministerium der Finanzen wird über Vereinbarungen der PKV informieren. Die Auslagen müssen nicht gesondert aufgeschlüsselt sein.
- 4.4.9 Bei der Behandlung der sogenannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), der fettig-degenerativen Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen oder ähnlichen Diagnosen, handelt es sich um medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist. Darüber hinaus ist das vermeintliche Krankheitsbild der NICO weder nach ICD10 Schlüssel noch in den Verzeichnissen der WHO als

Erkrankung gelistet. Es besteht daher keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik und der Behandlungen dieser Erkrankung, wie zum Beispiel Cavitat-Diagnostik, OroTox-Tests sowie die Entfernung eines chronischen NICOSTörfeldes. Aufwendungen für diese Maßnahmen sind nicht beihilfefähig.

- 4.4.10 Aufwendungen für eine Schnelltestung der Infektionskrankheiten SARS-CoV-2, Influenza A und B sowie RSV mittels des Testsystems GeneXpert® von der Cepheid GmbH, die vor Ort in einer Arztpraxis durchgeführt werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig.
- 4.5 Zu Absatz 5**
- 4.5.1 Die Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührenordnung für Zahnärzte 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 Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 für ambulante Leistungen sind die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte 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. Insbesondere findet die Gebührenordnung für Ärzte auch dann Anwendung, wenn der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person, zum Beispiel einem Krankenhausträger, abgeschlossen wird und ambulante Leistungen durch Ärzte erbracht werden, die lediglich im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses in der Erfüllung ihrer eigenen Dienstaufgaben tätig werden und selbst mit dem Patienten keine Vertragsbeziehungen eingehen. Die Vereinbarung eines Pauschalhonorars entspricht in diesen Fällen nicht den Vorgaben des § 2 Absatz 1 und 2 der Gebührenordnung für Ärzte und ist deshalb nichtig (BGH, Urteil vom 4. April 2024, III ZR 38/23 zur nichtigen Vereinbarung eines Pauschalhonorars für eine ambulante Cyberknife-Behandlung). Sie kann der Beihilfefestsetzung – anders als eine analoge Abrechnung von Gebührencyffern nach § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte – nicht zu Grunde gelegt werden, sofern es keine gesonderte, nach Absatz 6 zu beurteilenden Verträge oder Vergütungsvereinbarungen gibt (vergleiche Nummern 4.3.6 und 4.6.1). 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 Absatz 5 des [Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz](#)). 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 gemäß § 1 Absatz 1 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach der Gebührenordnung für Ärzte mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind – § 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- 4.5.4 Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen, die zwischen Spitzenorganisationen, zum Beispiel Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, dem PKV-Verband und den Beihilfeträgern, abgeschlossen werden, gelten als wirtschaftlich angemessen. Es handelt sich hierbei regelmäßig um Analogabrechnungen zu den Gebührenordnungen.
- 4.5.5 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Absatz 2 Satz 4, Absatz 3 Satz 2, Absatz 4 Satz 2 der Gebührenordnung für Ärzte, § 5 Absatz 2 Satz 4 der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach Absatz 5 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Satz 1 und 2 der Gebührenordnung für Ärzte, § 10 Absatz 3 Satz 1 und 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
- a) besonders schwierig war,
 - b) einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
 - c) wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des jeweiligen Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Absatz 2 Satz 3 der Gebührenordnung für Ärzte /der Gebührenordnung für Zahnärzte; vergleiche zum Beispiel Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte und Nummer 6050 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte). Eine ausreichende schriftliche Begründung für einen über den 2,3-fachen Gebührensatz hinausgehenden Steigerungssatz liegt nicht vor, wenn eine Mehrzahl von Umständen aufgelistet wird, die zwar theoretisch einen höheren Gebührensatz rechtfertigen können, aber den maßgeblichen Grund im Einzelfall nicht erkennen lässt. Nur dann, wenn sich bei einer konkreten Leistung eine überdurchschnittliche Erschwernis ergibt oder sich eine generell bei der gesamten Behandlung gegebene Erschwernis konkret auswirkt, ist in Bezug auf diese konkrete Einzelleistung ein höherer Gebührensatz zulässig, der verständlich und nachvollziehbar zu begründen ist (OLG Köln, Urteil vom 13. März 2016, 5 U 110/14).

- 4.5.6 Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 der Gebührenordnung für Ärzte, § 10 Absatz 3 Satz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen veranlasst worden ist.
- 4.5.7 Nach § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte können selbständige 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, abrufbar über die Homepage der Bundesärztekammer), das bei der Festsetzung der Beihilfe zu berücksichtigen ist. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.
- 4.5.7.1 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 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte oder
 - A 7017: Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, gegebenenfalls beidseits analog Nummer 424 plus Nummer 406 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte.
- 4.5.7.2 Für die Injektion mit Lucentis zur Behandlung der Makuladegeneration sind die folgenden analogen Abrechnungen gemäß § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
- Nummer 1384 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte, gegebenenfalls zuzüglich der Nummern 440 und 444 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte oder
 - Nummer 1383 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte.
- 4.5.8 Aufwendungen für eine medizinische Zweitmeinung, auch über das medizinische Zweitmeinungsportal „Medexo“, sind dem Grunde nach beihilfefähig, soweit es sich um ärztliche Leistungen nach dem Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte handelt. Dies gilt ebenso für telemedizinische ärztliche Leistungen (zum Beispiel ärztliche Beratung in einer Videosprechstunde), wenn sichergestellt ist, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Freistaat Sachsen im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Aufklärung, Beratung und Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird (vergleiche § 7 Absatz 4 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 352) in der Fassung der Änderungssatzung vom 2. Juli 2021 und § 7 Absatz 4 der (Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte). Inwieweit dies auch in anderen Bundesländern zugelassen ist, richtet sich nach den jeweiligen Berufsordnungen des Landes. Die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer und die Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen mit der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfeträgern von Bund und Ländern zu telemedizinischen Leistungen sind entsprechend anzuwenden (abrufbar über das PKV-Serviceportal). Pauschale Verwaltungsgebühren oder sonstige Gebühren sind nicht beihilfefähig.
- 4.5.9 Nach § 2 Absatz 1 der Gebührenordnung für Ärzte/der Gebührenordnung für Zahnärzte kann durch Vereinbarung eine von § 3 der Gebührenordnung für Ärzte/der Gebührenordnung für Zahnärzte abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der

Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen sind nicht zulässig. Ebenso wenig sind die Gebührenordnungen zugunsten eines Pauschalhonorars abdingbar (vergleiche Nummer 4.5.2). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 der Gebührenordnung für Ärzte/der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 Absatz 1 und 3 der Gebührenordnung für Ärzte, § 5 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) ist nach der Begründung in der Abrechnung entsprechend den Nummern 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.

- 4.5.10 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 4.5.8 genannten Hinweisen Folgendes zu beachten:
- 4.5.10.1 Zum Allgemeinen Teil der Gebührenordnung für Zahnärzte
- 4.5.10.1.1 Nach § 4 Absatz 2 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte kann der Zahnarzt nur Gebühren für selbständige 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 (vergleiche Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 5. März 2021, 5 C 11/19 zur Nebeneinanderabrechnung der Nummern 6100 und 2197 GOZ).
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 Gebührenziffer 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.
- 4.5.10.1.2 Nach § 4 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 der Gebührenordnung für Zahnärzte) bleibt unberührt. Bezugnehmend auf das Urteil des BGH vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03 sind folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig und beihilfefähig:
- Oraquix® im Zusammenhang mit der Nummer 0080,
 - ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Nummer 2440,
 - Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit Nummer 2440.
- 4.5.10.1.3 Die im Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Zahnärzte in Abschnitten aufgelisteten Leistungen können auch im Zusammenhang mit Leistungen aus anderen Gebührenordnungsabschnitten erbracht, berechnet und als beihilfefähig anerkannt werden.
- 4.5.10.1.4 Analogbewertung und Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (§ 6 der Gebührenordnung für Zahnärzte)
§ 6 Absatz 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 selbständige zahnärztliche Leistung und

keine besondere Ausführung oder Teilleistung einer bereits im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung handelt. Nach § 6 Absatz 1 Satz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist bei einer Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Zahnärzte heranzuziehen und erst nachrangig eine Leistung aus den nach § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte eröffneten Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen. Für Leistungen, die mehrfach berechenbar sind, ist eine Analogberechnung dagegen ausgeschlossen.

- 4.5.10.1.5 Der Zahnarzt kann Vergütungen für erbrachte Leistungen nur nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnen, soweit diese in § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte aufgelistet sind. Leistungen nach dem Abschnitt D des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte (Anästhesieleistungen Nummern 490 bis 494, zum Beispiel Lachgassedierung) sind nach der zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Zahnärzte vom Zahnarzt ohne ärztliche Approbation nicht mehr berechnungsfähig und somit nicht beihilfefähig. Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Zahnärzte aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der jeweils geltenden Fassung der Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. Ein Wahlrecht zwischen der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte besteht insoweit nicht.
- 4.5.10.1.6 Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (Nummern 5000, 5002 und 5004 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte) ist eine Berechnung der Nummer 5298 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte nicht beihilfefähig. Von der Nummer 5000 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte ist die Röntgenaufnahme eines Zahns, Implantats oder zahnlosen Kieferabschnitts je Projektion umfasst. Die Abrechnungsbestimmung nach der Nummer 5000 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte ist bei der Beurteilung der Beihilfefähigkeit zu beachten.
- 4.5.10.2 Zum Gebührenverzeichnis (Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte)
- 4.5.10.2.1 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.
- 4.5.10.2.2 Zu Nummern 0080 bis 0110
- a) 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.
 - b) 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.
 - c) Die computergesteuerte Anästhesie erfüllt die Leistungsinhalte der Nummern 0090 oder 0100. Je nach Lokalisation und Indikation sind die Aufwendungen originär nach den Nummern 0090 für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpare und intraossäre Anästhesie) oder 0100 für die Leitungsanästhesie beihilfefähig.
 - d) Führt der Zahnarzt die Behandlung unter Verwendung einer Lupenbrille durch, sind Aufwendungen hierfür nicht beihilfefähig (weder nach Nummer 0110 noch im Rahmen einer Analogbewertung).
 - e) Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur im Zusammenhang mit den in der Nummer 0110 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 der Gebührenordnung für Zahnärzte berücksichtigt werden.
- 4.5.10.2.3 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.
- 4.5.10.2.4 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 Nummer 4070 oder Nummer 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 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 beihilfefähig. Sie beinhaltet auch die Nachreinigung einschließlich Polieren je Zahn, Implantat oder Brückenglied.

- 4.5.10.2.5 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 Nummer 6130 und in derselben Sitzung nicht gesondert beihilfefähig. Ist in derselben Sitzung eine Versiegelung des Bracketumfeldes notwendig, ist die Nummer 2000 zusätzlich beihilfefähig.
- 4.5.10.2.6 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 und somit nicht zusätzlich beihilfefähig.
- 4.5.10.2.7 Zu Nummer 2030
- a) Aufwendungen für die Leistung nach Nummer 2030 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. Wird in allen vier Kieferhälften präpariert und gefüllt und sind daneben jeweils besondere Maßnahmen erforderlich, kann die Nummer 2030 in einer Sitzung höchstens achtmal berechnet und als beihilfefähig anerkannt werden (viermal im Oberkiefer, viermal im Unterkiefer). Werden mehrere besondere Maßnahmen in derselben Kieferhälfte oder im Frontzahnbereich nur beim Präparieren erbracht, ist die Leistung nach Nummer 2030 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 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.
- 4.5.10.2.8 Zu Nummer 2040
Die Materialkosten sind nicht gesondert berechenbar und somit nicht beihilfefähig.
- 4.5.10.2.9 Zu Nummern 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 AG Köln, Urteil vom 30. Juni 2003, 116 C 110/02).
- 4.5.10.2.10 Zu Nummer 2180
Der Wortlaut der Leistungsbeschreibung von Gebührennummer 2180 („plastisches Aufbaumaterial“) ist umfassend, so dass hierunter grundsätzlich jedes plastisches Material – auch Kompositkunststoff – fällt (AG Neukölln, Urteil vom 29. August 2011, 7 C 106/11). Für eine analoge Abrechnung weiterer Gebührennummern (zum Beispiel Nummern 2120 oder 2150) liegen die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht vor (Urteil des VG Dresden vom 17. Februar 2025, 11 K 1079/23).
- 4.5.10.2.11 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 Glattflächenversiegelung nach der Nummer 2000 ist die Nummer 2197 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) nicht beihilfefähig (vergleiche BVerwG, Urteil vom 5. März 2021, 5 C 11/19, OVG Bautzen, Urteile vom 24. August 2018, 2 A 887/16 und 5. Juli 2019, 2 A 301/17), da deren Leistungsinhalt eine „Klebebefestigung“ umfasst (vergleiche Nummer 4.5.9.1.1). Die Nummer 6100 umfasst als Leistung die Eingliederung eines Klebebrackets. Der Begriff „Klebebracket“ setzt zwingend voraus, dass das Bracket „geklebt“ wird. Auch wenn in der Gebührenordnung für Zahnärzte von „Klebebrackets“ und nicht von „adhäsiv befestigten Brackets“ die Rede ist, muss aufgrund der Synonymie beider Begriffe davon ausgegangen werden, dass § 4 Absatz 2 Satz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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. Schon das Befestigen bei Verwendung von Kompositklebern stellt einen methodisch notwendigen Bestandteil für Leistungen nach Nummer 6100 dar und ist nicht gesondert beihilfefähig. Zudem ist aufgrund des geringeren Aufwandes eine Vergleichbarkeit mit einer Leistung nach Nummer 2197 nicht gegeben (hierzu OVG Bautzen, Urteil vom 5. Juli 2019, 2 A 301/17, AG Burgdorf, Urteil vom 20. Januar 2014, 13 C 338/13 und AG Nürnberg, Urteil vom 21. April 2015, 12 C 7440/14).
- d) Die Leistung nach Nummer 2197 ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Leistung nach Nummer 2440 zusätzlich beihilfefähig.

- 4.5.10.2.12 Zu Nummern 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 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 handelt.
- 4.5.10.2.13 Zu Nummer 2390
Die Leistung nach Nummer 2390 ist nur als selbständige Leistung beihilfefähig (zum Beispiel im Rahmen einer Notfallbehandlung). Als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 2360, 2410 und 2440 ist sie nicht beihilfefähig.
- 4.5.10.2.14 Zu Nummer 2420
Die Leistung nach Nummer 2420 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 nicht beihilfefähig.
- 4.5.10.2.15 Zu Nummer 3050
Die Nummer 3050 ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie gegebenenfalls als selbständige 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 ist dann nicht gesondert beihilfefähig. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte geöffnet sind.
- 4.5.10.2.16 Zu Nummer 3070
Eine Beihilfefähigkeit der Leistung ist nur als selbständige 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.
- 4.5.10.2.17 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 kann jedoch grundsätzlich neben anderen operativen Leistungen beihilfefähig sein.
- 4.5.10.2.18 Zu Nummer 3230
Neben Extraktionen ist diese Leistung dann gesondert beihilfefähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wurde und es sich insofern um eine selbständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.

- 4.5.10.2.19 Zu Nummer 3290
Die Leistung ist neben anderen Leistungen beihilfefähig, wenn diese nicht als unselbständige Teilleistung einer in der gleichen Sitzung anfallenden anderen, umfassenderen Leistung anzusehen ist.
- 4.5.10.2.20 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 Parodontaldiagnostik 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.
- 4.5.10.2.21 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.
- 4.5.10.2.22 Zu Nummer 4025
Die Leistung kann je Zahn und Sitzung nur einmal berücksichtigt werden.
- 4.5.10.2.23 Zu Nummer 4110
Die Leistung ist neben der Leistung nach Nummer 4138, 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 können auch im Rahmen von chirurgischen Behandlungen indiziert sein.
- 4.5.10.2.24 Zu Nummer 5170
Aufwendungen für eine Gebühr nach Nummer 5170 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 abgegolten (vergleiche 3. Berechnungsbestimmung nach Nummer 2220).
- 4.5.10.2.25 Zu Nummer 5210
Im Falle einer sattelfreien, rein parodontal abgestützten teleskopierenden Brücke – im Gegensatz zu einer Teleskopprothese – sind die Aufwendungen für die Nummer 5210 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte nicht zusätzlich zu den Nummern 5040 und 5070 beihilfefähig.
- 4.5.10.2.26 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 neben den Gebühren nach den Nummern 6100, 6120, 6140 oder 6150 nicht beihilfefähig (vergleiche § 14 Absatz 1 Satz 1 und Nummer 14.1.3). Die üblichen Materialien (Standardmaterialien) sind nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G mit diesen Gebühren abgegolten.
- 4.5.10.2.27 Zu Nummern 6100 und 6140
Maßnahmen zur Retention (dazu werden Lingualretainer eingesetzt) sind bereits in den Nummern 6030 bis 6080 berücksichtigt. Zusätzliche Aufwendungen in analoger Anwendung der Nummern 6100 und 6140 sind nicht beihilfefähig (BVerwG, Urteil vom 26. Februar 2021, 5 C 7/19).
- 4.5.10.2.28 Zu Nummer 6130
Die Aufwendungen für die Entfernung eines Bogens oder Teilbogens sind analog nach der Nummer 6130 beihilfefähig; der Ansatz der Nummer 2702 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte analog oder Nummer 2290 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte (hierzu OVG Münster, Urteil vom 23. November 2018, 1 A 2596/16) ist dagegen nicht angemessen.
- 4.5.10.2.29 Zu Nummer 7000
Leistungen aus Abschnitt H 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.
- 4.5.10.2.30 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 erforderlich.

- b) Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170), mit Kronen (Nummern 2200 bis 2220), mit Brücken (Nummern 5000 bis 5040) und mit Prothesen (Nummern 5200 bis 5230) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen hinter den Nummern 2220, 5040 und 5230 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. gehören bei kieferorthopädischen Behandlung zum Leistungsumfang; sie sind nicht gesondert beihilfefähig (VG Gelsenkirchen, Urteil vom 10. November 2006, 3 K 2335/05).

4.5.10.2.31 Zu Nummern 9100, 9110, 9120, 9090

Neben der Nummer 9100 ist die Nummer 9090 nicht beihilfefähig. Neben den Nummern 9110, 9120 ist die Nummer 9090 dann beihilfefähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarkamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. Wird neben den Nummern 9110, 9120 die Nummer 9100 in Ansatz gebracht, ist eine Beihilfefähigkeit der Nummer 9090 in derselben Kieferhälfte nicht gegeben.

4.5.10.2.32 Zu Nummer 9140

Die extraorale Entnahme von Knochen, zum Beispiel aus dem Beckenkamm oder der Schädelkalotte, ist im Gegensatz zur intraoralen Entnahme von Knochen (Nummer 9040) im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Die intraorale Einbringung von Knochenmaterial ist im Rahmen der Gebühren für die Leistung nach Nummer 9100 und gegebenenfalls Nummer 9150 beihilfefähig.

4.5.10.2.33 Analogabrechnung gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte

- a) Wurzelamputation
Die Entfernung einer oder mehrerer Wurzeln eines mehrwurzeligen Zahnes (Wurzelamputation) unter Belassung der klinischen oder prothetischen Krone stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet. Angemessen sind insbesondere – je nach Aufwand – Aufwendungen für die Gebühren nach den Nummern 3110, 3120 oder 3130.
- b) „Table Tops“
„Table Tops“ als langzeitprovisorische Maßnahme im indirekten Verfahren (laborgefertigt) stellen eine selbstständige Leistung dar und werden gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet. Angemessen sind insbesondere Aufwendungen nach Nummer 7080. Im Falle einer adhäsiven Befestigung sind zusätzlich Aufwendungen nach Nummer 2197 beihilfefähig.
- c) „Table Tops“ als definitive Maßnahme sind als Oberbegriff für die Versorgung von verlorengegangenen Funktionsflächen als Folge einer Fehlfunktion der Okklusion und Artikulation zu verstehen. Entsprechend des Defektes unterscheiden sich die Table Tops in ihrer Ausdehnung voneinander. Dementsprechend richtet sich die Beihilfefähigkeit der analog abgerechneten Aufwendungen nach der konkreten Ausdehnung der verlorengegangenen Funktionsflächen. Table Tops sind nur beihilfefähig, wenn alle notwendigen Schritte einer Funktionsdiagnostik/-therapie durchgeführt worden sind (zum Beispiel Schienentherapie).
- d) Das Umarbeiten einer definitiven Krone oder Brücke zu einem Provisorium sowie die Wiederbefestigung der definitiven Krone oder Brücke zum provisorischen Verbleib sind im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben. Die Leistung wird gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet. Angemessen sind die Aufwendungen insbesondere – je nach Aufwand – für die Nummern 2260, 2270 oder 5120 je Zahn beziehungsweise Brückenpfeiler. Das Wiedereingliedern dieses Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Analoggebühr abgegolten und nicht gesondert beihilfefähig.

4.5.10.3 Sonstige Hinweise

- 4.5.10.3.1 Aufwendungen für den Ansatz der Nummern 15, 30, 31 und 34 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind in Zusammenhang mit zahnärztlichen Maßnahmen grundsätzlich nicht beihilfefähig.

- 4.5.10.3.2 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 Nummer 5370 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte als beihilfefähig anerkannt werden; die Zuschlagsposition Nummer 5377 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte ist grundsätzlich nicht beihilfefähig (so auch VG Dresden, Urteil vom 17. Februar 2025, 11 K 1079/23).
- 4.5.10.3.3 Im Übrigen wird auf die Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur Gebührenordnung für Zahnärzte hingewiesen, das unter Beteiligung von Vertretern der Beihilfe Auslegungsfragen der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 Fünften Buch Sozialgesetzbuch, von Unternehmen privater Krankenversicherungen oder anderen Kostenträgern mit Leistungserbringern setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf die vertragliche Vereinbarung Bezug genommen wird. Kostenträger sind beispielsweise auch der Bund, die Länder, die Postbeamtenkrankenkasse oder die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Rechnungen bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden. Beispiele sind:
- Vergütungsvereinbarungen des PKV-Verbandes mit Cyberknife-Zentren (umfasst auch das Verfahren ZAP-X),
 - Kooperationsvereinbarung des PKV-Verbandes mit der Tele-Arzt-GmbH,
 - Rahmenvereinbarung des PKV-Verbandes mit dem Universitätsklinikum Köln und Kooperationspartnern über die Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie bei Lungenkrebs im Netzwerk Genomische Medizin (NGM),
 - Rahmenvereinbarung des PKV-Verbandes mit der LMU München über die Erbringung einer hochpräzisen MR-geführten Strahlentherapie mit MR-Linac,
 - Innovationspartnerschaft des PKV-Verbandes mit der Cepheid GmbH über den Einsatz des Testsystems GeneXpert® zur Schnelltestung von Infektionskrankheiten vor Ort in der Arztpraxis,
 - Innovationspartnerschaft des PKV-Verbandes mit der nal van minden GmbH über den Einsatz des molekulardiagnostischen Testsystems NADAL® PCR Analyzer® zum molekularen Einzelnachweis einer viralen Erreger-RNA oder -DNA vor Ort in der Arztpraxis,
 - Innovationspartnerschaft des PKV-Verbandes mit der Bosch Healthcare Solutions GmbH über den Einsatz des molekulardiagnostischen Testsystems Vivalytic® zum molekularen Einzelnachweis eines viralen oder bakteriellen Erregers durch ein patientennahes Real-Time-PCR und CE-zertifiziertes Point-of-Care-System vor Ort in der Arztpraxis,
 - PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarungen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (siehe auch Nummer 8.6).

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 Absatz 3b Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 75 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 „Herzensangelegenheiten“) handelt. Rein vorbeugende Maßnahmen (zum Beispiel wegen kritischer 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 Absatz 2, § 37 Absatz 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 Absatz 7), sind die bei einzelnen Paragraphen (zum Beispiel § 20 Absatz 5, § 32 Absatz 4, § 33 Absatz 2, § 35 Absatz 5, § 38 Absatz 4, § 44 Absatz 5) genannten Sonderregelungen zu beachten. Ein Kaufkraftausgleich wird nicht berücksichtigt. Der dienstliche Wohnsitz bestimmt sich nach § 64 Absatz 1 Satz 2 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** in Verbindung mit § 15 des Bundesbesoldungsgesetzes.

4.8 Zu Absatz 8

- 4.8.1 Das Staatsministerium der Finanzen gibt die vorübergehenden Änderungen einschließlich deren Geltungsdauer bekannt.
- 4.8.2 Der Ausschluss von Aufwendungen gemäß § 80 Absatz 5 Satz 1 des **Sächsischen Beamtenengesetzes** für Life-Style-Mittel und Mittel, die der allgemeinen Lebenshaltung dienen, ist auch dann nicht unangemessen, wenn diese im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung als erstattungsfähig ausgewiesen sind. Kann durch die Festsetzungsstelle im Einzelfall eine Zuordnung der beantragten Aufwendungen zu § 80 Absatz 5 Satz 1 des **Sächsischen Beamtenengesetzes** nicht eindeutig vorgenommen werden, kann eine Entscheidung im Einvernehmen mit dem Sächsischen Staatsministerium der Finanzen herbeigeführt werden.

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 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 des **Sächsischen Beamtenengesetzes** auf den Dienstherrn übergeht, sind die damit zusammenhängenden Aufwendungen beihilfefähig.

5.2 Zu Absatz 2

- 5.2.1 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 Absatz 3

Satz 2 die Möglichkeit eröffnet, Fahrtkosten zu erstatten. Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

- 5.2.2 Fahrtkosten für genehmigte stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (§ 7 Absatz 2, § 38 Absatz 4) oder Kuraufenthalte am Toten Meer (§ 39 Absatz 5) sind nach den dortigen Spezialvorschriften beihilfefähig.

5.3 Zu Absatz 3

- 5.3.1 Der Beihilfeberechtigte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen können ihr Sicherungssystem (Gesetzliche Krankenversicherung [GKV] oder Private Krankenversicherung [PKV] und Beihilfe) frei wählen. Ist der Beihilfeberechtigte beihilfekonform in der PKV versichert oder ist er heilfürsorgeberechtigt, können die berücksichtigungsfähigen Kinder unabhängig vom Versicherungsstatus des anderen Elternteils beihilfekonform in der PKV versichert werden. Für deren Aufwendungen wird Beihilfe zum Bemessungssatz gewährt. Die Kinder müssen nicht zwangsläufig Leistungen aus einer gegebenenfalls bestehenden Familienversicherung des Ehepartners bei der GKV in Anspruch nehmen. Besteht jedoch keine beihilfekonforme Versicherung für die Kinder bei der PKV und nehmen diese die Sachleistungen der GKV in Anspruch oder ist der Beihilfeberechtigte selbst in der GKV versichert, kann für die Aufwendungen der Kinder nur für die in § 80 Absatz 5 des **Sächsischen Beamtengesetzes** genannten Leistungsarten (Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus) Beihilfe gewährt werden.

- 5.3.2 Zahnersatz ist für Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen nach den Maßgaben der §§ 10 bis 14 und § 57 Absatz 9 beihilfefähig. Zur Versorgung mit Zahnersatz gehören insbesondere prothetische Leistungen, implantologische Leistungen gegebenenfalls mit Knochenaufbau, Interimszahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und Kronen. Bei Zahnersatz auf Implantaten kann beispielsweise zu den implantologischen Leistungen und den darauf aufbauenden Suprakonstruktionen (Krone, Brücke, Prothese) Beihilfe gewährt werden. Nicht beihilfefähig sind demgegenüber Aufwendungen für die in Satz 1 und 2 genannten Leistungen, wenn diese außerhalb der Versorgung mit Zahnersatz erbracht werden, oder für andere Leistungen, zum Beispiel kieferorthopädische Behandlungen gesetzlich Krankenversicherter, selbst wenn keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hierzu erfolgen (VGH München, Beschluss vom 26. Mai 2011, 14 BV 09.3028).

- 5.3.3 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.

- 5.3.4 Pflegeleistungen nach Abschnitt 6 sind von dem Sachleistungsverweis ebenso wenig erfasst wie die Geburtspauschale nach § 44 Absatz 4 (vergleiche Nummer 44.4.4).

5.4 Zu Absatz 4

- 5.4.1 Ein Ausschluss nach § 5 geht § 4 Absatz 3 Satz 2 vor. Nach § 5 ausgeschlossene Aufwendungen können daher nicht ausnahmsweise über die Härtefallklausel des § 4 Absatz 3 Satz 2 beihilfefähig sein.

6 Zu § 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

6.1 Zu Absatz 1

- 6.1.1 § 6 Absatz 1 ist Ausfluss des in § 80 Absatz 1 Satz 1 des **Sächsischen Beamtengesetzes** 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 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes** eine ergänzende Beihilfegewährung zu Leistungen aus anderen Sicherungssystemen zu, wobei diese nach § 80 Absatz 5 Satz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes** lediglich hinsichtlich gesetzlich Krankenversicherter auf die dort genannten vier Leistungsarten „beschränkt“ sind.

- 6.1.2 Zu den vorrangigen Leistungen nach § 6 Absatz 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 auf soziale Entschädigung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch 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 Absatz 1 des Beamtenstatutes EU). Die Beihilfe hat außerdem Vorrang vor den Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (§ 2 Absatz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch), auch wenn nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Absatz 1 des Pflichtversicherungsgesetzes. Ebenso gehen Leistungen der Beihilfe einem Anspruch auf Kostenübernahme gegenüber vom Dienstherrn veranlassten Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Dienstunfähigkeit nach § 52 Absatz 5 des **Sächsischen Beamtengesetzes** vor (vergleiche hierzu auch VGH München, Beschluss vom 14. November 2014, 14 C 12.2695).
- 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 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 6 Absatz 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.
- 6.1.5 Erstattungsleistungen können zum Beispiel auch aufgrund von Vorschriften, die auf Vorschriften des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch Bezug nehmen (zum Beispiel § 4 des Häftlingshilfegesetzes) bestehen.
- 6.1.6 Die Leistung einer die Beihilfe ergänzenden privaten Krankenversicherung ist keine anrechenbare vorrangige Erstattungsleistung im Sinne dieser Vorschrift.
- 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 60 Prozent der jeweiligen Regelversorgung. Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann sich der Festzuschuss maximal auf 75 Prozent erhöhen. Der maximal zu erreichende Festzuschuss der jeweiligen Regelversorgung 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 Absatz 3 bezieht sich auf die in Absatz 1 genannten Erstattungs- und Sachleistungen. Die Höhe der auf den beihilfefähigen Betrag anzurechnenden Erstattungsleistung ergibt sich aus der Differenz zwischen der gegenüber dem Dritten dem Grunde nach zustehenden Anspruchshöhe und etwaiger Eigenbeteiligungen.
- 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 Absatz 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 Absatz 1 der Konsolidierten Fassung des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) (ABl. C 115 vom 9.5.2008, S. 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 die übrigen Mitglieder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) Island, Liechtenstein und Norwegen sowie für lediglich mit der EU assoziierte Länder und Hoheitsgebiete im Sinne des Anhangs II zum AEUV (zum Beispiel Grönland, Französisch-Polynesien, Aruba, Curaçao) und sonstige besondere Gebiete (zum Beispiel Färöer – Artikel 355 Absatz 5 AEUV) beurteilt sich die Beihilfefähigkeit nach Absatz 2. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die ab dem 1. Januar 2021 im Vereinigten Königreich und Nordirland entstanden sind, ist ebenfalls nach Absatz 2 zu beurteilen.

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 richten sich nach §§ 37, 38 Absatz 3 für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Bei einer Krankenhausbehandlung entfällt die Vergleichsberechnung nach § 20 Absatz 2. Fahrtkosten sind ebenfalls nur bis zu der Höhe wie im Inland beihilfefähig, bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme somit bis maximal 230 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 Hemodialysepatient 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)

7a Zu § 7a Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland

7a.0.1 Entsprechend § 34 Absatz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ruht der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, wenn sich der Versicherte im Ausland aufhält. Die Geldleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) werden bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr weiter gewährt. Die Pflegesachleistungen werden für diesen Zeitraum nur weiter gewährt, wenn die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet.

7a.0.2 Die Pflegeleistungen ruhen deshalb spätestens ab dem 43. Tag des Auslandsaufenthalts. Dies gilt nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz länger als sechs Wochen aufhalten; hier ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht (§ 34 Absatz 1a des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

7a.0.3 Zwar sind die Leistungen der Pflegeversicherung im Ausland begrenzt, dennoch gebietet die besondere Fürsorgepflicht des Dienstherrn, dass Beihilfe auch für Pflegeaufwendungen im Ausland gewährt wird. Für die Beihilfegewährung ist es also grundsätzlich unerheblich, ob die Aufwendungen im In- oder Ausland entstehen. § 7a enthält daher spezielle Regelungen, um mit der Gewährung von Beihilfe unter Berücksichtigung der Besonderheiten bei Pflegeaufwendungen der Fürsorgepflicht gerecht zu werden, gleichzeitig aber Mehrbelastungen der Beihilfe auszuschließen, die sich aus dem Auslandsaufenthalt eines pflegebedürftigen Beihilfeberechtigten oder Angehörigen ergeben.

7a.1 Zu Absatz 1

7a.1.1 Der Personenkreis des § 4 Absatz 7 (beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen) wird mit Absatz 1 privilegiert, in dem grundsätzlich alle Aufwendungen des Abschnittes 6 ohne Einschränkungen gewährt werden können.

- 7a.1.2 Sich daraus ergebende Mehrleistungen des Dienstherrn mit der Beihilfe sind aufgrund der dienstlichen Notwendigkeit des Auslandsaufenthaltes gerechtfertigt (zum Beispiel Gewährung der vollen Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2, wenn kein Pflegegeld durch die Pflegeversicherung gewährt wird). Im Ergebnis wird die beihilfeberechtigte Person im Ausland damit dem im Inland verbliebenen Beamten gleichgestellt.
- 7a.1.3 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 49b werden allerdings auch bei Beamten im Ausland nur gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Leistungen erbringt (Absatz 6). Die Absätze 3 bis 5, 7 und 8 finden hingegen keine Anwendung.
- 7a.2 Zu Absatz 2** (bleibt frei)
- 7a.3 Zu Absatz 3**
- 7a.3.1 Die Beihilfe steht nicht für fehlende Leistungen der Pflegeversicherung ein. Bei der Festsetzung der Beihilfe ist zu unterstellen, dass die Pflegeversicherung entsprechend geleistet hätte. Aufgrund des besonderen Ausschlusses findet die Härtefallregelung des § 4 Absatz 3 keine Anwendung. Da der Auslandsaufenthalt auf Freiwilligkeit beruht und bei Nichtausreichen der Leistungen der Beihilfe und gegebenenfalls der Pflegeversicherung auch eine Rückkehr ins Inland jederzeit möglich ist, besteht hierfür keine besondere Notwendigkeit.
- 7a.4 Zu Absatz 4**
- 7a.4.1 Bei fehlender oder geringerer Pflegegeldleistung durch die Pflegeversicherung wird die Pauschalbeihilfe nicht in voller Höhe gewährt, sondern auf den sich nach Anwendung des Bemessungssatzes nach § 57 ergebenden Betrag begrenzt.
- 7a.4.2 Besteht keine Pflegeversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitz außerhalb der Europäischen Union), gilt § 49 Absatz 2 Satz 5, wonach die Pauschalbeihilfe zur Hälfte gewährt wird.
- 7a.5 Zu Absatz 5**
- 7a.5.1 Der pauschale Zuschlag nach § 49a Absatz 1 ist nur beihilfefähig, wenn für mindestens zwei weitere Mitbewohner in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 durch eine private oder soziale Pflegeversicherung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland festgestellt wurde. Eine ärztliche Bescheinigung oder Feststellung eines Arztes oder einer ausländischen Pflegeversicherung reicht nicht aus.
- 7a.5.2 § 49a Absatz 2 findet keine Anwendung, da hierfür anteilige Zuschüsse der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erforderlich wären, so dass eine Beihilfegewährung ohnehin ausgeschlossen ist, wenn eine solche Leistung durch die Pflegeversicherung im Ausland nicht erbracht wird.
- 7a.6 Zu Absatz 6**
- 7a.6.1 Es ist davon auszugehen, dass eine Pflicht zur Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen bei Pflege im Ausland grundsätzlich nicht besteht. So setzt hinsichtlich der Rentenversicherungspflicht beispielsweise § 3 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (Versicherungspflicht von Pflegepersonen) beziehungsweise § 3 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (Versicherungspflicht bei Pflegeunterstützungsgeld) Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung voraus. Werden diese nicht erbracht, besteht auch keine Leistungspflicht der Beihilfe. Dies gilt ebenso im Bereich der Arbeitslosenversicherung bei Pflegepersonen (§ 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).
- 7a.6.2 Wird Pflegeunterstützungsgeld gewährt, entsteht unmittelbar eine Beitragspflicht für die Beihilfe (§ 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Pflegeunterstützungsgeld wird jedoch nur gewährt, wenn die Pflegeversicherung entsprechend anteilig leistet. Ist dies nicht der Fall, ist ohnehin davon auszugehen, dass kein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht.
- 7a.6.3 Absatz 6 gilt auch für beihilfeberechtigte Personen im Ausland.
- 7a.7 Zu Absatz 7**
- 7a.7.1 Nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Sinne des § 54 Absatz 1 Satz 2 sind ausnahmsweise auch dann beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung keine anteiligen Zuschüsse zahlt. Sie sind nur beihilfefähig, wenn sie im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkret zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung empfohlen werden und sind somit als notwendig im Sinne des § 4 Absatz 3 anzusehen. Die Prüfung der Angemessenheit erfolgt in diesen Fällen ausschließlich durch die Festsetzungsstelle, die sonst bei einer Leistung der Pflegeversicherung grundsätzlich nicht notwendig wäre. Hierbei hat die Festsetzungsstelle einen strengen Maßstab anzuwenden. Angemessen sind Kosten in diesem Sinne nur, wenn sie insgesamt nicht höher sind, als wenn das Pflegehilfsmittel innerhalb der Bundesrepublik Deutschland beschafft worden wäre.
- 7a.8 Zu Absatz 8**
- 7a.8.1 Eine Beihilfegewährung nach § 55 Absatz 4 (Anerkennungsbeträge) an eine vollstationäre

Einrichtung im Ausland ist ausgeschlossen, auch wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne von § 48 Absatz 1 ist. Eine Leistungspflicht der privaten oder sozialen Pflegeversicherung besteht ebenfalls nicht.

- 7a.8.2 Die Regelung des § 55 Absatz 5 gilt nur eingeschränkt für Aufwendungen bei vollstationärer Pflege im Ausland. Die Höhe der gesamten beihilfefähigen Aufwendungen wird auf die anteiligen Kosten einer Krankenpflegekraft beschränkt (vergleiche § 49 Absatz 5). In die Höchstgrenze sind die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2 und 3 in voller Höhe einzubeziehen. Auf eine tatsächliche anteilige Leistungsgewährung durch die Pflegeversicherung kommt es nicht an. Darüber hinaus sind die von § 55 Absatz 5 erfassten Aufwendungen nur in Höhe der Differenz zwischen den anteiligen Kosten einer Krankenpflegekraft und den beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2 und 3 beihilfefähig. Leistungszuschläge nach § 55 Absatz 2 (§ 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind nicht beihilfefähig (vergleiche hierzu Nummer 55.2.8) und daher nicht von den verbleibenden Aufwendungen abzuziehen.
- 7a.8.3 Bei Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2 und 3 findet der individuelle Bemessungssatz nach § 57 Anwendung. Im Falle von verbleibenden Aufwendungen im Sinne des § 55 Absatz 5 gilt der Bemessungssatz von 100 Prozent (§ 57 Absatz 10).
- 7a.8.4 Der Verbleib in einer vollstationären Einrichtung im Ausland obliegt mit allen Konsequenzen (Einsatz eigener finanzieller Mittel) der Eigenverantwortlichkeit des Pflegebedürftigen. Auch wird der gegebenenfalls fehlende Leistungsanteil der privaten oder sozialen Pflegeversicherung (§ 55 Absatz 1, § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) durch die Beihilfe nicht kompensiert. Soweit die eigenen Mittel hierfür nicht ausreichen, kann auch eine Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung im Inland erfolgen, zu der im Rahmen des § 55 Beihilfe gewährt werden kann.
- 8 Zu § 8 Ärztliche Leistungen**
- 8.1 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. Eine Untersuchung dient der Krankheitsbehandlung im beihilferechtlichen Sinne, wenn sie aus Anlass eines auf konkrete Anhaltspunkte gestützten Krankheitsverdachts erfolgt und die Möglichkeit besteht, dass infolge des Untersuchungsergebnisses eine bestimmte Behandlung erfolgt. Der Beihilfefähigkeit steht die Möglichkeit, dass die Untersuchung zu dem Ergebnis führt, dass keine oder eine nicht behandelbare Krankheit vorliegt, nicht entgegen (OVG Bremen, Beschluss vom 12. September 2023, 2 LA 40/23, Rn. 29 zu humangenetischen Untersuchungen; hierzu auch Nummer 4.4.7). Nur wenn feststeht, dass bei jedem in Betracht zu ziehenden Ausgang der Untersuchung ohnehin keine Behandlung oder keine andere Behandlung als bisher stattfinden wird, dient die Untersuchung nicht mehr der Krankheitsbehandlung im beihilferechtlichen Sinne (vergleiche VGH Mannheim, Urteil vom 20. Juli 2021, 2 S 872/20, Rn. 38 zur nicht behandlungsbedürftigen oder behandelbaren symptomlosen balancierten Translokations-Trisomie). Handelt es sich um eine Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchung, 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 (§ 71 Absatz 1 und 2 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#)),
 - bei Freistellung vom Dienst zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines berücksichtigungsfähigen erkrankten Kindes (§ 12 Absatz 2 Satz 1 der [Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung](#)),
 - bei Freistellung vom Dienst zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines berücksichtigungsfähigen schwer erkrankten Angehörigen (§ 12 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa der [Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung](#)).
- 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 Absatz 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 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die hierzu auf die Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte verweist, oder nach den Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfeträgern von Bund und Ländern zur Erbringung neuer

psychotherapeutischer Leistungen berechnungsfähig sind.

- 8.6 Durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurde zum 1. Januar 2024 die sektorengleiche Vergütung (sogenannte Hybrid-DRG), die auf der Vorschrift des § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht, eingeführt. Es handelt sich dabei um bestimmte operative Leistungen, die vormals in der Regel (kurz-)stationär erbracht wurden und nun primär ambulant durchgeführt werden sollen, wobei bei entsprechender medizinischer oder sozialer Indikation auch weiterhin eine Behandlung mit anschließender Übernachtung im Krankenhaus zulässig ist; dann handelt es sich um eine stationäre Krankenhausbehandlung, deren Beihilfefähigkeit sich nach § 20 richtet. Zur Erbringung spezieller sektorengleicher Leistungen berechtigt sind neben Krankenhäusern insbesondere ambulante Operationszentren, Praxiskliniken, medizinische Versorgungszentren sowie die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen zusammenwirkenden Ärzte. Die Umsetzung dieser speziellen sektorengleichen Leistungen erfolgte zunächst durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung zum 1. Januar 2024 mit einem Startkatalog von Leistungen sowie den für diese Leistungen abrechnungsfähigen Fallpauschalen (Hybrid-DRG). Im Jahr 2024 schlossen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstmals eine Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung ab. In Anlage 1 (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) dieser Vereinbarung sind die zulässigen Leistungen, die über Hybrid-DRG vergütet werden, abgebildet. Anlage 2 dieser Vereinbarung beinhaltet die leistungsbezogene spezielle sektorengleiche Vergütung für diese Leistungen in Form von Fallpauschalen. Die Hybrid-DRG-Vereinbarung soll jährlich abgeschlossen werden. Über die abgeschlossenen PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarungen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (erstmalig vom 6. Februar 2024) gilt die jeweilige Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung mit ihren Anlagen auch im Bereich der privaten Krankenversicherung. Aufwendungen für Leistungen, die danach abgerechnet werden, sind beihilfefähig.

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 Absatz 3 handelt. Beispielsweise sind Aufwendungen einer klassischen Eigenblutbehandlung grundsätzlich beihilfefähig. Dies trifft jedoch nicht auf Aufwendungen einer modifizierten Eigenblutbehandlung zu, da diese Behandlungsmethode nach Großbuchstabe M Buchstabe b der Anlage 1 zu § 4 Absatz 4 Satz 2 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. Das Bundesverwaltungsgericht hat (in drei Urteilen vom 15. Juni 2023, 3 C 3/22, 3 C 4/22, 3 C 5/22) entschieden, dass die Eigenblutproduktion im Wege der Mischung mit einem Sauerstoff-Ozon-Gemisch oder mit homöopathischen Fertigarzneimitteln nicht von Heilpraktikern durchgeführt werden darf, da die auf diesem Weg erfolgte Eigenblutproduktion nicht homöopathisch im Sinne des § 28 des Transfusionsgesetzes ist und folglich dem Arztvorbehalt des § 7 Absatz 2 des Transfusionsgesetzes unterfällt; entsprechende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig. Kann nach Anlage 2 zu § 9 eine Leistung an verschiedenen Gelenken oder Körperteilen (zum Beispiel in Nummer 35.3) erbracht werden, ist der Höchstbetrag grundsätzlich für jedes Gelenk oder Körperteil in einer Sitzung beihilfefähig.
- 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 der Gebührenordnung für Ärzte selbständig 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 zu § 26 Absatz 2 als beihilfefähig anzuerkennen. Erfolgt die Behandlung aufgrund eigener Diagnosestellung, sind die für Heilpraktiker geltenden Regelungen anzuwenden (vergleiche Anlage 2 zu § 9).

10 Zu § 10 Zahnärztliche Leistungen

10.1 Bei implantologischen Leistungen nach § 11 Absatz 2 sowie funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen ist zur Prüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen die Angabe der Diagnose auf den Belegen erforderlich. Die Vorlage einer Dokumentation der klinischen Funktionsanalyse nach Nummer 8000 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte ist bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen nicht zwingend erforderlich.

10.2 Nach § 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde sind die Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, also Diagnose und Therapie einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz dem Zahnarzt übertragen und diesem vorbehalten. Eine Übertragung zahnärztlicher Leistungen, insbesondere des intraoralen Scannens, des Eingliederns von Zahnersatz oder intraoraler manipulativer Tätigkeiten am Patienten oder der Zahntechnik und Ähnliches an Zahntechniker ist ein Verstoß gegen die Bestimmungen des Zahnheilkundegesetzes und nicht zulässig. Aufwendungen von Zahntechnikern für Leistungen, die durch Zahnärzte zu erbringen sind, sind nicht beihilfefähig.

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 Gebührenordnung für Zahnärzte auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (zum Beispiel Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Ärzte 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 Mannheim, 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 Mannheim, Urteil vom 15. März 2012, 2 S 2542/11).

11.1.4 Die Regelung des Satzes 3 kommt bei Aufwendungen für Implantate nur dann zum Tragen, wenn im gleichen Behandlungszeitraum mindestens ein beihilfefähiges und ein nicht beihilfefähiges Implantat eingesetzt wurden. Sind bereits zwei Implantate in der jeweiligen Kieferhälfte vorhanden, für die Beihilfe oder eine andere Kostenerstattung aus öffentlichen Mitteln gewährt wurde, kann für ein drittes Implantat eine Beihilfe nicht mehr gewährt werden.

11.1.5 Aufwendungen für den Austausch von Implantaten oder Sekundärteilen sind beihilfefähig, soweit die für das Einsetzen von Implantaten genannten Voraussetzungen vorliegen. Sind mehr als zwei Implantate in einer Kieferhälfte vorhanden, ist eine Minderung der Beihilfe nach Satz 3 durchzuführen, unabhängig davon, an welchem Implantat der Austausch erfolgt ist. Bei drei vorhandenen Implantaten in einer Kieferhälfte sind die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen demzufolge um ein Drittel zu mindern.

11.1.6 Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind unabhängig von den für Implantate genannten Voraussetzungen nach § 10 beihilfefähig.

11.1.7 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. Die Ausnahmeindikationen sind eng zu interpretieren. Liegt eine der genannten Indikationen vor, sind Implantate in der medizinisch notwendigen Anzahl beihilfefähig. Gleiches gilt für den Austausch von Sekundärteilen.

11.2.2 Für die Feststellung der Indikationen kann die Festsetzungsstelle ein geeignetes Formblatt zur Verfügung stellen. Bei nicht eindeutigen Sachverhalten ist ein unabhängiges Gutachten, das nicht vom behandelnden Zahnarzt erstellt wurde, einzuholen.

12 Zu § 12 Kieferorthopädische Leistungen**12.1 Zu Absatz 1**

12.1.1 Kieferorthopädische Behandlungen beginnen im Regelfall ab Beginn der zweiten Phase des

- Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss). Im Einzelfall können auch frühere Behandlungen notwendig sein. Auf Absatz 3 und Nummer 12.3 wird hingewiesen.
- 12.1.2 Der beihilfefähige Höchstbetrag umfasst sämtliche in einem Behandlungszeitraum von bis zu 4 Jahren erbrachten Leistungen des Kieferorthopäden einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten einschließlich der Maßnahmen einer weiterführenden Retention. Eingeschlossen sind auch Nebenleistungen, wie beispielsweise eine professionelle Zahnreinigung vor dem Befestigen der Brackets oder Zahnversiegelungen. Aufwendungen, die über 7 000 Euro hinausgehen, sind nicht beihilfefähig. Bei einer Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung ist spätestens vier Wochen vor Beginn des Verlängerungszeitraumes (ab dem Tag des Eingangs bei der Festsetzungsstelle) zwingend ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig vorgelegt, sind über den Höchstbetrag nach Satz 1 hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Eine nachträgliche Anerkennung höherer Aufwendungen ist nicht zulässig. Entscheidet die Festsetzungsstelle nicht innerhalb von vier Wochen über die Anerkennung des neuen Heil- und Kostenplans zur Verlängerung der kieferorthopädischen Maßnahme, sind die beantragten Aufwendungen dem Grunde nach beihilfefähig.
- 12.1.3 Wird der Festsetzungsstelle zur Genehmigung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt, müssen die Dokumentation des Befundes, die kieferorthopädischen Leistungen, die Behandlungsdauer, die Behandlungsmethode, die zum Einsatz kommenden Therapiegeräte und eine detaillierte Aufschlüsselung der zu erwartenden Material- und Laborkosten ersichtlich sein.
- 12.1.4 Beihilfe kann auf Zwischen- oder Teilrechnungen je nach Behandlungsfortschritt gewährt werden. Der jeweils beihilfefähige Betrag ist unter Anwendung des § 4 Absatz 5 durch die Festsetzungsstelle zu ermitteln. Beispielsweise sind Schwellenwertüberschreitungen nur mit entsprechender Begründung beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind im Behandlungszeitraum einmal oder in mehreren Bruchteilen, die zusammen Eins ergeben, beihilfefähig. Hat die Summe der beihilfefähigen Beträge den beihilfefähigen Höchstbetrag erreicht, ist die Gewährung von Beihilfe für den Behandlungsfall nicht mehr möglich, es sei denn, höhere Aufwendungen oder eine Verlängerung der Behandlung wurden von der Festsetzungsstelle anerkannt.
- 12.1.5 Zusätzliche Aufwendungen aufgrund einer Änderung der Therapieform (zum Beispiel Umstellung des Therapiegerätes während einer laufenden Behandlung) sind nur beihilfefähig, solange der beihilfefähige Höchstbetrag nicht überschritten wird.
- 12.1.6 Ist die kieferorthopädische Erstbehandlung (Kieferumformung einschließlich Retention) in einem Zeitraum von längstens vier Jahren nicht abgeschlossen und eine kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte) medizinisch notwendig, ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes bei der Festsetzungsstelle erforderlich. Dieser ist im letzten Monat vor Ablauf der vierjährigen Behandlung vorzulegen.
- 12.1.7 Sind nach dem Regelbehandlungszeitraum von bis zu vier Jahren (vergleiche Nummer 12.1.2 Satz 1) noch Retentionsmaßnahmen nach Nummer 6210 oder Begleitleistungen nach den Nummern 6180 bis 6230 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte medizinisch notwendig, sind diese dem Grunde nach beihilfefähig, soweit der beihilfefähige Höchstbetrag noch nicht ausgeschöpft ist.
- 12.1.8 Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6200 und 6240 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus.
- 12.1.9 Ändert sich der Versicherungsstatus des Patienten während des Behandlungszeitraumes, ist der beihilfefähige Höchstbetrag anteilig für den Behandlungszeitraum, für den eine Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit besteht, auf der Grundlage einer Gesamtbehandlungsdauer von vier Jahren zu ermitteln. Das bedeutet, dass eine bereits zwei Jahre über ein anderes Krankenfürsorgesystem (zum Beispiel GKV) durchgeführte Behandlung im Regelfall noch weitere zwei Jahre andauern kann. Der beihilfefähige Höchstbetrag beträgt für den Restzeitraum in diesem Beispiel 3 500 Euro. Bei der Ermittlung des beihilfefähigen Höchstbetrages ist es unerheblich, ob der behandelnde Kieferorthopäde nur den ausstehenden Behandlungsanteil, eine vollumfänglich neue Behandlung oder einen Wechsel der Behandlungsform (Anwendung anderer Behandlungsgeräte, zum Beispiel Wechsel von einer Zahnspange zu Invisalign-Schienen) durchführt und abrechnet. Wurden beispielsweise bei der gesetzlichen Krankenkasse 6 Behandlungsquartale vor dem Versicherungswechsel abgerechnet, sind noch Aufwendungen für 10 Behandlungsquartale beihilfefähig. Aufwendungen sind in diesem Beispiel bis zu einem Höchstbetrag von 10/16 aus 7 000 Euro, somit bis zu 4 375 Euro beihilfefähig. Die Höhe der bei der Krankenkasse geltend gemachten Quartalspauschalen (zum Beispiel Zwölftel-Anteile oder Sechzehntel-Anteile) ist nicht zu

berücksichtigen.

- 12.1.10 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.
- 12.1.11 Mit der myofunktionellen Therapie werden Fehlfunktionen der Zungen-, Lippen-, Wangen- und Kaumuskulatur behandelt, um daraus entstehende Zahn- und Kieferfehlstellungen zu verhindern. Ist die myofunktionelle Therapie Bestandteil der kieferorthopädischen Behandlung, sind die Höchstbeträge nach § 12 anzuwenden. Findet die myofunktionelle Therapie außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung statt, sind die Aufwendungen nach § 10 beihilfefähig. Im Rahmen der myofunktionellen Therapie entstehende Aufwendungen für vom Zahnarzt oder Kieferorthopäden verordnete Heilmittel (zum Beispiel gezielte Übungsbehandlungen, manuelle Therapie oder logopädische Behandlungen) sind nach § 26 in Verbindung mit der Anlage 3 im notwendigen Umfang beihilfefähig. Erbringt der Zahnarzt oder Kieferorthopäde im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung auch Leistungen einer kieferorthopädischen Abschirmtherapie (Einsatz spezieller kieferorthopädischer Geräte, zum Beispiel Mundvorhofplatten, Face Former, Zungengitter) sind diese Aufwendungen den kieferorthopädischen Leistungen zuzuordnen und im Rahmen des § 12 beihilfefähig.
- 12.1.12 Die Höchstbetragsregelungen sind nicht auf die vor Inkrafttreten der [Vierten Verordnung zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung](#) am 28. November 2020 schon begonnene oder von der Festsetzungsstelle bereits genehmigte Behandlungen anzuwenden. Diese richten sich nach der bis zum 27. November 2020 geltenden Fassung der [Sächsischen Beihilfeverordnung](#).
- 12.2 Zu Absatz 2**
- 12.2.1 Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, sind beihilfefähig, wenn die in Abschnitt B Nummer 4 und Anlage 3 der Kieferorthopädie-Richtlinien genannten Indikationen vorliegen. Die Festsetzungsstelle kann für die Dokumentation Formblätter zur Verfügung stellen.
- 12.2.2 Die Nummern 12.1.2 Satz 6 und 12.1.3 Satz 1 und 2 sind entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Zu Absatz 3**
- 12.3.1 Der beihilfefähige Höchstbetrag umfasst sämtliche im Behandlungszeitraum erbrachten Leistungen des Kieferorthopäden einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten. Die Nummern 12.1.3, 12.1.9, 12.1.11 und 12.1.12 sind entsprechend anzuwenden.
- 12.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)**
- 13 Zu § 13 (weggefallen)**
- 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 Absatz 2 Nummer 5 und 6 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte und von Auslagen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte bezieht sich nur auf Leistungen nach Satz 1. Sollten diese Aufwendungen (Praxiskosten, soweit sie im Rahmen des § 10 der Gebührenordnung für Ärzte berechnungsfähig sind) bei anderen als in Satz 1 genannten Leistungen anfallen, sind diese zu 100 Prozent beihilfefähig. Eine Versorgung mit Inlays, Zahnkronen Zahnersatz oder Suprakonstruktionen beinhaltet alle erbrachten zahnärztlichen Leistungen im Behandlungszeitraum, unabhängig davon, welcher konkreten Leistung sie zuzuordnen sind. Wurde eine der in Satz 1 genannten Leistungen erbracht, ist die Beihilfefähigkeit der Material-, Labor- und Praxiskosten im gesamten Behandlungszeitraum auf 65 Prozent begrenzt.
- 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 Gebührenordnung für Zahnärzte 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 Gebührenordnung für Zahnärzte 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 Die ambulante Psychotherapie umfasst die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, probatorische Sitzungen, die analytische Psychotherapie, die Systemische Therapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung. Hinsichtlich der Behandlungsformen und Definitionen wird auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) hingewiesen. Die analytische Psychotherapie, die Systemische Therapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie können sowohl als Kurzzeittherapie als auch als Langzeittherapie zur Anwendung kommen. Keine Psychotherapien im Sinne der §§ 16 bis 19 sind zum Beispiel ambulante Maßnahmen
- a) der Familientherapie,
 - b) der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs,
 - c) der Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
 - d) der Gestalttherapie,
 - e) der Körperbezogenen Therapie,
 - f) der Konzentrativen Bewegungstherapie,
 - g) der Logotherapie,
 - h) der Musiktherapie,
 - i) der Heileurhythmie,
 - j) des Psychodramas,
 - k) des Respiratorischen Biofeedbacks,
 - l) 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 Absatz 1 Nummer 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 Psychotherapie-Richtlinie).
- 16.2.2 Eine Einzelbehandlung ist die Behandlung einer Person, wobei auch eine Bezugsperson einbezogen werden kann. Bei einer Gruppenbehandlung werden mehrere Personen, die keinen persönlichen Bezug zueinander haben, in einer Gruppensitzung behandelt. Ein Mehrpersonensetting findet statt, wenn Patienten, die in einer persönlichen Beziehung stehen (Kernfamilie, erweiterte Familie, Lebenspartner oder Mitglieder von anderen interpersonellen Systemen) in einer Sitzung behandelt werden. Dies ist bei den beihilfefähigen psychotherapeutischen Verfahren nur im Rahmen der Systemischen Therapie möglich.
- 16.2.3 Bei Prüfung der nach Satz 2 erforderlichen Behandlungsdauer ist es ohne Belang, ob eine von der

Festsetzungsstelle anerkannte Abrechnungsempfehlung eine abweichende Rechnungsstellung zulässt. So steht beispielsweise die in Nummer 14 der Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen zum 1. Juli 2024 vorgesehene Abrechnung der Kurzzeittherapie in Einzelbehandlung bei zweimaliger Dauer von 25 Minuten pro Kalendertag anstelle der nach Satz 2 vorgesehenen 50 Minuten der Beihilfefähigkeit ebenso wenig entgegen wie eine Ausdehnung der Sitzungszahl für die kürzere Behandlungsdauer von den in § 16a Absatz 5 festgelegten 24 auf 48 Sitzungen (vergleiche auch Nummer 16a.5.1).

16.3 Zu Absatz 3

16.3.1 Eine Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz im Sinne des Satzes 2 Nummer 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.

16.4 Zu Absatz 4

16.4.1 Ist eine somatische Abklärung erforderlich, müssen Psychotherapeuten im Gutachterverfahren nach § 16a Absatz 6 Satz 2 zusätzlich zu dem Bericht an den Gutachter mit dem Formblatt 5 im Anhang 3 den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vergleiche § 1 Absatz 2 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen. Auf Nummer 16a.6.5 wird hingewiesen.

16a Zu § 16a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und psychotherapeutische Akutbehandlung

16a.1 Zu Absatz 1

16a.1.1 Die psychotherapeutische Behandlung ist je nach Behandlungserfordernis in Kurzzeit- oder Langzeittherapie beihilfefähig. Eine psychotherapeutische Behandlung kann sowohl in einem persönlichen Psychotherapeut-Patienten-Kontakt oder im Rahmen einer Videobehandlung erfolgen. Dies erfolgt in Eigenverantwortung des Behandlers. Auf die Ausnahme in Nummer 17.1.2 wird hingewiesen.

16a.2 Zu Absatz 2

16a.2.1 Probatorische Sitzungen können als Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich. Dies gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In der Systemischen Therapie können auch probatorische Sitzungen im Mehrpersonensetting stattfinden. Zur Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie in der Gruppe kann an Sitzungen der Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung teilgenommen werden.

16a.2.2 Mit Inkrafttreten der Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen zum 1. Juli 2024 wurde die psychotherapeutische Sprechstunde zur Vorbereitung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung als analoge Abrechnung nach Nummer 812 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte neu aufgenommen.

16a.2.3 Für probatorische Sitzungen und Sitzungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringer.

16a.3 Zu Absatz 3

16a.3.1 Bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung handelt es sich um eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an eine psychotherapeutische Sprechstunde, Sie soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Ziel ist es, die Fixierung oder Chronifizierung der psychischen Symptomatik zu vermeiden und die Symptomatik kurzfristig zu verbessern (vergleiche § 13 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie). Für Akutbehandlungen sieht das Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Ärzte keine eigenständige Leistungsposition vor. Mit Nummer 13 der Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen zum 1. Juli 2024 wurde die Möglichkeit der Analogabrechnung dieser Leistung nach Nummer 812 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte geschaffen. Zur Sicherstellung der Angemessenheit der Beihilfe ist dieser Betrag gemäß § 4 Absatz 8 Satz 2 der Abrechnung zugrunde zu legen und ersetzt den in der Beihilfeverordnung festgelegten beihilfefähigen Höchstbetrag von 53 Euro. Die erfolgten Sitzungen sind auf die beihilfefähige Höchstzahl an Sitzungen gegebenenfalls nachfolgender Kurz- oder Langzeittherapie anzurechnen. Dabei sind zwei Sitzungen

Akutbehandlung (Einzeltherapie, mindestens 25 Minuten) einer Sitzung (mindestens 50 Minuten) Einzelbehandlung nach einem in den §§ 17 oder 18 genannten Verfahren gleichzusetzen.

16a.4**Zu Absatz 4**

16a.4.1

Bei der Kurzzeittherapie handelt es sich um eine patienten- und problemorientierte psychotherapeutische Behandlung, die in ihrer Konzeption als schnell wirksame Psychotherapie auf eine zeitnahe Symptomreduktion, die Verbesserung der Funktionsfähigkeit, Stabilisierung und Wiederherstellung der Arbeits- beziehungsweise Schulfähigkeit sowie eine Reduktion von intrapsychischen und interpersonellen Konflikte ausgerichtet ist und – anders als eine Langzeittherapie – keine umfassende Behandlung der pathogenetischen Faktoren, die der Erkrankung zugrundeliegen, anstrebt. Das Hauptziel der Kurzzeittherapie ist es nicht, die verborgenen Motive oder tiefgreifenden Veränderungen der persönlichen Eigenschaften und der emotionalen Reaktion herauszufinden. Stattdessen soll die Kurzzeittherapie konkrete Hilfe bei der Überwindung der tatsächlichen Lebensprobleme des Patienten, einschließlich der Korrektur des gestörten Verhaltens oder Denkens und der Beseitigung schmerzhafter Symptome leisten. Ziel der Kurzzeittherapie ist das Streben nach kleinen Veränderungen, um dem Patienten bei der Lösung spezifischer Probleme zu helfen. Sie stellt sich nicht die Aufgabe, die Persönlichkeit des Patienten tiefgreifend zu verändern. Sie bedarf daher keiner vorherigen Genehmigung durch die Festsetzungsstelle. Hier liegt es in der Sorgfalt des Psychotherapeuten, die Feststellungen und Analyseergebnisse nach Satz 1 vor Behandlungsbeginn zu dokumentieren. Ist Langzeittherapie erforderlich, werden die Angaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens benötigt (vergleiche Nummer 16a.6).

16a.4.2

Bei der Systemischen Therapie kann die behandlungsbedürftige Person zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting), auch in Kombination mit Einzel- und Gruppenbehandlung, behandelt werden.

16a.5**Zu Absatz 5**

16a.5.1

Eine Kurzzeittherapie in Einzelbehandlung umfasst bis zu 24 Therapieeinheiten, wobei eine Therapieeinheit 50 Minuten umfasst. Eine Therapieeinheit kann auch in zwei Teileinheiten pro Kalendertag zu jeweils 25 Minuten aufgeteilt werden.

16a.6**Zu Absatz 6**

16a.6.1

Ist eine Langzeittherapie erforderlich, ist vor Beginn der Behandlung oder spätestens vor Abschluss der Kurzzeittherapie die Einleitung eines Begutachtungsverfahrens notwendig.

16a.6.2

Geeignete Gutachter für die Durchführung einer Begutachtung nach Satz 2 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. bestellten Gutachter und Zweitgutachter. In besonderen Einzelfällen können auch von der Festsetzungsstelle benannte Gutachter herangezogen werden.

16a.6.3

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 im Anhang 3 zu verwenden. Die Einreichung der Unterlagen an den Gutachter hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. Die Festsetzungsstelle vergibt dem Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Code. Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden.

16a.6.4

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.

16a.6.5

Zur Beantragung einer psychotherapeutischen Behandlung erhält der Beihilfeberechtigte von der Festsetzungsstelle die mit einem Pseudonymisierungscode versehenen Formblätter 1 bis 5 des Anhangs 3. Das Formblatt 1 (Antrag) ist vom Beihilfeberechtigten und das Formblatt 2 (Schweigepflichtenbindung) von der zu behandelnden Person oder dessen gesetzlichen Vertreter oder, wenn der Beihilfeberechtigte selbst behandelt wird, von dem Beihilfeberechtigten auszufüllen. Der Beihilfeberechtigte oder die zu behandelnde Person hat den behandelnden Psychotherapeuten oder Arzt zu ersuchen, auf dem Formblatt 3 die geplante Behandlung einzutragen und den Fachkundenachweis zu erbringen sowie auf dem Formblatt 4 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen. Die Aufwendungen für den Bericht sind Bestandteil der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Werden neben der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte auch Aufwendungen für eine Leistung nach

den Nummern 80, 85 oder 95 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte beantragt, sind diese nicht als beihilfefähig anzuerkennen (vergleiche OVG Münster, Urteil vom 18. September 2012, 1 A 2836/10). Wird die Behandlung durch einen Psychotherapeuten durchgeführt, ist zusätzlich von einem Arzt eine somatische Abklärung vorzunehmen und ein Konsiliarbericht (Formblatt 5) zu erstellen (vergleiche Nummer 16.4.1).

- 16a.6.6 Der Psychotherapeut oder Arzt soll die ausgefüllten Formblätter möglichst insgesamt der Festsetzungsstelle übermitteln. Die Formblätter 4 und (wenn relevant) 5 sind dabei getrennt von den Formblättern 1 bis 3 in einem verschlossenen, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag an die Festsetzungsstelle zu senden.
- 16a.6.7 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 6 in zweifacher Ausfertigung. Dem Gutachter ist dabei mitzuteilen, dass eine Schweigepflichtentbindung vorliegt, da diese aufgrund der Unterschrift und der daraus möglichen Rückschlüsse auf die zu behandelnde Person nicht mehr mit zu übersenden ist. Sofern bereits ein Vorgutachten erstellt wurde, sind die diesbezüglichen Angaben (Datum und Namen des Vorgutachters) ebenfalls anzugeben. Die Übernahme der Kosten entsprechend der Nummer 16a.6.14 ist dem Gutachter zu erklären.
- Dem Schreiben sind folgende Unterlagen beizufügen:
- das ausgefüllte Formblatt 3 (als Kopie),
 - den als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag des Arztes oder Psychotherapeuten mit den Formblättern 4 und gegebenenfalls 5 (ungeöffnet!),
 - das Formblatt 6, in dreifacher Ausfertigung,
 - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Freiumsschlag.
- Die Formblätter 1 und 2 sind nicht mit zu übersenden.
- 16a.6.8 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach dem Formblatt 6 – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumsschlag 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. Der Bescheid beinhaltet:
- die anerkannte Therapieform,
 - die zu behandelnde Person,
 - den Namen des Therapeuten,
 - die Anzahl der genehmigten Sitzungen in Einzel- oder Gruppenbehandlung/Mehrpersonensetting oder von überwiegend Einzel- oder Gruppenbehandlung bei Kombinationsbehandlung.
- 16a.6.9 Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Zweitgutachten 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 4 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 medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Zweitgutachter übermitteln und dabei auf das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder der zu behandelnden Person verweisen.
- 16a.6.10 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen geeigneten Zweitgutachter mit der Erstellung eines Zweitgutachtens. Die Festsetzungsstelle leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag des Psychotherapeuten oder Arztes (ungeöffnet!),
 - Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
 - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Freiumsschlag.
- Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Zweitgutachter, ist ein anderer Zweitgutachter einzuschalten. Ein Zweitgutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Psychotherapeut oder Arzt die in den §§ 16 bis 18a aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

- 16a.6.11 Der Zweitgutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschatz der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- 16a.6.12 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den vom Psychotherapeuten oder Arzt begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag) nach Formblatt 4 mit einem Freiumschatz dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Die Nummern 16a.6.6 bis 16a.6.9 gelten entsprechend.
- 16a.6.13 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern oder Zweitgutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
- 16a.6.14 Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 50 Euro und des Zweitgutachtens in Höhe von 85 Euro jeweils zuzüglich Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte für die Einleitung des Gutachterverfahrens trägt die Festsetzungsstelle.
- 16a.6.15 Für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder bei einem vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragten Psychotherapeuten oder Arzt eingeholt werden.
- 16a.7 Zu Absatz 7**
- 16a.7.1 Im gleichen Behandlungszeitraum sind nur Aufwendungen für ein Behandlungsverfahren nach den §§ 17, 18 oder 18a beihilfefähig. Eine psychosomatische Grundversorgung kann daneben erfolgen. Aus Fürsorgegründen ist davon abzusehen, die Beihilfegewährung für die gesamte Maßnahme in Frage zu stellen und bereits gewährte Beihilfe zurückzufordern.
- 16a.7.2 Ein Krankheitsfall umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode.
- 16a.8 Zu Absatz 8**
- 16a.8.1 Ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie anerkannt, kann diese Anerkennung nach Einholung eines erneuten Gutachtens in eine telekommunikationsgestützte Therapie umgewandelt werden.
- 16a.8.2 Die sich an eine in der Bundesrepublik 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 Gebührenordnung für Ärzte). Anfallende Telefon- oder Internetkosten für das internetgestützte Therapieverfahren gehören nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen.
- 16a.9 Zu Absatz 9**
- 16a.9.1 EMDR wird zur Behandlung traumatisierter Menschen und bei Störungsbildern wie zum Beispiel
- Anpassungsstörungen,
 - traumatischer Trauer nach Verlusterlebnissen,
 - akuten Belastungsreaktionen kurz nach belastenden Erlebnissen,
 - depressiven Erkrankungen und Angststörungen,
 - belastungsbedingten Verhaltensstörungen von Kindern und
 - chronischen komplexen Traumafolgestörungen nach schweren Belastungen in der Kindheit
- angewendet. Die Behandler müssen die Voraussetzungen des § 17 Absatz 2 und 3 oder des § 18 Absatz 3 und 4 erfüllen.
- 16a.9.2 EMDR ist nur beihilfefähig, wenn die behandelnde Person die erforderliche Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung einschließlich der Methode EMDR im Rahmen der Weiterbildung erworben hat oder in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben hat und mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-

Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt hat. Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

- 17** **Zu § 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren**
- 17.1** **Zu Absatz 1**
- 17.1.1 Nummer 16a.7.2 gilt entsprechend.
- 17.1.2 Bezugspersonen sind Personen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partner oder Familie) des Behandlungsbedürftigen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit einer geistigen Behinderung kann es notwendig sein, Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen. Die Sprechstunde kann auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Satz 3 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Für eine eingehende psychiatrische Beratung der Bezugspersonen nach Satz 2 bis 4 einschließlich der Erläuterung der Therapie ist die Leistung nach Nummer 817 der Gebühren des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und nicht geistig behindert sind, sind Sitzungen über das bewilligte Kontingent hinaus nicht beihilfefähig.
- 17.2** **Zu Absatz 2** bleibt frei
- 17.3** **Zu Absatz 3**
- 17.3.1 Ob die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind, kann in der Regel nach den Angaben des Psychotherapeuten beurteilt werden.
- 17.4** **Zu Absatz 4** (bleibt frei)
- 17.5** **Zu Absatz 5** (bleibt frei)
- 17.6** **Zu Absatz 6** (bleibt frei)
- 17.7** **Zu Absatz 7** (bleibt frei)
- 17.8** **Zu Absatz 8** (bleibt frei)
- 17.9** **Zu Absatz 9**
- 17.9.1 Diese tiefenpsychologischen Verfahren sind auch unter den Begriffen „katathymes Bilderleben“ oder „Symboldrama“ bekannt.
- 18** **Zu § 18 Verhaltenstherapie**
- 18.1** **Zu Absatz 1**
- 18.1.1 Die Nummern 16a.7.2 und 17.1.2 gelten entsprechend.
- 18.1.2 Der analoge Ansatz der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte zur Einleitung und Verlängerung von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen oder von Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte zur Abgeltung und Erhebung der biographischen Anamnese ist als beihilfefähig anzuerkennen.
- 18.1.3 Wird die Verhaltenstherapie in der Gruppe durchgeführt, kann bei einer Mindestbehandlungsdauer von 100 Minuten (§ 16 Absatz 2 Satz 2) die Nummer 871 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte zweimal als beihilfefähig anerkannt werden. Der Gesamtumfang der beihilfefähigen Sitzungen bleibt hiervon unberührt.
- 18.2** **Zu Absatz 2** (bleibt frei)
- 18.3** **Zu Absatz 3** (bleibt frei)
- 18.4** **Zu Absatz 4**
- 18.4.1 Nummer 17.3.1 gilt entsprechend.
- 18.5** **Zu Absatz 5** (bleibt frei)
- 18a** **Zu § 18a Systemische Therapie**
- 18a.1** **Zu Absatz 1**
- 18a.1.1 Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei. Symptome werden als kontraproduktiver Lösungsversuch psychosozialer und psychischer Probleme verstanden, die wechselseitig durch intrapsychische (kognitiv-emotive), biologisch-somatische sowie interpersonelle Prozesse beeinflusst sind. Theoretische Grundlage sind insbesondere die Kommunikations- und Systemtheorien, konstruktivistische und narrative Ansätze und das biopsychosoziale Systemmodell. Grundlage für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen ist die Analyse der Elemente der jeweiligen relevanten Systeme und ihrer wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch generationaler Perspektive und eine daraus abgeleitete Behandlungsstrategie. Der Behandlungsfokus liegt in der Veränderung von symptomfördernden, insbesondere familiären und

sozialen Interaktionen, narrativen und intrapsychischen Mustern hin zu einer funktionaleren Selbst-Organisation der behandelten Person und des für die Behandlung relevanten sozialen Systems, wobei die Eigenkompetenz der Betroffenen genutzt wird. Schwerpunkte der systemischen Behandlungsmethoden sind insbesondere

- Methoden der systemischen Gesprächsführung und systemische Fragetechniken,
- Narrative Methoden,
- Lösungs- und ressourcenorientierte Methoden,
- Strukturell-strategische Methoden,
- Aktionsmethoden,
- Methoden für die Arbeit am inneren System,
- Methoden zur Affekt- und Aufmerksamkeitsregulation,
- Symbolisch-metaphorische und expressive Methoden.

18a.1.2 Aufwendungen für Leistungen der Systemischen Therapie sind bei Kindern und Jugendlichen, die ab dem 12. April 2024 entstanden sind, in gleichem Umfang wie für Erwachsene beihilfefähig. Bis zum 11. April 2024 entstandene Aufwendungen für Kinder und Jugendliche sind nicht beihilfefähig.

18a.1.3 Die Leistung der Systemischen Therapie ist im Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Ärzte nicht enthalten. Die Aufwendungen sind daher analog nach § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig.

18a.2 **Zu Absatz 2** (bleibt frei)

18a.3 **Zu Absatz 3**

18a.3.1 Nummer 17.3.1 gilt entsprechend.

19 **Zu § 19 Psychosomatische Grundversorgung**

19.1 **Zu Absatz 1**

19.1.1 Die psychosomatische Grundversorgung umfasst als sogenannte „Kleine Psychotherapie“ 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.

19.2 **Zu Absatz 2**

19.2.1 Nummer 16a.7.2 gilt entsprechend.

19.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

19.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

19.5 **Zu Absatz 5**

19.5.1 Diese Behandlungsform ist keine klassische ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 16 bis 19 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens.

19.5.2 Hinsichtlich der Angemessenheit der Aufwendungen sind die Nummern 37.4.3 und 37.4.4 entsprechend anzuwenden.

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 des Krankenhausentgeltgesetzes, § 39 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Die Krankenhausbehandlung im Sinne des § 20 kann vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär oder vor- und nachstationär erbracht werden (vergleiche Nummer 20.2.8).

20.1.2 Die Angemessenheit der stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung, die seit 1. Januar 2017 von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erbracht werden kann, richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung. Die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ergibt sich aus der Vereinbarung gemäß § 115d Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit den Fachgesellschaften, die am 31. März 2017 in Kraft getreten ist. Sie ist auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes

veröffentlicht.

- 20.1.3 Die tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus ist seit dem 29. Dezember 2022 möglich. Nach § 115e Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann eine tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung dann erfolgen, wenn die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Die Angemessenheit der tagesstationären Krankenhausbehandlung richtet sich nach § 115e Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossenen Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung, die am 1. Mai 2023 in Kraft getreten ist. Die Abrechnungsvereinbarung ist auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.
- 20.1.4 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. Findet ein Dienstherrwechsel während eines Krankenhausaufenthaltes statt, ist eine Kostenaufteilung vorzunehmen und Beihilfe nur anteilig zu gewähren. Im Wege der Direktabrechnung wird der gesamte Krankenhausaufenthalt grundsätzlich mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus leistungspflichtig war. Dies folgt aus den Festlegungen in § 10 der Fallpauschalenvereinbarung 2024 und § 9 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2023 und den entsprechenden Festlegungen in den Folgevereinbarungen. In diesen Fällen sollte von einer Direktabrechnung abgesehen oder mit dem Krankenhaus eine anteilige Abrechnung vereinbart werden.
- 20.1.5 Für die Beihilfefähigkeit der allgemeinen Krankenhausleistungen sind die für das jeweilige Kalenderjahr gemäß § 9 Absatz 1 Nummern 1 bis 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Kataloge (Fallpauschalen-Katalog, Katalog ergänzender Zusatzentgelte, Pflegeerlöskatalog) und die hierfür geltenden Abrechnungsbestimmungen maßgebend. Mit Artikel 1 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 wurde § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dahingehend geändert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Jahr 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und in einen Pflegeerlöskatalog überführt werden. Die Vergütung der Pflegepersonalkosten wurde in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt. Die beihilfefähigen tagesbezogenen Pflegeentgelte ergeben sich aus dem Produkt der Pflegeerlös-Bewertungsrelation pro Tag (vergleiche Pflegeerlöskatalog) und dem krankhausindividuellen Pflegeentgelt. Aufwendungen für gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zusätzlich zu einer Fallpauschale in Rechnung gestellte Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge (siehe auch Nummer 20.1.8) sowie sonstige festgelegte Entgelte sind beihilfefähig.
- 20.1.6 Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit ambulanter Krankenhausleistungen, die nach der sektorengleichen Vergütung (sogenannte Hybrid-DRG) abgerechnet werden, wird auf Nummer 8.6 verwiesen.
- 20.1.7 Gemäß § 17d Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetz in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung wird für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Dieses Vergütungssystem basiert im Gegensatz zum DRG-System, das Fallpauschalen definiert, auf tagesbezogenen Entgelten. Mit den Entgelten, die dem Grunde nach beihilfefähig sind, werden die voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Die Vereinbarungen zum pauschalierenden Entgeltsystem (PEPPV) und dessen Weiterentwicklung treffen die Vertragsparteien (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) grundsätzlich jährlich. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen werden bundeseinheitlich festgelegt. In Ausnahmefällen können die Vertragsparteien Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für Leistungen, die mit den nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, können nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung krankhausindividuelle Entgelte verhandelt werden. Die Abrechnung der pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) erfolgt durch die leistungserbringenden Krankenhäuser auf der Grundlage des am Tag der voll- oder

teilstationären Aufnahme geltenden Entgeltkataloges und den dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen. Die Einstufung wird mittels Programmen (Grouper) in die jeweiligen Entgelte und innerhalb der Entgelte in der Regel in Vergütungsklassen (abhängig von der Anzahl der Berechnungstage) vorgenommen. Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene Bewertungsrelation (Anlage 1a oder Anlage 2a des Entgeltkatalogs) mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. An den Tagen, an denen ein Aufwand für ergänzende Tagesentgelte (ET) angefallen ist, sind zusätzlich die ausgewiesenen Bewertungsrelationen der ergänzenden Tagesentgelte ansatzfähig (Anlage 5 des Entgeltkatalogs). Das Tagesentgelt ergibt sich dann aus der Summe der (Tages-)Bewertungsrelationen multipliziert mit dem Basisentgeltwert. Gegebenenfalls können noch vereinbarte Zusatzentgelte abgerechnet werden (Anlage 3 und Anlage 4 des Entgeltkatalogs). Dauert die Behandlung über den Kalenderjahreswechsel hinaus an, gilt § 15 der Bundespflegesatzverordnung für die Abrechnung entsprechend. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag (gegebenenfalls auch mehrfach) aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag. Hinsichtlich Ergänzungen und Änderungen wird auf die zum Behandlungszeitpunkt geltende PEPPV hingewiesen. Die nach den im Behandlungszeitraum geltenden Entgeltkatalog und den dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen berechneten Aufwendungen sind beihilfefähig.

Das Psych-Entgeltsystem ersetzt die Entgelte nach § 17 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (tagesgleiche Pflegesätze). Bis Ende 2017 war die Einführung des Vergütungssystems für die Krankenhäuser freiwillig. Verbindlich für alle Krankenhäuser wurde das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt.

- 20.1.8 Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die pauschalen Entgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 1 (DRG-System) oder § 17d Absatz 2 Satz 3 (PEPP-System) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einbezogen sind, richten sich diese nach Vereinbarungen für Zu- oder Abschläge auf Bundesebene (§ 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Sie werden in unregelmäßigen Abständen neu vereinbart. Die möglichen Zu- und Abschläge veröffentlicht der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite. Die Übersicht enthält auch den Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus, der auf einer vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem PKV-Verband sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffenen Vereinbarung nach § 17b Absatz 1a Nummer 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beruht (Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung). Für den Aufnahmetag und jeden weiteren vollstationären Aufenthaltstag ab dem 1. Januar 2025 ist ein Zuschlag in Höhe von 60 Euro für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson vereinbart. Dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Aufwendungen für berechnete Zuschläge sind im Fall der medizinisch notwendigen Aufnahme der Begleitperson beihilfefähig. Aufwendungen in dieser Höhe können auch bei der Ermittlung des beihilfefähigen Höchstbetrages für Krankenhäuser, die nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind (Absatz 2), als beihilfefähig berücksichtigt 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.
- 20.1.9 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.
- 20.1.10 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig.
- 20.1.11 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.
- 20.1.12 Aufwendungen für in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag (§ 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung) sind nicht beihilfefähig.
- 20.1.13 Nach § 17 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 17 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung 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.

- 20.1.14 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 16 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung beihilfefähig. Die in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes abschließend beschriebenen Leistungen der Belegärzte sind keine Krankenhausleistungen. Ihre Beihilfefähigkeit richtet sich gemäß § 8 in Verbindung mit § 4 Absatz 3 und 5 regelmäßig nach der Gebührenordnung für Ärzte, wobei nach § 6a Absatz 1 Satz 2 der Gebührenordnung für Ärzte ein Abschlag von 15 Prozent vorzunehmen ist (hierzu BVerwG, Urteil vom 23. April 2015, 5 C 2/14).
- 20.1.15 Gesondert abgerechnete honorarärztliche Leistungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte legt § 17 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abschließend fest. Dieser erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind. Ein Honorararzt erbringt ärztliche Leistungen für den Krankenhausträger aufgrund eines Dienstvertrages im Krankenhaus, ohne bei diesem angestellt oder als Belegarzt oder Konsiliararzt tätig zu sein. Wahlärztliche Leistungen eines Honorararztes sind im Einzelfall nur beihilfefähig, wenn der Honorararzt in der Wahlarztvereinbarung (zum Beispiel als Vertretungsarzt) ausdrücklich genannt ist (BVerfG, Beschluss vom 3. März 2015, 1 BvR 3226/14).
- 20.1.16 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.
- 20.1.17 Gemäß § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausgesetzes darf eine Privatklinik, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären. Aufwendungen für eine Behandlung in einer Privatklinik, die organisatorisch mit einem Plankrankenhaus verbunden ist, sind daher nur im Umfang des Absatzes 1 beihilfefähig.
- 20.1.18 Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Leistungen in einer Gemischten Krankenanstalt (Einrichtung, die neben der üblichen Krankenhausbehandlung zusätzlich auch Rehabilitationsmaßnahmen anbietet), ist danach zu beurteilen, ob es sich um eine Krankenhausleistung oder eine medizinische Rehabilitationsleistung handelt. Aufwendungen für eine Krankenhausleistung sind nach § 20 beihilfefähig, Aufwendungen für eine medizinische Rehabilitation nach den Vorschriften der §§ 37 und 38. Eine Übersicht von Einrichtungen, die als Gemischte Krankenanstalt eingestuft sind, steht auf der Homepage des PKV-Verbandes zur Verfügung. Die Aufnahme in eine Gemischte Krankenanstalt an sich setzt eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit der vorgesehenen Maßnahme durch die Festsetzungsstelle – anders als unter Umständen bei der privaten Krankenversicherung – nicht voraus. Eine für bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen vorgesehene Voranerkennung nach § 38 bleibt unberührt.
- 20.2 Zu Absatz 2**
- 20.2.1 Der beihilfefähige Höchstbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen (Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen) bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern, die weder in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes noch in den der Bundespflegesatzverordnung fallen, richtet sich nach den Indikationen. Bei Indikationen, die über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, ist die Berechnung nach Nummer 1 vorzunehmen. Der beihilfefähige Betrag ergibt sich aus der Summe der nach Nummer 1 Buchstaben a bis c ermittelten Beträge.
- 20.2.1.1 Zu Nummer 1 Buchstabe a:
Der beihilfefähige Betrag berechnet sich aus dem Produkt des für das jeweilige Jahr gemäß § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten einheitlichen Basisfallwertes (im Jahr 2023: 4 000,71 Euro; im Jahr 2024: 4 210,59 Euro) und der Bewertungsrelation gemäß Teil a des DRG-Fallpauschalenkatalogs (Bewertungsrelation bei Versorgung durch Hauptabteilungen aufgrund der ermittelten Fallpauschale). Ab dem Jahr 2021 wird der jährliche Bundesbasisfallwert erst im März nach Festlegung der Landesbasisfallwerte vereinbart. Für Aufwendungen, die vor einer vorliegenden Vereinbarung für das laufende Jahr beantragt werden, ist die Beihilfe unter Anwendung des einheitlichen Basisfallwertes des Vorjahres festzusetzen. Wird die durchschnittliche Verweildauer über- oder unterschritten, ist dies mit dem entsprechenden Zu- oder Abschlag zu berücksichtigen.
- 20.2.1.2 Zu Nummer 1 Buchstabe b:

Für die Ermittlung der beihilfefähigen ausgegliederten Pflegepersonalkosten ist der Pflegeentgeltwert nach § 15 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes (vom 1. Januar 2023 bis 27. März 2024: 230 Euro; ab 28. März 2024: 250 Euro) mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog für jeden Belegungstag zu multiplizieren.

- 20.2.1.3 Zu Nummer 1 Buchstabe c:
Sind in der Rechnung Zusatzentgelte ausgewiesen, sind diese bis zur Höhe des im Zusatzentgeltkatalog des Krankenhausentgeltgesetzes angegebenen Betrages beihilfefähig. Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen sind die gesondert berechenbare Wahlleistung „Unterkunft im Zweibettzimmer“ pauschal bis zu einer Höhe von 1,5 Prozent der oberen Korridorgrenze des Bundesbasisfallwertes gemäß § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes abzüglich der Eigenbeteiligung von 14,50 Euro je Aufenthaltstag und wahlärztliche Leistungen oder von niedergelassenen Ärzten nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnete Leistungen (auch belegärztliche Leistungen) beihilfefähig (vergleiche § 59 Absatz 2). Diese sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen.
- 20.2.2 Bei Indikationen, die mit dem pauschalitem Entgeltsystem PEPP in Krankenhäusern oder selbständigen Abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapie oder psychosomatischen Medizin abgerechnet werden, ist der beihilfefähige Betrag nach Nummer 2 zu ermitteln:
- 20.2.2.1 Zu Nummer 2 Buchstabe a:
Das PEPP-Entgelt ergibt sich entsprechend der Eingruppierung der erbrachten Leistung in eine PEPP nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkataloges. Die in Abhängigkeit von der Anzahl der Berechnungstage (Vergütungsklasse) sich ergebende Bewertungsrelation ist je Aufenthaltstag mit dem pauschalen Basisentgeltwert von 300 Euro zu multiplizieren. Welche PEPP bei einem Krankheitsbild für die Abrechnung heranzuziehen ist, kann in der Regel erst aufgrund der erbrachten therapeutischen Leistungen und Diagnosen am Ende des stationären Aufenthaltes festgestellt werden. Die Beihilfeberechtigten sind bei Kostenzusagen (vergleiche Nummer 62.3.3) von der Festsetzungsstelle auf diese Unsicherheiten hinzuweisen, soweit keine Kostenzusage nach § 20 Absatz 2 Nummer 3 erfolgt.
- 20.2.2.2 Zu Nummer 2 Buchstabe b:
Zusatzentgelte sind zu berücksichtigen, wenn sie in der Rechnung ausgewiesen sind (Angabe der ZPD). Sie sind bis zu der Höhe, des sich aus Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges ergebenden Betrages beihilfefähig.
- 20.2.2.3 Zu Nummer 2 Buchstabe c:
Sind in der Rechnung ergänzende Tagesentgelte ausgewiesen (Angabe der ET_D), sind diese bis zu der nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges angegebenen Höhe beihilfefähig. Das beihilfefähige Entgelt je Tag wird ermittelt, indem die in Anlage 5 des Entgeltkatalogs ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation je Berechnungstag mit dem Basisentgeltwert nach Nummer 2 Buchstabe a multipliziert wird. Wenn Angaben zu Zusatzentgelten und ergänzenden Tagesentgelten fehlen oder unvollständig sind und deshalb Aufwendungen ungedeckt bleiben, kann hierfür ein pauschales beihilfefähiges Entgelt in Höhe der Differenz des sich bei einer Vergleichsberechnung nach Nummer 3 Buchstaben a und b ergebenden beihilfefähigen Betrages und dem nach Nummer 2 ermittelten beihilfefähigen Betrages als beihilfefähig anerkannt werden.
- 20.2.3 Für psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Indikationen in Krankenhäusern sind auch DRG-Fallpauschalen festgelegt (Hauptdiagnosegruppe „MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen“). Eine DRG-Abrechnung beziehungsweise eine Höchstbetragsberechnung nach Nummer 1 ist sachgerecht, wenn es sich um einen akuten Behandlungsbedarf im Akutkrankenhaus oder um eine Notfallversorgung handelt. Behandlungen in privaten Fachkliniken mit einem psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Charakter der individuell durchgeführten therapeutischen Maßnahmen sind dem PEPP-Verfahren zuzuordnen. Mit den beihilfefähigen Höchstbeträgen nach Nummer 1 und 2 ist das Spektrum der beihilfefähigen Krankenhausbehandlung grundsätzlich vollständig erfasst, sodass es sich bei anderen Fällen im Sinne von Nummer 3 um Ausnahmefälle, insbesondere um Aufwendungen für neurologische Frührehabilitation, handelt. Auf die Höchstbeträge nach Nummer 3 kann auch dann zurückgegriffen werden, wenn der beihilfefähige Betrag nach Nummer 2 durch die Festsetzungsstelle nicht ermittelt werden kann. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach Absatz 1 Nummer 2 sind. Wahlärztliche Leistungen sind neben den allgemeinen Krankenhausleistungen beihilfefähig. Als Kinder gelten Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Maßgebend sind die Verhältnisse am Aufnahmetag. Nummer 20.1.4 gilt entsprechend.
- 20.2.4 Die neurologische Frührehabilitation wird in der Bundesrepublik Deutschland nach dem

Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) als Rehabilitationsleistung oder als Krankenhausbehandlung nach dem Krankenhausentgeltgesetz 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 A und B den Krankenhausleistungen zugeordnet. Die Beihilfefähigkeit der Summe aus täglichem Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz ist auf den in Nummer 3 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.

- 20.2.5 Umsätze von Privatkliniken, die unter sozial vergleichbaren Bedingungen wie die einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung erbracht wurden, sind im Rahmen von Artikel 132 Absatz 1 Buchstabe b der Richtlinie 2006/112/EG des Rates über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem von der Umsatzsteuer befreit. Dies trifft insbesondere zu, wenn die Privatklinik die Voraussetzungen für die Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen würde (BFH, Urteil vom 23. Januar 2019, XI R 15/16). Wird von einer solchen Privatklinik die Umsatzsteuer in Rechnung gestellt, ist diese nur beihilfefähig und kann in die Vergleichsberechnung im Rahmen des errechneten beihilfefähigen Höchstbetrages einbezogen werden, wenn die Privatklinik nachweist, dass eine Umsatzsteuerbefreiung für die in der Rechnung ausgewiesenen Aufwendungen nicht vorliegt.
- 20.2.6 Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach 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. Befindet sich das Krankenhaus, in dem die stationäre Heilbehandlung durchgeführt wird, in einem Kurort, kann je nach dem dort geltenden Kommunalabgabenrecht (Kommunalabgabenordnung, Kurtaxesatzung) eine Kurtaxe für die Aufenthaltsdauer anfallen. Die Aufwendungen hierfür sind beihilfefähig. Die Erhebung der Kurtaxe erfolgt insbesondere bei einer Behandlung in sogenannten gemischten Krankenanstalten. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Einwohner der betreffenden Kommune und in der Regel auch Patienten in reinen Akutkrankenhäusern sind von der Erhebung der Kurtaxe ausgenommen. Bei Maßnahmen nach Abschnitt 3 sind die dort geregelten Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zu berücksichtigen.
- 20.2.7 Bei Notfallbehandlungen im nächstgelegenen Krankenhaus ist keine Vergleichsberechnung durchzuführen. Eine Notfallbehandlung setzt eine Situation voraus, wie sie typischerweise bei Unfällen, sonstigen Unglücksfällen oder bei plötzlich eintretenden akuten gesundheitlichen Störungen vorliegt, welche die Einleitung sofortiger Hilfe durch medizinische Maßnahmen erforderlich machen, weil andernfalls eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands droht. Für die Annahme eines Beihilfeanspruchs wegen einer Notfallbehandlung muss deshalb eine Dringlichkeit vorliegen, die der Notwendigkeit einer umgehenden Behandlung infolge eines Unfalls zumindest gleichkommt (BVerwG, Urteil vom 23. April 2015, 5 C 2/14; VG Dresden, Urteil vom 6. November 2015, 11 K 4119/14). Eine Notfallbehandlung scheidet auch dann als Grund für die Erstattung von ansonsten nicht beihilfefähigen Kosten für die Behandlung in einer Privatklinik aus, wenn in einem zugelassenen Krankenhaus eine zweckmäßige, ausreichende Behandlung möglich gewesen wäre, die so zeitnah, wie dies medizinisch geboten ist, zugänglich gewesen wäre (BVerwG, Urteil vom 23. April 2015, 5 C 2/14).
- 20.2.8 Liegt eine ambulante Krankenhausbehandlung vor, scheidet eine auf die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung gestützte Vergütung und damit eine Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 und 2 aus. Vollstationäre, teilstationäre, tagesstationäre, stationsäquivalente und ambulante Krankenhausbehandlung sind in erster Linie anhand der aufgrund eines ärztlichen Behandlungsplans vorgesehenen Aufenthaltsdauer abzugrenzen (BSG, Urteil vom 4. März 2004, B 3 KR 4/03 R; BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, B 3 KR 17/06 R; BSG, Urteil vom 19. September 2013, B 3 KR 34/12 R).
- a) Eine vollstationäre Behandlung liegt vor, wenn der Patient physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert ist und dies mindestens für einen Tag und eine Nacht geschieht. Die Behandlung ist nur dann vollstationär, wenn der Patient zeitlich ununterbrochen im Krankenhaus untergebracht ist. Die Aufnahmeentscheidung auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach außen regelmäßig zum Beispiel durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes und das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen dokumentiert.
 - b) Sonderform der vollstationären Behandlung ist die stationsäquivalente Behandlung. Dabei

handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung ohne Bett, weil diese im häuslichen Umfeld (Home Treatment) erbracht wird. Sie umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen und wird durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams des Krankenhauses durchgeführt. Die Krankenhäuser können dabei auch Leistungserbringer im ambulanten Versorgungsbereich mit Teilleistungen beauftragen. Sie ist gleichwertig mit einer vollstationären Behandlung und wie diese notwendig, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Sie wird von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen als stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht.

- c) Eine teilstationäre Behandlung ist anzunehmen, wenn eine zeitlich nicht durchgehende Krankenhausbehandlung geplant ist, also ein Aufenthalt von weniger als einem Tag und einer Nacht. Sie erfordert ebenfalls eine Aufnahme, wobei die medizinisch-organisatorische Infrastruktur des Krankenhauses nur zeitlich begrenzt und inhaltlich weniger umfassend, dafür aber regelmäßig wiederkehrend in Anspruch genommen wird, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist. Kennzeichnend ist hier eine zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber, bei der die Nacht zu Hause verbracht wird (Tageskliniken), oder auf die Behandlung abends und nachts (zum Beispiel bei krankhaften Schlafstörungen), bei der der Patient sich tagsüber in seinem normalen Umfeld bewegt (Nachtkliniken).
- d) Aus dem aufgrund von § 115e Absatz 5 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch zu erstellendem Evaluationsbericht 2023 des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergibt sich, dass die Erbringung einer tagesstationären Behandlung die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung sowie zwischen Aufnahme- und Entlasstag mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses voraussetzt. Außerdem muss der für die tagesstationäre Behandlung erforderliche mindestens sechsstündige Aufenthalt der Patienten, innerhalb dessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, zwischen 6:00 Uhr und 22:00 Uhr liegen. Sofern der Patient ungeplant vor 6:00 Uhr des Folgetages in das Krankenhaus zurückkehrt, liegt keine tagesstationäre Behandlung mehr vor. Gründe für eine ungeplante Rückkehr können ein Notfall, ein weiterer medizinischer Behandlungsbedarf oder der Wunsch des Patienten sein.
- e) Ambulante Behandlungen im Krankenhaus betreffen neben besonderen Versorgungsformen der GKV (zum Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) auch „klassische“ ambulante Behandlungen wie Operationen. Ob die Operation ambulant oder stationär erfolgt, ergibt sich aus dem ärztlichen Behandlungsplan. Keine ambulante Operation liegt vor, wenn der Patient die Nacht vor oder nach dem Eingriff im Krankenhaus verbringt.
- f) Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung können auftreten, wenn sich die Behandlung über einen längeren Zeitraum erstreckt, aber nicht täglich stattfindet (sogenannte Intervallbehandlung). Zu den ambulanten Behandlungen zählt beispielsweise die Dialyse, bei der der Patient nicht jeden Tag, aber mehrmals die Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt wird (BSG, Urteil vom 4. März 2004, B 3 KR 4/03 R unter Hinweis auf § 2 Absatz 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung; ähnlich § 2 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).
- g) Eine nach physisch und organisatorischer Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem erfolgte stationäre Behandlung liegt auch dann vor, wenn der Patient gegen den ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt; dann handelt es sich um eine sogenannte „abgebrochene“ stationäre Behandlung. Hat der Patient seine „Selbstentlassung“ jedoch noch vor Umsetzung der Einweisung auf die entsprechende Station oder die Zuweisung eines Bettes erwirkt, liegt noch keine physische und organisatorische Eingliederung vor (BSG, Urteil vom 25. Juni 2024, B 1 KR 12/23 R zur Unzulässigkeit der Abrechnung einer Aufnahmeuntersuchung bei einer ambulanten Notfallbehandlung in einem DRG-Krankenhaus als vorstationäre Behandlung bei nicht erfolgter stationärer Aufnahme). Auch wenn die Kosten für die Aufnahmeuntersuchung von gesetzlich Versicherten in diesem Fall möglicherweise aus der Gesamtvergütung nach § 85 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch die Kassenärztliche Vereinigung getragen werden, sind hierfür erstellte privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (vergleiche Nummer 4.5.2) dem Grunde nach beihilfefähig.

20.2.9

Durch zweiseitige Verträge oder Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung nach § 112 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auf Landesebene keine über die nach § 7 des Krankenhausentgeltgesetzes bundesrechtlich abschließend festgelegten Entgeltarten hinausgehende

Entgelttatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen von DRG-Krankenhäusern festgelegt werden. Entsprechende Vereinbarungen, aufgrund derer Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen abgerechnet werden dürfen, die in § 7 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht aufgeführt sind, sind nichtig (hierzu BSG, Urteil vom 25. Juni 2024, B 1 KR 12/23 R) und können der Beihilfefestsetzung daher nicht zugrunde gelegt werden.

20.3 Zu Absatz 3

- 20.3.1 Bezüglich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen der medizinisch notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus wird auf Nummer 20.1.6 hingewiesen. Entsprechendes gilt auch für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Pflegekraft in das Krankenhaus.
- 20.3.2 Mit § 44b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben seit dem 1. November 2022 näher bestimmte gesetzlich krankenversicherte Begleitpersonen einen Anspruch auf Krankengeld, wenn sie im Zusammenhang mit der aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitung von Versicherten, bei denen die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vorliegen und die Anspruch auf Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, § 35a des Achten Buches Sozialgesetzbuch oder Leistungen nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch haben, bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus mit aufgenommen werden und ihnen ein Verdienstaussfall entsteht. Absatz 3 umfasst die nicht von § 44b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfassten Fälle der Begleitpersonen mit gesetzlicher oder privater Krankenversicherung, bei denen eine Person begleitet wird, die selbst beihilfeberechtigt oder gegebenenfalls berücksichtigungsfähig ist. Ist die Begleitperson hingegen selbst beihilfeberechtigt, besteht die Möglichkeit einer Beurlaubung unter Belassung der Besoldung, so dass kein Verdienstaussfall entsteht.
- 20.3.4 Die Höhe des Ausfalls von Arbeitseinkünften dieser Begleitpersonen ist dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind 70 Prozent des ausgefallenen Arbeitseinkommens, bei Arbeitsentgelt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, höchstens jedoch 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- 20.3.5 Im Unterschied zum Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung besteht keine Sozialversicherungspflicht der Begleitperson (zum Beispiel § 26 Absatz 2 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch, § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) als sonstige Versicherte, da die Beihilfe beziehungsweise Festsetzungsstelle für die Beihilfe kein Leistungsträger im Sinne der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften ist, so dass die Festsetzungsstelle keine Sozialversicherungsbeiträge abzuführen hat.

20.4 Zu Absatz 4

- 20.4.1 Können im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung die erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, besteht Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.
- 20.4.2 Gemäß § 132m Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie deren Vergütung, die der Berechnung der Beihilfe zugrunde zu legen sind.
- 20.4.3 Wahlleistungen nach Absatz 1 Nummer 4 sind im Zusammenhang mit der Übergangspflege beihilfefähig. Hierfür genügt die aus Anlass des Krankenhausaufenthaltes geschlossene Wahlleistungsvereinbarung, die für die Dauer der Übergangspflege fortgilt, ohne dass es einer neuen Wahlleistungsvereinbarung bedarf. Dennoch kann eine solche neu oder erstmals abgeschlossen werden.

20.5 Zu Absatz 5 (bleibt frei)

21 Zu § 21 Arzneimittel

21.1 Zu Absatz 1

- 21.1.1 Für den beihilferechtlichen Arzneimittelbegriff kommt es auf die arzneimittelrechtliche Zulassung des Präparates nicht an. Die arzneimittelrechtliche Zulassung oder Registrierung ist jedoch Indiz für dessen Arzneimittelcharakter. Eine Prüfung, ob das Arzneimittel im Einzelfall erforderlich ist, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern beziehungsweise eine Erkrankung 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.

21.1.2 Vitaminpräparate können Arzneimittel oder Lebensmittel (in Form von Nahrungsergänzungsmitteln nach der Verordnung über Nahrungsergänzungsmittel) 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“ sowie in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Verfügung gestellten Arzneimittelinformationssystem AMIce oder der 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. Ein Vitaminpräparat oder Nahrungsergänzungsmittel, dessen Auswirkungen auf die physiologischen Funktionen nicht über die Wirkungen hinausgehen, die ein in angemessener Menge verzehrtes Lebensmittel auf diese Funktionen haben kann, besitzt keine nennenswerten Auswirkungen auf den Stoffwechsel und kann daher nicht als Arzneimittel eingestuft werden (OVG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 4. Juni 2015, OVG 7 B 1.14).

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 (Nummer 1.1.2) verordnet sein. Wurden Kontrazeptiva aus Anlass einer Krankheit verordnet, sind Aufwendungen hierfür beihilfefähig, wenn deren Anwendung medizinisch geboten und notwendig ist und es sich um eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode zur Heilung oder Linderung der Krankheit handelt. Die Krankheit/Diagnose sollte aus den Rechnungsbelegen oder anderen geeigneten Unterlagen ersichtlich sein. Die Beihilfefähigkeit besteht auch, wenn die arzneimittelrechtliche Zulassung des Kontrazeptivums auf die Empfängnisverhütung beschränkt ist. Nicht zu einem Ausschluss der Beihilfefähigkeit führt in diesen Fällen, dass Kontrazeptiva üblicherweise von Gesunden benutzt werden (Absatz 3 Nummer 2). Auch die Altersbegrenzung der Spezialregelung des § 44 Absatz 3 Satz 2 ist nicht anzuwenden (vergleiche BVerwG, Urteil vom 26. Juni 2020, 5 C 4/19). Arzneimittel, die zur Vorbereitung einer Reise verschrieben wurden oder die ausschließlich der Prophylaxe einer Erkrankung, der Besserung des Allgemeinbefindens oder der Leistungssteigerung dienen, sind nicht beihilfefähig. Ebenso kann die Festsetzungsstelle davon ausgehen, dass Aufwendungen für Arzneimittel, die ausschließlich der Behebung von (Vitamin- oder Mineralstoff-)Mangelercheinungen dienen, nicht beihilfefähig sind, wenn die Mangelercheinung noch keinen Krankheitswert erreicht hat (AG Köln, Urteil vom 22. April 2008, 146 C 286/06).

21.2.3 Arzneimittel, die zur Verbesserung des Aussehens (zum Beispiel: VISTABEL, AZZALURE, BOCOUTURE VIAL, KYBELLA) oder zur Verbesserung des Haarwuchses (zum Beispiel: ALOPEXY 5 Prozent, REGAINE, Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma, Minoxicutan, PROPECIA, FINAHAIR, FINAPIL, generische Finasterid-Fertigarzneimittel, ALPICORT F, ELL CRANELL, 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.

21.2.4 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.

21.2.5 Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um die in § 59 Absatz 1 genannten Eigenbeteiligungen zu kürzen, soweit keine Ausnahme nach § 59 Absatz 1 Satz 3 vorliegt. Zur Berücksichtigung von Rabatten bei der Beihilfefestsetzung wird auf Nummer 59.1.5 hingewiesen.

21.2.6. Versandkosten sind beihilfefähig, soweit sie das beihilfefähige Arzneimittel betreffen. Enthält die Sendung auch nicht beihilfefähige Produkte, sind die Aufwendungen für den Versand entsprechend der Anzahl der in der Lieferung enthaltenen Produkte zu quoteln. Zum Beispiel: Wird eine Versandkostenpauschale für drei Produkte berechnet, von denen nur eines ein beihilfefähiges Arzneimittel ist, sind die Versandkosten zu einem Drittel beihilfefähig. Zu den beihilfefähigen Versandkosten gehören auch Aufwendungen für Botendienste von Apotheken bei der Abgabe verordneter Arzneimittel. Die Aufwendungen sind in Höhe des in § 129 Absatz 5g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für den GKV-Bereich geregelten pauschalen Betrages angemessen. Dieser

beträgt ab dem 1. Januar 2021 je Lieferort und Tag 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer.

21.2.7 Die Abgabe von Zytostatika, die in der Apotheke eines Krankenhauses individuell für den einzelnen Patienten hergestellt und im Rahmen einer in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung verabreicht werden, ist steuerfrei (BFH, Urteil vom 24. September 2014, V R 19/11). Auf die Übergangsregelung des Bundesministeriums der Finanzen (Anwendungsschreiben vom 28. September 2016, III C 3- S 7170/11/10004) für vor dem 1. April 2017 durchgeführte Umsätze, die rückwirkend steuerfrei oder weiterhin steuerpflichtig behandelt werden können, wird hingewiesen.

21.2.9 Die Beihilfefähigkeit von Kontrazeptiva, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet sind, richtet sich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.

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 Absatz 1 Satz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes** nicht nachgewiesen ist.

21.3.2 Nicht beihilfefähig sind nach Absatz 3 Nummer 1 insbesondere folgende sogenannte Lifestyle-Arzneimittel:

Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)	
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 12 Setmelanotid (Ausnahme im Zusammenhang mit genetisch bestätigtem, durch Funktionsverlustmutationen bedingtem biallelischem Proopiomelanocortin [POMC]-Mangel [einschließlich PCSK1] oder biallelischem Leptinrezeptor [LEPR]-Mangel oder genetisch bestätigtem Bardet-Biedl-Syndrom bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren)	Imcrivee
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	
A 08 AH 01 Calotropis gigantea (madar)	Cefamadar
A 08 AH 02 Fucus vesiculosus	Cemafagar, Formoline A Figurtropfen Fucus-Gastreu S R59 Gracia Redumax, Refigura Fucus Tropfen
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 08 AX 02 Liraglutid	Saxenda
A 08 AX 03 Semaglutid (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Wegovy, Ozempic,
A 10 BJ 02 (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	
A 10 BJ 06 (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	
A 10 BX 16 Tirzepatid (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Mounjaro

Dulaglutid (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Trulicity
Abmagerungsmittel (peripher wirkend)	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	alli; XENICAL; alle generischen Orlistat-Fertigarzneimittel
Sexuelle Dysfunktion	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
C 04 AB 01 (gilt nur bei der Anwendung zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion)	
G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT; CAVERJECT Impuls; MUSE; VIRIDAL; Vitaros
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA; alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (Ausnahme Tadalafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern)	CIALIS alle generischen Tadalafil Fertigarzneimittel
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA alle generischen Vardenafil Fertigarzneimittel
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
G 04 BE 30 Kombinationen Aviptadil; Phentolaminmesilat	Invicorp
G 04 BE 52 Papaverin- Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	Priligy
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin
V 03 AB 36 Phentolamin (gilt nur bei der Anwendung zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion)	
Turnera diffusa	Cefagil; DESEO; libiLoges; Neradin
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex; Virilis – Gastreu S R41; Yohimbin Vitalkomplex
Nikotinabhängigkeit	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 06 AX 12 (gilt nur bei der Anwendung zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit)	
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN; Nicopass; Nicorette; Nicotin AL; Nicotin beta; Nicotinell; Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	Champix
N 07 BA 04 Cytisin	ASMOKEN
Steigerung des sexuellen Verlangens	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	
Turnera diffusa	Cefagil; DESEO; Neradin; Remisens
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex; Virilis – Gastreu S R 41; Yohimbin Vitalkomplex; LIBOMAX

Ein nach Absatz 3 Nummer 1 ausgeschlossenes Arzneimittel kann im Einzelfall aus Fürsorgegründen als medizinisch notwendig und beihilfefähig anerkannt werden, sofern das Mittel ausschließlich zur Behandlung einer anderen als in § 80 Absatz 5 Satz 1 Alternative 1 des **Sächsischen Beamtengesetzes** in Verbindung mit Absatz 3 Nummer 1 genannten Körperfunktionsstörung eingesetzt wird und es entweder kein anderes Mittel zur Behandlung der Krankheit gibt oder andere Mittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben (BVerwG, Urteil vom 18. Februar 2009, 2 C 23/08). Im Zweifel sind die Voraussetzungen durch eine Stellungnahme des behandelnden Arztes nachzuweisen.

- 21.3.3 Für die nach Absatz 3 Nummer 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 (OVG Münster, Beschluss vom 16. Dezember 2008, 6 A 4509/05; OVG Lüneburg, Beschluss vom 9. September 2008, 5 LA 329/06; VGH Mannheim, Urteil vom 19. Januar 2010, 4 S 1816/07; OVG Koblenz, Urteil vom 15. Dezember 2015, 2 A 10542/15; VG Neustadt [Weinstraße], Urteil vom 9. Mai 2012, 1 K 5/12.NW).
- 21.3.4 Die Festsetzungsstelle kann regelmäßig davon ausgehen, dass folgende Mittel der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen und deshalb nicht beihilfefähig sind, soweit sie nicht ohnehin nach Absatz 2 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen (insbesondere nach Nummer 21.2.2) oder nach § 25 als nicht beihilfefähige Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel zu qualifizieren sind: Nasenspray zur Befeuchtung der Nasenschleimhaut, Körperpflegemittel, Badezusätze, Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Heilwässer, Tees und Teemischungen (mit Ausnahme von Dekokten).

22 Zu § 22 Medizinprodukte

22.1 Zu Absatz 1

- 22.1.1 Der beihilferechtliche Medizinproduktebegriff wird entsprechend dem unionsrechtlichen Medizinproduktebegriff gemäß der Begriffsbestimmung in Artikel 2 Nummer 1 und für Zubehör nach Nummer 2 der Verordnung (EU) 2017/745 definiert. Die für die im Arzneimittel- und Medizinprodukterecht geltenden Abgrenzungskriterien finden auch im Beihilferecht Anwendung. Danach unterscheiden sich Medizinprodukte von Arzneimitteln durch ihre Funktionsweise. Medizinprodukte wirken in erster Linie physikalisch, während die Hauptwirkung von Arzneimitteln auf pharmakologische, immunologische oder metabolische Art erfolgt (zur insofern identischen Vorgängerregelung des Artikels 1 Absatz 2 Buchstabe a der Richtlinie 93/42/EWG vergleiche EuGH, Urteil vom 19. Januar 2023, C-495/21 Rn. 40 f.).
- 22.1.2 Das Medizinproduktegesetz wurde zum 26. Mai 2021 für alle Produkte im Anwendungsbereich der Verordnung (EU) 2017/745 durch das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz abgelöst. Für In-vitro-Diagnostika war es übergangsweise noch bis zum 25. Mai 2022 anzuwenden. Seit dem 26. Mai 2022 fallen auch diese gemäß § 2 Absatz 1 des Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes in den Anwendungsbereich des Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes. Ein In-vitro-Diagnostikum kann bei Erfüllung der in Artikel 2 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2017/746 definierten Voraussetzungen ein Medizinprodukt sein.

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 Absatz 3 Nummer 7 des Arzneimittelgesetzes nicht (mehr) als Arzneimittel im arzneimittelrechtlichen Sinne gelten (VGH München, Beschluss vom 12. Januar 2011, 14 B 10.1975).
- 22.2.3 Da für die Abgrenzung von stofflichem Medizinprodukt und Arzneimittel die Wirkungsweise des Mittels maßgeblich ist (vergleiche Nummer 22.1.1), kommt es nicht darauf an, unter welcher Bezeichnung der Hersteller das Erzeugnis auf den Markt bringt. Insofern kann auch ein als stoffliches Medizinprodukt vertriebenes Mittel ein Präsentationsarzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 1 des Arzneimittelgesetzes und Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a der Richtlinie 2001/83/EG sein (BVerwG, Urteile vom 14. September 2023, 3 C 1/23 und 3 C 2/23 zu Nasensprays mit gefriergetrockneten Pflanzenextrakten aus dem Rhizom des Alpenveilchens beziehungsweise einer Lösung mit Aloe Vera Gel), so dass sich die Beihilfefähigkeit dieses Produktes nach § 21 beurteilt.
- 22.2.4 Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für empfängnisverhütende Medizinprodukte, die aus Anlass

einer Krankheit verordnet wurden, ist entsprechend der Nummer 21.2.2 Satz 2 bis 6 zu beurteilen. Die Beihilfefähigkeit von empfängnisverhütenden Medizinprodukten, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet sind, richtet sich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.

22.2.5 Nach § 59 Absatz 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 Absatz 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 Hilfsmittel, die überwiegend zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen, der Anreizung oder Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen und Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, von der Erstattung ausgeschlossen. Ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die im Rahmen einer Operation im Sinne der Nummer 4.3.3 Satz 4 und 5 Verwendung finden (zum Beispiel Magenband). Gegenstände, die üblicherweise auch von Gesunden benutzt werden, sind auch bei hohen Kosten nicht beihilfefähig (VGH Mannheim, Urteil vom 6. Oktober 2016, 2 S 347/16 zu einem Pino-Tandem). 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 4 beihilfefähig. Die Ausbildungskosten zum Blindenführhund dagegen sind nicht beihilfefähig.

23.1.2 Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein.

23.1.3 Ein Eigenbehalt für Betriebs- und Unterhaltungskosten eines Hilfsmittels von höchstens 120 Euro ist nur dann vom beihilfefähigen Betrag abzuziehen, wenn die entsprechenden Kosten gesondert in der Rechnung ausgewiesen sind. Sind diese Kosten aus der Rechnung über eine Versorgungspauschale nicht ersichtlich, ist kein Eigenbehalt abzuziehen. Erstreckt sich der Versorgungszeitraum (laut Rechnung) über mehrere Kalenderjahre, ist für ausgewiesene Betriebs- und Unterhaltungskosten nur in dem Kalenderjahr der Rechnungsstellung (einmalig) ein Eigenbehalt nach Absatz 4 bei der Beihilfefestsetzung einzubehalten. Für die folgenden Kalenderjahre ist der Eigenbehalt nur dann wieder anzuwenden, wenn weitere Kosten für Betrieb und Unterhaltung dieses Hilfsmittels oder anderer Hilfsmittel angefallen sind.

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 180 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) Blutdruckmessgerät
- s) Blut(zucker)teststreifen
- t) Blutzuckermessgerät einschließlich Glukosemesssysteme zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (zum Beispiel CGM oder rtCGM – [real time] Continuous Glucose Monitoring oder FGM – Flash Glucose Monitoring [FreeStyleLibre])
- u) Bruchband

C

- a) Clavicula-Bandage
- b) Cochlea-Implantat einschließlich Zubehör
- c) Communicator (bei Sprech- oder Sprachstörungen)
- d) Computerspezialausstattung für Behinderte (zum Beispiel Clear Reader); Spezialhard- und -software bis zu insgesamt 4 000 Euro, gegebenenfalls zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 6 300 Euro
- e) CPM-Bewegungsschiene motorbetrieben (wenn Physiotherapie für einen alltagsrelevanten Bewegungsumfang des Gelenks nicht ausreicht)

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) Digitale Gesundheitsanwendungen, soweit im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten (abrufbar unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>)
- d) 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) Einlagen, sensomotorische, wenn mit konventionellen orthopädischen Schuheinlagen kein ausreichender Behandlungserfolg erzielt werden kann
- d) Einmal-Schutzhose zur Kontinenzsicherung bei Querschnittsgelähmten
- e) Elektrisch oder Batteriebetriebenes Rollstuhlzuggerät bei handbetriebenem Rollstuhl
- f) Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde (zum Beispiel OrCam MyEye/MyReader)
- g) Ekzem-Manschette
- h) Elektroscooter/-mobil bis zu 2 500 Euro
- i) Elektro-Stimulationsgerät (nicht zur Behandlung von Erektionsstörungen)
- j) Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
- k) Epitrain-Bandage
- l) 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) Fußteilentlastungsschuh, orthopädischer

G

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

H

- a) Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- b) Handgelenkriemen
- c) Harnteststreifen

- d) Hebekissen zur Umbettung, Anhebung und Hochlagerung dauernd Bettlägeriger
- e) Heimdialysegerät
- f) Heimbeatmungsgerät
- g) Helfende Hand, Scherenzange
- h) Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
- i) Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät und Zubehör
- j) Hi-ToP Hochtontherapiegerät bei Diabetes
- k) Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte, Taschengeräte, Hörbrillen, CROS-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte), ab dem 18. Lebensjahr begrenzt auf 1 750 Euro je Ohr einschließlich des notwendigen Zubehörs, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen separaten Fernbedienung
- l) Hüftbandage (zum Beispiel Hohmann-Bandage)
- m) Hysterophore bei inoperablem Gebärmuttervorfall

I

- a) Impulsvibrator (Abklopfgerät, zum Beispiel bei Mukoviszidose, Pankreasfibrose)
- b) Infusionsbesteck und -gerät und Zubehör
- c) Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
- d) Inkontinenzhilfen (Windeln, Einlagen, Vorlagen, Fixierhosen, Windelhosen) bei behandlungsbedürftiger mindestens mittlerer Blasen- oder Darminkontinenz, in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (insbesondere Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitiden) oder wenn neben der Blasen- oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne Inkontinenzhilfe der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitiden droht. Inkontinenzhilfen sind auch beihilfefähig, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht wird.
- e) Innenschuh, orthopädischer
- f) Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

K

- a) Kanülen und Zubehör
- b) Katapultsitz
- c) Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
- d) Kieferspreizgerät
- 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 (zum Beispiel Prothesen) einschließlich Zubehör (Bei Brustprothesenhaltern ist ein Eigenanteil von 17 Euro zu berücksichtigen und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen von 45 Euro.)
- m) Kompressionsbinden/-strümpfe/-strumpfhose und andere Hilfsmittel der Kompressionstherapie
- n) Koordinator nach Schielbehandlung
- o) Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- p) Kopfschützer
- q) Korrektursicherungsschuh, orthopädischer (zum Beispiel Anti-Varus-Schuh)
- r) Krampfaderbinde
- s) Krankenfahrstuhl (auch elektrisch) und Zubehör
- t) Krankenpflegebett
- u) Krankenstock
- v) Kreuzstützbandage

w) 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, Vorlesebrille/-kamera)
- d) Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- e) Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
- f) Lispelsonde
- g) Lumbalbandage

M

- a) Malleotrain-Bandage
- b) Mangoldsche Schnürbandage
- c) Manutrain-Bandage
- d) Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 78 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) Badeschuhe – Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach vier Jahren.
- e) Milchpumpe
- f) Mundsperrerr (bei krankheitsbedingter Verkrampfung der Kiefermuskulatur)
- g) Mundstab/-greifstab

N

- a) Nagelkorrekturspange (zum Beispiel Orthonyxie-Spange)
- b) Narbenschützer
- c) Neurodermitis-Overall zweimal je Jahr für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bis zur Höhe von 90 Euro je Overall

O

- a) Okklusionsfolien, Okklusionspflaster
- b) Orthese (auch Wirbelsäulenorthese (Korsett), Redressions-Korrektur-Schühchen), Orthoprothese, Korrekturschiene, Haltemanschetten
- c) Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 78 Euro übersteigen
- d) Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal 6 Paar Schuhen je Jahr

P

- a) Pavlikbandage
- b) Peak-Flow-Meter
- c) Penisklemme
- d) Peroneausschiene, Heidelberger Winkel
- e) Perücke oder sonstige Kopfhairersatzstücke (zum Beispiel Toupets, Haarteile, Haarkreationen) bei totalem, sehr weitgehendem oder krankhaft entstellendem partiellen Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata) oder bei erheblicher Verunstaltung des Kopfes (zum Beispiel infolge Schädelverletzung oder verunstaltender Narben) bis zu 600 Euro
- f) Pflaster
- g) Phonator
- h) Polarimeter
- i) Psoriasisikamm

Q

Quengelschiene

R

- a) Reflektometer

- b) Rektophor
- c) Rollator
- d) Rollbrett
- e) Rutschbrett

S

- a) Schede-Rad
- b) Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe
- c) Schrägliegebrett
- d) Schreibtelefon, nur bei sprachbehinderten Schülern
- e) Schutzbrille für Blinde
- f) Schutzhelm für Behinderte
- g) Schwellstromapparat (zur Behandlung von Stuhlinkontinenz)
- h) Segufix-Bandagensystem
- i) Selbsttonometer (zur Messung des Augeninnendrucks)
- j) Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
- k) Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
- l) Skolioseumkrümmungsbandage
- m) Spezialschuh für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 78 Euro übersteigen
- n) Sphinkter-Stimulator
- o) Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- p) Spreizfußbandage
- q) Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
- r) Spritzen
- s) Stabilisationsschuhe, orthopädische (nur bei Sprunggelenkbandschäden, Achillessehenschädigungen oder Lähmungszuständen)
- t) Stehübungsgerät
- u) Steh- und Gehtrainer (zum Beispiel Innowalk)
- v) Steriles Befestigungsmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Idealbinden, elastische Fixierbinden, Trikotschlauchbinden, Dreieckstücher)
- w) Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- x) Strickleiter zum Aufrichten, Heben und Umsetzen Gelähmter
- y) Stubbies (für Knieamputierte)
- z) Stumpfschutzhülle, Stumpfstrumpf
- aa) Suspensorium
- bb) Symphysen-Gürtel

T

- a) (Talocrur)Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
- b) Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)
- c) Therapiestuhl
- d) Tinnitus-Masker, Tinnitus-Therapie-Gerät, auch in Kombination mit Hörgeräten
- e) Toilettenhilfe
- f) Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät
- g) 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 (Drehscheibe, Aufrichteschlaufe und Ähnliches)
- d) Unterkiefer-Protrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe
- e) Urinale, Urinflaschen

f) Urostomie-Beutel

V

a) Verbandsschuhe (zum Beispiel Schaumstoff-Therapieschuh)

b) Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit

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). Enthalten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Hinweise zur Anwendung von Hilfsmitteln (zum Beispiel die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ zur Glukosemessung mit rtCGM) können diese für die beihilferechtliche Bewertung herangezogen werden.

23.2.3

Folgende Hilfsmittel sind bereits durch § 80 Absatz 5 Satz 1 des **Sächsischen Beamtengesetzes** 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) Assistenzhunde (soweit nicht unter Nummer 23.2.1 aufgeführt; zum Beispiel Diabetikerwarnhund, Epilepsiewarnhund)

h) Augenheizkissen

i) Autofahrerrückenstütze

j) Autokindersitz

k) Autokofferraumlifter

l) 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) Brillenetuis
- n) Brückentisch
- o) 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) Endgeräte, die zur Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen erforderlich sind und Aufwendungen für die technische Anbindung, den Betrieb und für Telekommunikationsdienstleistungen (zum Beispiel zum Betrieb und Nutzung einer App zur Kontrolle einer Diabetes-Erkrankung, VGH München, Beschluss vom 4. März 2024, 24 ZB 23.1840)
- j) Erektionshilfen
- k) Ergometer
- l) Expander (zum Beispiel GEX-Gelenkexpander)
- m) E-Zigarette

F

- a) Fieberthermometer
- b) (Funk-)Lichtwecker
- c) Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

G

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

H

- a) Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 23.2.1 aufgeführt)
- b) Handtrainer
- c) Hängeliege
- d) Hantel (Federhantel)
- e) Hausnotrufsystem
- f) Hautschutzmittel
- g) Heimtrainer und sonstige Fitnessgeräte (zum Beispiel Galileo S 25 Trainingsgerät, VGH Mannheim, Urteil vom 15. November 2023, 2 S 984/23)
- 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, es handelt sich um eine Inkontinenzhilfe im Sinne von Nummer 23.2.1 Großbuchstabe I Buchstabe d

i) Kreislaufgerät „Schiele“

L

a) Lagerungskissen/-stütze, Ausnahme: Abduktionslagerungskeil

b) Lastenrad (VG Hamburg, Urteil vom 4. Januar 2023, 14 K 2111/21)

c) 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) Treppensteiggerät für Rollstühle (Treppenraupe, Treppensteiger)
- h) Tünkers-Butler (Elektrorollstuhl mit Sitzlift)

U

- a) Übungsmatte
- b) Ultraschalltherapiegeräte
- c) Urin-Prüfgerät Uromat

V

Venenkissen ,-nachtstrumpf

W

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

Z

- a) Zahnpflegemittel
- b) Zweirad

- 23.2.4 Die Nummern 23.2.1 und 23.2.3 enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt der Medizintechnik angebotenen Produkte und schnellen Entwicklung neuer Modelle ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel oder sogar aller von den Herstellern auf den Markt gebrachten Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der dort genannten Oberbegriffe fällt.
- 23.2.5 Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, die weder in Nummer 23.2.1 noch in Nummer 23.2.3 aufgeführt sind und den dort aufgeführten Hilfsmitteln nicht vergleichbar sind und deren Anschaffungswert im Einzelfall einen Betrag von 1 000 Euro übersteigt, entscheidet im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.
- 23.2.6 Für Hilfsmittel ist eine vorherige schriftliche Verordnung durch einen Arzt oder bei Hilfsmitteln im Zahn- und Kieferbereich durch einen Zahnarzt erforderlich. Digitale Gesundheitsanwendungen können auch von einem Psychotherapeuten verordnet werden. Eine Verordnung durch einen 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 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#) und die [Sächsische Beihilfeverordnung](#) sowie besondere Fürsorgeaspekte (§ 45 des Beamtenstatusgesetzes). 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 Absatz 6 Satz 3), Hörgeräte (§ 23 Absatz 7 Satz 5), Maßschuhe (§ 23 Absatz 9 Nummer 1 Buchstabe c) und Sehhilfen (§ 24 Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit Nummer 24.4.2, § 24 Absatz 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. Aufwendungen für das wiederholte Verkleben von Kopfhaaersatzstücken sind Betriebs- und Unterhaltungskosten, nicht aber die Aufwendungen für Pflege und Reinigung. Aufwendungen für Zulassung und Versicherung von Hilfsmitteln (zum Beispiel für Elektroscooter) sind nicht den Betriebs- und Unterhaltungskosten zuzurechnen und somit nicht beihilfefähig.
- 23.4.2 Der Eigenanteil ist bei der Belastungsgrenze (§ 61) nicht zu berücksichtigen.
- 23.4.3 Cochlea-Implantate sind keine Hörgeräte im Sinne des Absatzes 4. Batterien für diese Implantate sind daher nach Maßgabe des Halbsatzes 1 beihilfefähig.
- 23.4.4 Zu den Batterien für Hörgeräte zählen auch Akkus und Ladegeräte.
- 23.5 Zu Absatz 5** (bleibt frei)
- 23.6 Zu Absatz 6**
- 23.6.1 Die Frist für die erneute Beihilfefähigkeit einer Perücke oder eines Kopfhaaersatzstückes von drei Jahren bezieht sich auf die zu ersetzende Perücke. Die Erstperücke kann somit nach drei Jahren der Beschaffung ersetzt werden, die Zweitperücke ebenfalls drei Jahre nach ihrer Beschaffung.
- 23.6.2 Für Kinder unter 18 Jahren ist eine Ersatzbeschaffung auch innerhalb des Vierjahreszeitraumes beihilfefähig.
- 23.7 Zu Absatz 7**
- 23.7.1 Zu den beihilfefähigen Hörhilfen zählen:
- Hörgeräte (Luftleitungsgeräte und Knochenleitungsgeräte),
 - Tinnitusgeräte (dazu zählen auch kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte, sogenannte Tinnitusinstrumente) und
 - Übertragungsanlagen (nur zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen) und deren medizinisch notwendiges Zubehör wie Fernbedienungen, Mikrofone oder spezielle Adapter für externe Audiogeräte.
- 23.7.2 Der Höchstbetrag von 1 750 Euro kann bei Vorliegen einer besonderen Härte im Sinne des § 4 Absatz 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).
- 23.7.3 Für Kinder unter 18 Jahren ist eine Ersatzbeschaffung auch innerhalb des Vierjahreszeitraumes beihilfefähig.
- 23.8 Zu Absatz 8**
- 23.8.1 Die in den 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.
- 23.9.2 Der Eigenanteil ist bei der Belastungsgrenze (§ 61) nicht zu berücksichtigen.
- 23.9.3 Dient das Schuhwerk einer nur vorübergehenden Versorgung, sind keine Eigenanteile zu berücksichtigen.
- 23.10 Zu Absatz 10** (bleibt frei)
- 23.11 Zu Absatz 11** (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. Aufwendungen für eine Sehhilfe im Umfang der Absätze 3 bis 8 sind auch dann beihilfefähig, wenn bei einer Operation unter den Voraussetzungen der Nummer 2 Buchstabe b Anlage 1 zu § 4 Absatz 4 Satz 2 (zum Beispiel bei grauem Star oder Aphakie) eine künstliche Intraokularlinse implantiert wurde und diese den Sehfehler nicht vollständig ausgleicht.

24.2.2 Eine Reparatur der Brillenfassung ist nur bei Schulsportbrillen beihilfefähig (§ 23 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 24 Absatz 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. Eine ärztliche Verordnung ist jedoch weiterhin erforderlich, wenn Indikationen vorliegen, bei denen zusätzliche Beihilfeleistungen, beispielsweise für Aufwendungen von Kurzzeitlinsen, für eine zusätzliche Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen oder für vergrößernde Sehhilfen, in Anspruch genommen werden.

24.4 Zu Absatz 4

24.4.1 Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen sind ab Vollendung des 18. Lebensjahres unabhängig von der Sehstärke und unabhängig von Indikationen einheitlich bis zu einem Höchstbetrag von 110 Euro (für Sehhilfenkauf bis 31. Dezember 2023 100 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 oder der beihilfefähige Höchstbetrag in diesem Zeitraum ausgeschöpft wurde. 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 110 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 Hat sich die Fehlsichtigkeit nach ärztlicher Bescheinigung vor Ablauf von zwei Jahren so stark geändert, dass Brillengläser oder Kontaktlinsen neu beschafft werden müssen (Änderung der Fehlsichtigkeit um mindestens 1 Dioptrie), kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht (§ 4 Absatz 3 Satz 2) nochmals Beihilfe im Rahmen des Höchstbetrages von 110 Euro je Auge gewährt werden. Die neue Zwei-Jahres-Frist beginnt dann mit dem Tag der Ersatzbeschaffung. Eine Änderung der Sehstärke liegt nur vor, wenn gleichartige Sehbereiche betroffen sind. Zum Beispiel ist der Ersatz von Gläsern für eine Nahbrille durch Gläser für eine Fernbrille nicht beihilfefähig. Beihilfefähig können Aufwendungen für den Ersatz von Gläsern einer Nahbrille durch Gleitsichtgläser sein, wenn sich die Fehlsichtigkeit im Nahbereich um 1 Dioptrie geändert hat. Wird im Zwei-Jahres-Zeitraum Beihilfe für mehrere Sehhilfen beantragt, weil der beihilfefähige Höchstbetrag mit der ersten noch nicht ausgeschöpft war, sind Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung im vorgenannten Sinne nur für die zuerst beantragte Sehhilfe beihilfefähig. Wurde Beihilfe für zwei Sehhilfen gleichzeitig beantragt (zum Beispiel Nah- und Fernbrille) kann nur für eine davon im Wege der vorgenannten Ersatzbeschaffung Beihilfe vor Ablauf des Zwei-Jahres-Zeitraums gewährt werden.

Beispiel:

Die Erstbeschaffung der Brille erfolgte am 10. September 2023. Der beihilfefähige Betrag von 200 Euro für zwei Gläser wurde bei der Beihilfefestsetzung ausgeschöpft. Der beihilfefähige Höchstbetrag könnte grundsätzlich erst wieder für ab dem 10. September 2025 entstehende Aufwendungen für Gläser in Anspruch genommen werden. Im Februar 2025 wird aber eine Augenoperation an beiden Augen durchgeführt, durch die die Fehlsichtigkeit teilweise ausgeglichen wird. Am 6. März 2025 werden neue Brillengläser mit den um mindestens 1 Dioptrie geänderten Sehstärkewerten gekauft. Die Aufwendungen sind pro Glas bis zur Höhe von 110 Euro beziehungsweise für beide Gläser bis zur Höhe von insgesamt 220 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für weitere Brillengläser sind erst ab einem Kauf ab 6. März 2027 wieder bis zur Höhe von 110 Euro pro Glas beihilfefähig.

24.4.3 Aufwendungen für Brillenversicherungen und Brillenetuis sind nicht beihilfefähig (Nummer 23.2.3).

24.4.4 Aufwendungen für spezielle Bildschirmarbeitsplatzbrillen sind von der Beihilfefähigkeit aus Gründen der Subsidiarität der Beihilfe (§ 80 Absatz 1 Satz 1 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#)) ausgeschlossen, da die Kosten hierfür bei Vorliegen der Voraussetzungen vom Dienstherrn übernommen werden (§ 6 der Bildschirmarbeitsverordnung in Verbindung mit Anhang Teil 4 Absatz 2 Nummer 1 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge).

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 Wird bei eingesetzten Kontaktlinsen zusätzlich eine Brille benötigt, um die Fehlsichtigkeit im erforderlichen Umfang auszugleichen, sind auch die Aufwendungen für Brillengläser bis zu 110 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 Aphakie festgestellt, können die Aufwendungen für Brillengläser für den Nahbereich einer weiteren (zweiten) Brille – ebenfalls bis zu 110 Euro je Auge – anerkannt werden. Die Gläser der ersten Brille müssen dabei nicht auf den Nahbereich beschränkt sein (zum Beispiel Gleitsichtgläser). Gläser pro Gleitsichtbrille sind nur einmal beihilfefähig und nicht wegen der Abdeckung zweier Sehbereiche als Doppelanschaffung von Brillengläsern zu bewerten (VG Chemnitz, Urteil vom 8. Juli 2015, 3 K 965/13). Der beihilfefähige Höchstbetrag kann somit pro Glas nur einmal zum Ansatz kommen. Ist die Aphakie durch die Implantation einer künstlichen Intraokularlinse ausgeglichen (Pseudoaphakie), sind die Aufwendungen für eine zweite Brille nicht beihilfefähig. Ob die Beihilfe für die Kontaktlinsen ebenfalls auf 110 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 Fernrohr Lupen Brillensysteme (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 in Höhe von 64 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. Sie müssen von einem Arzt verordnet sein. 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 Absatz 1 nur Arzneimittel, stoffliche Medizinprodukte und Verbandmittel eigenbeteiligungspflichtig sind, fallen beihilfefähige Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel nicht unter die eigenbeteiligungspflichtigen Mittel; ein Abzug nach § 59 Absatz 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) und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte).

26.2 Zu Absatz 2

- 26.2.1 Aufwendungen für die von Vertretern von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandten Heilmittel sind unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 6 und der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2 beihilfefähig. Aufwendungen, die auf einer ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung beruhen, deren Therapieansatz beziehungsweise Therapiedauer nicht von der verordnenden sondern von der leistungserbringenden Person bestimmt wird (sogenannte „Blankoverordnungen“, zum Beispiel in den Bereichen Ergotherapie und Physiotherapie), sind nur für einen Zeitraum von 16 Wochen ab Verordnungsdatum dem Grunde nach beihilfefähig. Die Liste der Heilmittel ist abschließend. Bei den Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. Die vorgegebene Mindestbehandlungsdauer ist die Regelbehandlungszeit. Bei einer durch den Verordner oder dem Leistungserbringer begründeten Abweichung von der Mindestbehandlungszeit ist eine anteilige Kürzung oder Erhöhung des jeweiligen Höchstbetrages möglich. Sogenannte Doppelbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn Doppelbehandlungen verordnet oder zwei der verordneten Behandlungen hintereinander durchgeführt worden sind (vergleiche VG Dresden, Urteil vom 12. November 2013, 11 K 1709/12). Die Höchstbeträge für beihilfeberechtigte Personen im Ausland bemessen sich nach den ortsüblichen Gebühren (§ 4 Absatz 7).
- 26.2.2 Heilmittel sind dem Grunde nach auch dann beihilfefähig, wenn sie als telemedizinische Leistung in Echtzeit erbracht werden (vergleiche auch § 11 Absatz 3 der Heilmittel-Richtlinie und § 9 Absatz 3 der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte).
- 26.2.3 Werden vergleichbare Leistungen von einem Arzt oder Zahnarzt erbracht, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den Nummern 500 ff. des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Bei osteopathischen Behandlungen sind die Aufwendungen im Rahmen einer Analogabrechnung nach der Nummer 3306 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte 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. Aufwendungen für osteopathische Behandlungen, die nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind bis zu dem Höchstbetrag für manuelle Therapie beihilfefähig.
- 26.2.4 Die schriftliche Verordnung von Ergotherapie kann auch durch einen Psychotherapeuten (§ 16 Absatz 4 Satz 1) erfolgen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie (§ 16 Absatz 2 und 3), neuropsychologischer Therapie (§ 27 Absatz 5) oder aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2020 vorliegt (vergleiche Heilmittel-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses).
- 26.2.5 Das Heilmittel muss von einem Angehörigen der folgenden Gesundheits- oder Medizinalfachberufe, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht, erbracht werden:
- a) Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

- Physiotherapeut (vergleiche § 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes),
 - Masseur und medizinischer Bademeister (vergleiche § 16 Absatz 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes),
 - Krankengymnast (vergleiche § 16 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes),
- b) Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Logopäde (vergleiche § 1 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden),
 - staatlich anerkannter Sprachtherapeut (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499),
 - staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157),
 - medizinischer Sprachheilpädagoge,
 - klinischer Linguist,
 - klinischer Sprechwissenschaftler,
 - bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch Sprachheilpädagoge, Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte, Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte, Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - Diplompatholinguist, Akademischer Sprachtherapeut,
- c) Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) einschließlich ergänzende Kälte- und Wärmebehandlung
- Ergotherapeut (vergleiche § 1 des Ergotherapeutengesetzes)
 - Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut (vergleiche §§ 8 und 9 des Ergotherapeutengesetzes),
- d) Bereich Podologie
- Podologe (vergleiche § 1 des Podologengesetzes)
 - medizinischer Fußpfleger (vergleiche §§ 1 und 10 des Podologengesetzes),
- e) Bereich Ernährungstherapie
- Diätassistent,
 - Ökotrophologe,
 - Ernährungswissenschaftler
- 26.2.6 Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen.
- 26.2.7 Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Kunsttherapeuten, Malthérapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonder- oder Förderschullehrern, Sportlehrern, Motopäden oder Orthoptisten erbracht werden.
- 26.2.8 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 Absatz 2.
- 26.3 Zu Absatz 3**
- 26.3.1 Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- krankengymnastische Einzeltherapie,
 - Physiotherapie nach Bedarf,
 - MAT oder MTT
- Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Nummer 15 der Anlage 3 abgegolten.
- 26.3.2 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 26.3.3 Die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe 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.
- 26.3.4 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.

26.4

Zu Absatz 4

26.4.1

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (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 Schwellenwert der Gebühren des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur MTT einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sowie die Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung nach Abschluss der Behandlungsserie (analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte).
- MTT mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (zum Beispiel MedX-CE-/und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

26.4.2

Werden diese Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach den Nummern 3 und 16 der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2.

26.4.3

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.

26.4.4

Aufwendungen für eine Onkologische Trainingstherapie (OTT) für an Krebs erkrankte Personen sind ohne Einhaltung einer Begrenzung der Trainingseinheiten beihilfefähig. Die Aufwendungen sind in entsprechender Anwendung der Höchstbeträge nach den Nummern 3 und 16 der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2 als beihilfefähig anzuerkennen.

26.4.5

Aufwendungen für 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.

26.5

Zu Absatz 5

26.5.1

Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Nummer 21 der Anlage 3 umfassen folgende Leistungen:

- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
- b) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
- c) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
- d) angepasstes, gerätegestütztes Training,
- e) Anwendung entstauender Techniken,
- f) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
- g) ergänzende Beratung,
- h) Begleitung in der letzten Lebensphase,
- i) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
- j) Hilfsmittelversorgung,
- k) interdisziplinäre Absprachen.

26.6

Zu Absatz 6

26.6.1

Der beihilfefähige Höchstbetrag ermittelt sich nach einem 5-Stufen-System, wobei grundsätzlich der in der Anlage 3 ausgewiesene Höchstbetrag gilt (1. Stufe).

26.6.2

Da Heilmittelleistungserbringer bei privat versicherten Beihilfeberechtigten und deren

berücksichtigungsfähigen Angehörigen erfahrungsgemäß höhere Preise verlangen, kann die Festsetzungsstelle den erstattungsfähigen Höchstbetrag nach Anlage 3 um 10 Prozent überschreiten (2. Stufe).

- 26.6.3.1 Wegen § 80 Absatz 9 Satz 5 des **Sächsischen Beamtengesetzes** sind Heilmittel jedoch mindestens in Höhe der im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Beträge beihilfefähig (vergleiche Nummer 4.8.2). Die Heilmittelversorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist dadurch gekennzeichnet, dass der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer für jedes Heilmittel einen Vertrag und eine Vergütungsvereinbarung hierzu nach §§ 125, 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abschließt. Daher hat die Festsetzungsstelle der Beihilfefestsetzung die in diesen Vergütungsvereinbarungen vereinbarten Preise – auch ohne ausdrückliche Anordnung des Staatsministeriums der Finanzen nach § 4 Absatz 8 Satz 2 – als Höchstbeträge zugrunde zu legen, wenn selbst der 1,1-fache Betrag der in der Anlage 3 ausgewiesenen Obergrenze unterhalb der Vergütungsvereinbarung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, auch wenn diese in der Anlage 3 noch nicht nachvollzogen wurden (3. Stufe). Dies gilt jedoch nur dann, wenn mit der Vergütungsvereinbarung ausschließlich die Preise anpasst werden. Werden gleichzeitig Änderungen der in Rede stehenden Leistungsposition gegenüber der in der Anlage 3 enthaltenen Leistungsbezeichnung vereinbart, bleibt es bei dem in der Anlage 3 für diese Leistungsposition genannten beihilfefähigen Höchstbetrag. In diesem Falle bedarf es zunächst einer Anpassung der Anlage 3 oder übergangsweise einer Anordnung nach § 4 Absatz 8 Satz 2 durch das Staatsministerium der Finanzen.
- 26.6.3.2 Die Festsetzungsstellen haben Vergütungsvereinbarungen über Heilmittel der Beihilfefestsetzung jedoch nur dann zugrunde zu legen, wenn ihnen diese nach § 4 Absatz 6 Satz 5 bekannt sind. Eine aktive Recherche- und Nachforschungspflicht der Festsetzungsstellen besteht nicht. Das Staatsministerium der Finanzen informiert die Festsetzungsstellen über die in den Vergütungsvereinbarungen vereinbarten Preise, sobald sie ihm bekannt sind.
- 26.6.4 Ausgangswert für die mögliche zehnzprozentige Erhöhung (im Rahmen der 2. Stufe) ist stets der in Anlage 3 genannte Höchstbetrag, nicht jedoch ein infolge einer Vergütungsvereinbarung nach §§ 125, 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhöhter Preis, da § 80 Absatz 9 Satz 5 des **Sächsischen Beamtengesetzes** kein Leistungs- und Vergütungsniveau oberhalb des im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geforderten Preisniveaus erfordert.
- 26.6.5.1 In Ausnahmefällen ist darüber hinaus ein um bis zu 60 Prozent erhöhter Betrag beihilfefähig (4. Stufe). Ebenso wie bei der 2. Stufe berechnet sich der erhöhte Betrag aufgrund der als absolute Obergrenze formulierten Vorschrift nur auf der Grundlage des in der Anlage 3 genannten Höchstbetrages und nicht auf der Grundlage eines aufgrund einer Vergütungsvereinbarung erhöhten Wertes.
- 26.6.5.2 Der Beihilfeberechtigte hat in diesen Fällen nachzuweisen, dass er bei drei Heilmittelerbringern in Wohnortnähe (vergleiche hierzu Nummer 37.2.6.1) keine Leistungen zu dem 1,1-fachen Höchstbetrag der Anlage 3 beziehungsweise zu dem in der Vergütungsvereinbarung nach §§ 125, 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgewiesenen Betrag erhalten konnte. Der Nachweis kann neben einem Kostenvoranschlag oder einem konkreten Angebot auch durch die Vorlage von Preislisten der Heilmittelerbringer erfolgen.
- 26.6.5.3 Beispiel: Der Beihilfeberechtigte erhält eine Rechnung von seiner Physiotherapiepraxis P über 52 Euro für eine Behandlungseinheit Manuelle Therapie. Der Beihilfeberechtigte hat außer der Rechnung seiner Praxis auch das Angebot einer anderen Praxis A über 48 Euro sowie einen Kostenvoranschlag eines weiteren Heilmittelerbringers H über 55 Euro eingereicht. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben der GKV-Spitzenverband und der Verband der Physiotherapeuten eine Vereinbarung über die Anhebung des Höchstbetrags von 31 Euro auf 37 Euro bei Senkung des Richtwerts für die Behandlungsdauer von 30 Minuten auf 25 Minuten getroffen.
- Nach Nummer 11 der Anlage 3 sind für eine Behandlung (Richtwert: 30 Minuten) bis zu 32,20 Euro beihilfefähig (1. Stufe). Nach § 26 Absatz 6 Satz 2 kann die Festsetzungsstelle einen Höchstbetrag von 35,42 Euro (32,20 Euro + 10 Prozent) zugrunde legen (2. Stufe). Der erhöhte Betrag von 37 Euro im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kann (im Rahmen der 3. Stufe) nicht zugrunde gelegt werden, da mit der Vereinbarung nicht nur der Preis, sondern auch die Leistungsposition geändert wurde (hierzu Nummer 26.6.3.1). Erst recht kann von diesem Betrag keine zehnzprozentige Erhöhung auf 40,70 Euro vorgenommen werden, da sich diese Erhöhungsmöglichkeit immer nur auf den in der Anlage 3 ausgewiesenen Betrag bezieht (hierzu Nummer 26.6.4). Ausgehend von dem in der Anlage 3 ausgewiesenen Betrag von 32,20 Euro kann nach Satz 3 als 1,6-facher Betrag maximal 51,52 Euro (32,20 Euro + 60 Prozent) als beihilfefähiger Höchstbetrag zugrunde gelegt werden. Da eines der Alternativangebote jedoch einen günstigeren Betrag ausweist, ist als beihilfefähiger Höchstbetrag nur der Betrag des Vergleichsangebotes von 48 Euro zugrunde zu legen (4. Stufe). Der

- Maximalbetrag von 51,52 Euro könnte der Beihilfefestsetzung nur dann zugrunde gelegt werden, wenn auch das zweite Vergleichsangebot diesen Betrag nicht unterschreitet.
- 26.6.5.4 Kann der Beihilfeberechtigte nicht die erforderliche Anzahl an Angeboten, Kostenvoranschlägen oder Preislisten von Heilmittelerbringern vorlegen, kann die Festsetzungsstelle den 1,6-fachen Satz der zugrundeliegenden Leistungsposition der Anlage 3 auch dann der Beihilfefestsetzung zugrunde legen, wenn der Beihilfeberechtigte unter namentlicher Nennung der angefragten Heilmittelerbringer glaubhaft macht, dass von ihnen zeitnah kein Vergleichsangebot zu erlangen war. In diesem Fall kann der Beihilfebescheid unter dem Vorbehalt der Aufhebung und der Rückforderung der geleisteten Beihilfe erlassen werden; Nummer 4.2.6 gilt entsprechend.
- 26.6.5.5 In Fällen langfristigen Heilmittelbedarfs (Dauerbehandlung), insbesondere nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 8 der Heilmittel-Richtlinie, genügt die Vorlage von Vergleichsangeboten zu Beginn der verordneten Dauerbehandlung. Preissteigerungen während der laufenden Dauerbehandlung sind bis zum 1,6-fachen Satz der zugrundeliegenden Leistungsposition der Anlage 3 beihilfefähig und erfordern nicht die Vorlage neuer Vergleichsangebote.
- 26.6.5.6 Werden in einer Verordnung mehrere Heilmittel verordnet, ist auf die Gesamtkosten der Leistung abzustellen, da ansonsten eine nicht sachgerechte Aufsplittung der Behandlung bei mehreren Heilmittelerbringern erfolgen müsste.
Beispiel (zum Stand: 1. Januar 2024):
Eine ärztliche Verordnung enthält die Heilmittelmaßnahmen Krankengymnastik als Einzelbehandlung, Elektrotherapie und Manuelle Lymphdrainage (30 Minuten). Nach der Anlage 3 sind die Heilmittel bis zu den Höchstbeträgen 26,80 Euro (Nummer 4), 8,20 Euro (Nummer 42) und 32,50 Euro (Nummer 19a), insgesamt bis zu einem Gesamthöchstbetrag in Höhe von 67,50 Euro beihilfefähig, Praxis P bietet diese Heilmittel für 30 Euro, 10 Euro und 37 Euro je Behandlungseinheit (insgesamt 77 Euro) an; Praxis A für 32 Euro, 8,20 Euro und 38 Euro je Behandlungseinheit (insgesamt 78,20 Euro) an und Praxis B für 32 Euro, 11,50 Euro und 36 Euro je Behandlungseinheit (insgesamt 79,50 Euro). Ein auf die jeweiligen Heilmittel abstellender Kostenvergleich ergäbe, dass jedes Heilmittel bei einem anderen Heilmittelerbringer kostengünstiger wäre, wobei der Preis für Elektrotherapie in der Praxis A sich sogar innerhalb des in der Anlage 3 ausgewiesenen Höchstbetrages bewegt. Da aber auf die Gesamtkosten abzustellen ist, können alle Heilmittelmaßnahmen in der insgesamt kostengünstigsten Praxis P durchgeführt werden. Da die Höhe der in der Praxis P anfallenden Aufwendungen in Höhe von 73 Euro innerhalb des 1,6-fachen Betrages nach Satz 3 von insgesamt 67,50 Euro (Gesamtbetrag 108 Euro) liegt, sind diese Aufwendungen beihilfefähig.
- 26.6.5.7 In Fällen sogenannter „Blankoverordnungen“ (vergleiche Nummer 26.2.1) ist die Zugrundelegung des 1,6-fachen Satzes der jeweiligen Leistungsposition nicht ausgeschlossen. Da der Heilmittelerbringer die konkrete Therapieart nicht in jedem Fall auf der Grundlage der in der Blankoverordnung angegebenen Diagnose beurteilen kann und gegebenenfalls eine eigene Untersuchung vornehmen muss, ist die Vorlage weiterer Angebote oder Kostenvoranschläge auch eine Woche nach Behandlungsbeginn möglich. Für den Kostenvergleich genügt es, wenn die beiden weiteren Angebote oder Kostenvoranschläge auf der Grundlage der im Erstangebot für erforderlich erachteten Therapieart erstellt werden. Nimmt der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige die Behandlung vor Ablauf der Wochenfrist auf und stellt sich nach Vorlage aller drei Angebote oder Kostenvoranschläge heraus, dass die Behandlung bei einem anderen Heilmittelerbringer kostengünstiger wäre, kann er trotz Einräumung der Wochenfrist nicht darauf vertrauen, dass für die begonnene Behandlung der 1,6-fache Satz der entsprechenden Leistungsposition als beihilfefähig anerkannt wird. In diesen Fällen kann nach der 2. Stufe allenfalls der 1,1-fache Satz zugrunde gelegt werden (vergleiche Nummer 26.6.2).
- 26.6.5.8 Im Fall der erstmaligen Antragstellung bei Überschreitung der 1,1-fachen Höchstgrenze kann für einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2025 auf den Nachweis des Beihilfeberechtigten, dass keine günstigere Beschaffung möglich ist, verzichtet werden. Zugleich ist er von der Festsetzungsstelle schriftlich über die Voraussetzungen einer künftigen Kostenerstattung über den Höchstbetrag hinaus zu informieren. Dies kann mittels folgenden Textes erfolgen:
„Die Angemessenheit der Kosten für Heilmittel bestimmt sich grundsätzlich nach § 26 Absatz 2 i. V. m. Anlage 3 [Sächsische Beihilfeverordnung \(SächsBhVO\)](#). Danach beträgt der beihilfefähige Höchstbetrag für *Bezeichnung* XX,XX EUR je Behandlung und unter Zugrundelegung der Sonderregelung des § 26 Absatz 6 Satz 2 YY,YY EUR. Gemäß § 26 Absatz 6 Satz 3 können die Kosten für Heilmittel auch über die in der [SächsBhVO](#) genannten Höchstbeträge hinaus erstattet werden, wenn keine günstigere Beschaffung möglich ist. Dies ist bei Inanspruchnahme künftiger Behandlungen durch Vorlage von mindestens zwei weiteren Kostenvoranschlägen oder Angeboten

durch Sie nachweisbar. Diese Kostenvoranschläge oder Angebote sind spätestens mit dem Beihilfeantrag auf Erstattung künftiger Aufwendungen für Heilmittel vorzulegen. Ansonsten kann die Kostenerstattung künftig nur bis zu den in § 26 Absatz 6 Satz 2 und der Anlage 3 der SächsBhVO genannten Höchstbeträgen erfolgen. Die Aufwendungen für *Bezeichnung in Höhe von XX,XX EUR* je Behandlung (vgl. *Rechnung vom xx.yy.zzzz*) werden Ihnen ausnahmsweise einmalig in voller Höhe, jedoch maximal zum 1,6-fachen Satz der zugrundeliegenden Leistungsposition der Anlage 3 der SächsBhVO, zum Bemessungssatz erstattet.“

26.6.6 Das Staatsministerium der Finanzen kann aufgrund von § 80 Absatz 9 Satz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes und § 4 Absatz 8 Satz 2 auch im Bereich der Heilmittel für eine Übergangszeit von einem Jahr von Anlage 3 abweichende Höchstgrenzen festlegen und bekannt geben (5. Stufe).

27 Zu § 27 Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen

27.1 Zu Absatz 1

27.1.1 Die Komplextherapie ist die Behandlung eines einheitlichen Krankheitsbildes durch ein berufsgruppenübergreifendes Team von Ärzten oder Psychotherapeuten und Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen. Die Beteiligung eines Arztes oder Psychotherapeuten muss sichergestellt sein. Die Leistungen der Ärzte, Psychotherapeuten und der Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen müssen ihrer Ausbildung und ihrem Berufsbild entsprechen. Heilmittel im Sinne des § 26 Absatz 1 sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Leistungserbringer die in § 26 Absatz 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, Echotherapie bei benignen Schilddrüsenknoten und Fibroadenomen (zum Beispiel beim Gesundheitsverbund Nord), sozialmedizinische Nachsorge im Sinne des § 43 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 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 sowie die besonderen Leistungen für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen mit psychischen Erkrankungen nach der Rahmenvereinbarung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. mit dem Land Rheinland-Pfalz vom 1. Juli 2020 (psyCardea), Nachsorgeangebot RESTART (Kooperation der Debeka mit der Charité Berlin zur Behandlung von Long-Covid). Als beihilfefähige Komplextherapie kann auch die Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf angesehen werden, deren Behandlung sich an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) orientiert. Komplextherapien sind auch im Rahmen der zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Leistungserbringern vereinbarten speziellen Versorgungsformen, zum Beispiel im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder der Integrierten Versorgung gemäß § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und den hierfür getroffenen Vereinbarungen beihilfefähig (zum Beispiel: INFORM-Programm des HOPP-Kindertumorzentrum Heidelberg [KITZ]).

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 Zu den stationären Komplextherapien zählen sowohl teil- als auch vollstationäre Maßnahmen.

27.2.2 Nummer 37.4.4 ist entsprechend anzuwenden.

27.3 Zu Absatz 3

27.3.1 Behandlungen durch psychiatrische Institutsambulanzen erfordern kein Gutachterverfahren nach § 16a Absatz 3, es sei denn, es handelt sich um Langzeittherapien im Sinne von §§ 17 Absatz 1 oder 18 Absatz 1. Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütungen nach den Vereinbarungen des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder mit den

Sozialversicherungsträgern.

27.4

Zu Absatz 4

27.4.1

Solange der PKV-Verband für die Behandlung durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) nur Vereinbarungen gemäß § 75 Absatz 3b Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 75 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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. Die vereinbarten Vergütungssätze mit den Einrichtungen, mit denen eine entsprechende Vereinbarung besteht, gibt das Staatsministerium der Finanzen durch Rundschreiben bekannt.

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 hirnorganisch 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 Alzheimer-Typ oder
- 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 Absatz 2), ist die neuropsychologische Therapie auch als Gruppenbehandlung möglich.

27.5.4

Eine Nummer für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie ist im Gebührenverzeichnis zur 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 Gebührenordnung für Ärzte in Betracht. Angemessen sind die Aufwendungen für eine Therapieeinheit als Einzelbehandlung von mindestens 50 Minuten oder für zwei Therapieeinheiten bei Unterteilung in zwei Einheiten zu je 25 Minuten bis zur Höhe des Betrages der Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Beispielsweise könnten bei einer Einzelbehandlung höchstens 40 Sitzungen von jeweils mindestens 50 Minuten und 80 Sitzungen von jeweils mindestens 25 Minuten durchgeführt werden. Die Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte kann in diesem Fall 80 Mal als beihilfefähig anerkannt werden. Gruppenbehandlungen umfassen mindestens 50 Minuten und könnten nicht unterteilt werden. Eine Verlängerung der Therapie auf zwei Einheiten ist möglich. Die Gruppenbehandlung kann beispielsweise maximal in 40 Sitzungen zu mindestens 50 Minuten und 20 Sitzungen zu mindestens 100 Minuten durchgeführt werden. Die Nummer 871 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte ist dann höchstens 80 Mal beihilfefähig.

27.6

Zu Absatz 6

27.6.1

Die integrierte Versorgung ist eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung. Es werden entweder unterschiedliche Leistungsarten kombiniert oder Leistungen aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten erbracht. Die integrierte Versorgung erfolgt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage von Verträgen nach § 140a Absatz 1 Satz 2 Variante 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (zum Beispiel INFORM-Programm des HOPP-Kindertumorzentrum Heidelberg [KITZ]). Diese Verträge können von gesetzlichen Regelungen, wie zum Beispiel Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, abweichen. Das Leistungsspektrum kann auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

beinhalten. Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a Absatz 1 Satz 2 Variante 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht Gegenstand der Beihilferegelungen. Über integrierte Versorgungsmodelle haben auch private Krankenversicherungsunternehmen (zum Beispiel Konzept Allianz Klinikkooperation für Hüft- und Knieoperationen) oder andere Kostenträger Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen. Sie beinhalten beispielsweise eine Kombination von Krankenhausleistungen (§ 20) und stationären Rehabilitationsmaßnahmen (§ 37). 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 Verträge über eine integrierte Versorgung sein.

27.6.2 Die vereinbarten Vergütungen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 85 Euro in Rechnung gestellt. Der beihilfefähige Höchstbetrag von 77,27 Euro ist durch drei Teilnehmer zu teilen, so dass ein Betrag von 25,76 Euro (§ 57 Absatz 14) 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Nach § 37a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmen sich Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien). Zwischenzeitliche Änderungen der Soziotherapie-Richtlinien, wie beispielsweise die Erweiterung des Personenkreises, der Soziotherapie verordnet wird, oder der Definition von schweren psychischen Erkrankungen können bei der Beihilfegewährung entsprechend berücksichtigt werden.

29.0.2 Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch 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 selbständig 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 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 Der Soziotherapie bedürfen Personen, bei denen durch schwere psychische Erkrankung im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. Dies trifft zu, wenn folgende Beeinträchtigungen gegeben sind:

- Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,
- Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender

Konfliktlösungsfähigkeit,

- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens oder
- krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

In begründeten Einzelfällen können Aufwendungen für Soziotherapie auch für schwer psychisch Erkrankte mit Diagnosen, die nicht in Absatz 1 Satz 3 genannt sind, jedoch den Psychischen und Verhaltensstörungen zuzuordnen sind (ICD-10-Nummern F00 bis F99), als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sich aufgrund der Gesamtsituation und nach fachärztlicher Einschätzung eine medizinische Erforderlichkeit insbesondere aus einem der nachfolgend genannten Kriterien ergibt:

- relevante Co-Morbiditäten (psychiatrische [zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen] oder somatische [zum Beispiel Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen]),
- stark eingeschränkte Fähigkeit zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben,
- eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben oder
- stark eingeschränkte Wegefähigkeit.

29.1.2 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. Psychotherapeuten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind die in § 16 Absatz 4 Satz 1 genannten Personen. Soziotherapie, die im Rahmen des Entlassungsmanagements im Krankenhaus verordnet wurde, kann für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach Entlassung als beihilfefähig anerkannt werden. Danach ist eine Verordnung durch einen der anderen genannten Fachärzte notwendig.

29.1.3 Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch 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.

29.1.4 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 fünf Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie kommt.

29.1.5 Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einer Berufsgruppe nach § 29 Absatz 1 Satz 1 wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie, sind die maximal fünf von einem soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch beihilfefähig.

29.1.6 Soweit die Soziotherapie unmittelbar nach Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, ist die im Rahmen des Entlassungsmanagements verordnete Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen beihilfefähig. Diese Einheiten sind durch den weiterbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten im Rahmen des Gesamtverordnungszeitraums zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob sie in Anspruch genommen worden sind.

29.1.7 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.

- 29.1.8 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. Werden Probestunden zur Feststellung der Therapiefähigkeit verordnet, sind diese für bis zu 5 Probestunden zweimal im Jahr beihilfefähig und auf die Gesamttherapieeinheiten anzurechnen.
- 29.1.9 Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
- 29.1.10 Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. Sie kann in Absprache von Verordner 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.
- 29.1.11 Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die deren Weiterführung nach dem Behandlungsplan 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Eine Bestätigung des Leistungserbringers, dass entsprechend dieser Verträge abgerechnet wurde, ist für die Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen ausreichend. § 4 Absatz 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. Sie kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein. 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, bei Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die Verordnung eines Psychotherapeuten ausreichend. Eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit ist in der Regel dann anzunehmen, wenn eine Wiederherstellung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen in einem absehbaren Zeitraum wahrscheinlich und somit das Ende absehbar ist. Sie dauert grundsätzlich nicht länger als 4 Wochen. Ein vorübergehender Zeitraum kann im Einzelfall auch ein längerer Zeitraum sein, dessen Ende weder feststeht noch absehbar ist. Das trifft beispielsweise für Maßnahmen der speziellen Krankenbeobachtung während des Schulbesuchs eines an einer Bluterkrankung leidenden schulpflichtigen Kindes zu. Häusliche Krankenpflegeleistungen für Palliativpatienten sind ebenso nicht an eine zeitliche Begrenzung gebunden.
- 30.1.2 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 30.1.3 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.
- 30.1.4 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.
- 30.1.5.1 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

- Absaugen der oberen Luftwege und Bronchialtoilette,
- An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung,
- An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/ -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes,
- Auflegen von Kälteträgern,
- Aufwendungen für die Schulbegleitung oder den Besuch eines Kindergartens durch eine ausgebildete Berufspflegekraft, soweit diese Begleitung kein Integrationshelfer ist; in Zweifelsfällen ist der Festsetzungsstelle die Kostenentscheidung der zuständigen Krankenversicherung zur Angemessenheitsprüfung vorzulegen,
- Beatmungspflege (Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts),
- Blasenspülung,
- Blutdruckmessung,
- Blutzuckermessung,
- Dekubitusbehandlung (Positionswechsel),
- Durchführen der Sanierung von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)-Trägern mit gesicherter Diagnose,
- Flüssigkeitsbilanzierung,
- Inhalationen,
- Instillation,
- Interstitielle Glukosemessung (mit Real-Time-Messgeräten),
- Legen und Wechseln einer Magensonde,
- Pflegeanleitung (des Patienten und gegebenenfalls anderer Personen im Haushalt),
- Pflege des zentralen Venenkatheters,
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege,
- Richten und Verabreichen verordneter Medikamente (einschließlich Einreibungen, Bäder und so weiter),
- Spezielle Krankenbeobachtung,
- Stomabehandlung,
- Symptomkontrolle bei Palliativpatienten,
- Überprüfen und Versorgen von Drainagen,
- Verrichtungen bei Infusionen oder Injektionen,
- Verrichtungen der Darm- und Blasenentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung, Katheterisierung der Harnblase),
- Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG),
- Versorgung eines suprapubischen Katheters,
- Wechsel und Pflege der Trachealkanüle,
- Wundversorgung einer akuten Wunde,
- Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.

30.1.5.2

Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege müssen in Form eines Behandlungsplanes verordnet sein. Sie sind auch dann dem Grunde nach beihilfefähig, wenn sie von einem Psychotherapeuten (§ 16 Absatz 4 Satz 1) verordnet wurden. Die Notwendigkeit solcher Maßnahmen kann bei Indikationen aus dem Bereich psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99 nach ICD-10-GM-Klassifizierung) im Zusammenhang mit den in § 4 Absatz 9 und 10 der die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) genannten Diagnosen gegeben sein. Zu den Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gehören insbesondere:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege wird in Form von Einheiten abgegeben. Eine Einheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen

aufgeteilt werden. Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie nicht notwendig und damit ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.

- 30.1.5.3 Die notwendige Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann entsprechend der ärztlichen Verordnung im Haushalt des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen erfolgen oder durch spezialisierte Einrichtungen (Wundzentren). Durch spezialisierte Leistungserbringer außerhalb der Häuslichkeit ist die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden insbesondere dann zu erbringen, wenn dies aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit erforderlich ist. Neben der Wundversorgung können weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich sein, die durch andere Pflegedienste erbracht werden. Sofern Verträge von Wundzentren mit privaten Krankenversicherungsunternehmen oder Sozialversicherungsträgern bestehen, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach diesen Verträgen (zum Beispiel Vertrag der Debeka-Krankenversicherung mit den WZ-WundZentren GmbH über die recucare GmbH).
- 30.1.5.4 Aufwendungen für Behandlungspflege, auch in Form einer außerklinischen Intensivpflege (vergleiche § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege [Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie]), sind auch für dauernd pflegebedürftige Personen im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 im notwendigen Umfang beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Personen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, zum Beispiel bei erforderlicher Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht.
- 30.1.6 Hinsichtlich der Verordnung von häuslicher Krankenpflege und der Art, des Inhalts und des Umfangs der Leistungen sowie der Versorgung chronischer Wunden in spezialisierten Einrichtungen wird auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) und die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie hingewiesen. Einer nach diesen Richtlinien vorausgesetzten Genehmigung, eines Begutachtungsverfahrens oder einer besonderen ärztlichen Qualifikation für die Verordnung bedarf es nicht. Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen Behandlungspflege durch die Einrichtungen erbracht wird (zum Beispiel in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen), sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nicht beihilfefähig. Dies gilt ebenso für den Zeitraum einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.
- 30.1.7 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 (zum Beispiel Alten-/Seniorenheim oder Wohngruppen/Appartements eines Pflegedienstes, stationäre Pflegeeinrichtung), Arbeitsstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen sein. Auch in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege beihilfefähig, wenn (vorübergehend) ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht (zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt).
- 30.1.8 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 30.2.2 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.
- 30.2 Zu Absatz 2**
- 30.2.1 Sind Aufwendungen für Fahrtkosten nicht in den Vergütungssätzen enthalten, sind diese zusätzlich in Höhe der üblichen, gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbaren Sätze beihilfefähig.
- 30.2.2 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. In Einzelfällen, die eine besonders intensive Krankenpflege erfordern (zum Beispiel 24-Stunden-Intensivpflege), sind die notwendigen Aufwendungen beihilfefähig. § 4 Absatz 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.
- 30.2.3 Gesondert berechnete Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

30.3 Zu Absatz 3

- 30.3.1 Im Einzelfall kann die Pflege auch unter entsprechender Anleitung durch Angehörige oder andere Personen im Sinne des Satzes 1, die die Pflege ansonsten nicht berufsmäßig ausüben, durchgeführt werden. Beihilfefähig sind die Fahrtkosten dieser Personen (Satz 2) und der Verdienstausschlag unter den Voraussetzungen und Maßgaben der Sätze 3 bis 5. Die Zahlung erfolgt durch den Beihilfeberechtigten an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person. Der Beihilfeberechtigte erhält dazu Beihilfe. Da der Beihilfeberechtigte keine mitteilungspflichtige Stelle im Sinne des elektronischen Bescheinigungsverfahrens nach § 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 des Einkommensteuergesetzes ist, wird weder von ihm noch von der Festsetzungsstelle eine Meldepflicht gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern ausgelöst.
- 30.3.2 Ausgefallene Arbeitseinkünfte sind der Verdienstausschlag in Höhe des Nettolohnes. Als durchschnittliche Kosten einer Berufspflegekraft ist eine monatliche Vergütung nach dem jeweils geltenden Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder in Entgeltgruppe KR 7, Stufe 5 einschließlich Pflegezulage, anteilige Sonderzahlung und Arbeitgeberanteile in der Sozialversicherung anzusetzen. Ausgefallene Arbeitseinkünfte sind auch die aufgrund einer vorübergehenden Beurlaubung ohne Entgelt entstandenen Verdienstausschläge. Eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit umfasst in der Regel (Annahme einer 40-Stunden- und 5-Tage-Arbeitswoche) 4 Stunden arbeitstäglich oder 20 Stunden wöchentlich. Abweichungen vom Regelfall sind vom Beihilfeberechtigten glaubhaft nachzuweisen und von der Festsetzungsstelle im entsprechenden Umfang zu berücksichtigen.
- 30.3.3 Die Personen, die mit dem Gepflegten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, sind in Nummer 51.2.4 genannt.

30a Zu § 30a Kurzzeitkrankenpflege

- 30a.1 Die Kurzzeitkrankenpflege können Personen auf ärztliche Bescheinigung in Anspruch nehmen, die einen niedrigeren Pflegegrad als 2 haben, aber dennoch vorübergehend aus gesundheitlichen Gründen auf stationäre Pflege angewiesen sind. Beihilfefähig sind die Aufwendungen grundsätzlich im Umfang des § 52. Eine Beihilfegewährung kommt dann in Betracht, wenn der spezielle Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit durch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht im erforderlichen Maße abgedeckt ist (beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder nach einer ambulanten Operation).

31 Zu § 31 Palliativversorgung und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase**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 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) erbracht werden. Darüber hinaus sind Aufwendungen für SAPV auch beihilfefähig, wenn diese
- in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 des Achten Buches Sozialgesetzbuch,
 - 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 die notwendigen ärztlichen und pflegerischen Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle bis zur Höhe der nach § 132d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Vergütung. Erhöhte Aufwendungen, die auf Grund der besonderen Belange von zu betreuenden Kindern anfallen, sind beihilfefähig.
- 31.1.4 Durch den Verweis auf § 37b Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für SAPV im Übrigen hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie – SAPV-RL).

31.2 Zu Absatz 2

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

31.2.2 Die Aufwendungen sind in Höhe des nach § 39a Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Krankenkasse zu gewährenden Zuschusses zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, beihilfefähig. Der Zuschuss beträgt unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten (tagesbezogener Bedarfssatz). Der Zuschuss darf dabei kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger oder Kostenträger (§ 6 Absatz 1) die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nicht überschreiten. Beihilfefähig sind deshalb 95 Prozent der tatsächlichen Aufwendungen (einschließlich Unterkunft und Verpflegung), mindestens jedoch kalendertäglich 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch. Es ergeben sich die folgenden kalendertäglichen Mindestbeträge in Euro:

Zeitraum	Ost	West
1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2018	242,55	274,05
1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019	258,30	280,35
1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2020	270,90	286,65
1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021	280,35	296,10
1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022	283,50	296,10
1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023	296,10	305,55
1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024	311,85	318,15

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. Gewährt die gesetzliche Krankenversicherung für diese Einrichtung keine Zuschüsse, können die Zuschüsse für die nächstgelegene vergleichbare Einrichtung herangezogen werden.

31.3 Zu Absatz 3

31.3.1 Mit § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase eingeführt. Dabei können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Betroffenen in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Neben der Beratung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden.

31.3.2 Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich dabei nach § 15 der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen unter Anwendung des § 132g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

31a Zu § 31a Klinisches Krebsregister

31a.1 Im April 2014 ist das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz in Kraft getreten. Es verpflichtet die Länder, flächendeckende klinische Krebsregister einzurichten. Ein klinisches Krebsregister strebt die

Erfassung aller Krebspatienten an, die in einem definierten Einzugsgebiet behandelt wurden. Hauptziele dieser Erfassung sind die Qualitätssicherung und die Darstellung der Ergebnisqualität der gesamten Behandlung von Krebspatienten. Pro Fall ist an das Krebsregister eine Krebsregisterpauschale nach § 65c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen, die jährlich von den Ländern und den Krankenkassenverbänden angepasst wird. Sie beträgt vom 1. Januar 2023 bis zum 30. Juni 2024 101,57 Euro. Ab dem 1. Juli 2024 beträgt die Krebsregisterpauschale 114,59 Euro. Außerdem fallen Vergütungen für verschiedene Meldungsarten an das klinische Krebsregister in unterschiedlicher Höhe pro Fall an (zum Beispiel 19,50 Euro für Meldung einer Diagnose eines Tumors nach hinreichender Sicherung ab dem 1. Februar 2024). Die Aufwendungen für die Krebsregisterpauschale und die Meldevergütung sind einschließlich Umsatzsteuer beihilfefähig. Hinsichtlich der Verfahrensweise der Abrechnung der Krebsregisterpauschale und der Meldevergütung mit den Beihilfeträgern besteht keine bundeseinheitliche Regelung, sodass je nach Wohnort des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein anderes Verfahren geregelt sein kann.

31a.2 Im Rahmen der Beihilfegewährung kommen die folgenden Möglichkeiten der Beihilfefähigkeit in Betracht:

- a) Der Betroffene erhält eine private Rechnung vom klinischen Krebsregister über Registerpauschale und Meldevergütung oder gegebenenfalls die Rechnungen über die Meldevergütung direkt vom Arzt (Satz 1). Die Aufwendungen sind zum Bemessungssatz beihilfefähig.
- b) Bei Vorliegen einer Vereinbarung mit der Festsetzungsstelle (Satz 2):
 - aa) Abrechnung der personenbezogenen Kosten und Aufwendungen des Krebsregisters unmittelbar gegenüber der zuständigen Festsetzungsstelle,
 - bb) pauschale Abrechnung von personenbezogenen Kosten und Aufwendungen (zum Beispiel unter Zugrundelegung eines einheitlichen Bemessungssatzes für alle Beihilfeberechtigten), die entweder mit Rechnungsstellung gegenüber dem Beihilfeberechtigten oder direkt gegenüber der zuständigen Festsetzungsstelle erfolgen kann.

Bei einer generellen, nicht personenbezogenen Förderung der regionalen klinischen Krebsregister im Freistaat Sachsen außerhalb des sächsischen Beihilferechts entfällt sowohl die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen des Beihilfeberechtigten als auch von direkt bei der Beihilfestelle geltend gemachter Kosten für die Meldung und Registrierung bei diesen Krebsregistern (Satz 3). In diesen Fällen können – ebenso wie nach § 5 Absatz 4 – etwaige dennoch in Rechnung gestellte Aufwendungen oder Kosten auch nicht ausnahmsweise über die Härtefallklausel des § 4 Absatz 3 Satz 2 beihilfefähig sein. Der Aspekt der Fürsorgepflicht des Dienstherrn kommt insofern nicht zum Tragen. Bei einer Registrierung im klinischen Krebsregister eines anderen Landes sind in diesem Fall hierfür in Rechnung gestellte Aufwendungen jedoch dem Grunde nach beihilfefähig.

32 Zu § 32 Fahrtkosten

32.1 Zu Absatz 1

32.1.1 Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt der behandelnde Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut (im Sinne des § 16 Absatz 4 Satz 1) 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. Die ärztliche Verordnung muss sich ausdrücklich auf die medizinische Notwendigkeit der Beförderung beziehen. Die Bescheinigung eines Krankenhauses über die Notwendigkeit der Behandlung oder Mitteilung der Behandlungstermine begründet noch keine medizinische Notwendigkeit der Fahrten (BVerwG, Urteil vom 5. März 2021, 5 C 14/19). Von Psychotherapeuten verordnete Fahrten sind beihilfefähig, wenn sie im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sind. Soweit Psychotherapeuten zur Krankenhauseinweisung berechtigt sind, gilt dies auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung.

32.1.2 Fahrtkosten zur ambulanten (hierzu gehören auch ganztägig ambulante oder teilstationäre Behandlungen) oder stationären, auch tagesstationären 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 Nummer 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 Nummer 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 (§ 229 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch).
- 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.
- Pflegegrad 3 und höher: Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit in Pflegegrade ergibt sich aus § 48 Absatz 1 in Verbindung mit § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Bei Aufwendungen für Fahrten anlässlich einer notwendigen Verlegung in ein anderes Krankenhaus kann die Festsetzungsstelle im Regelfall davon ausgehen, dass eine ärztliche Verordnung vorliegt.

32.1.6

Die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten bei Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren richtet sich nach den Spezialvorschriften von § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 oder § 39 Absatz 3 Satz 3.

32.2**Zu Absatz 2**

32.2.1

Rettungsfahrten und -flüge 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 Absatz 1 des [Sächsischen Reisekostengesetzes](#) 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. Nebenkosten, zum Beispiel Park- und Mautgebühren, sind nicht beihilfefähig.

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 oder die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 vorliegen (vergleiche auch Nummer 32.1.5). 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. Ist die Gesamtfahrzeit (Hin- und Rückfahrt) bei notwendiger Nutzung eines Taxis erheblich länger als der Aufenthalt in der Behandlungseinrichtung, sodass eine zwischenzeitliche Rückfahrt oder Erledigung anderer Aufträge des berufsmäßigen Fahrers nicht möglich oder unwirtschaftlich ist, können im Einzelfall auch die nachgewiesenen Aufwendungen für die Wartezeit des Taxifahrers als dem Grunde nach beihilfefähig anerkannt werden. Die beihilfefähigen Kosten richten sich nach dem für die Region geltenden Taxitarif. Bei Fahrten, die von nicht berufsmäßigen Fahrern durchgeführt werden, sind Aufwendungen für Wartezeiten nicht beihilfefähig.

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 Nummer 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. Das ist dann der Fall, wenn für die zugrundeliegende auswärtige Behandlung Beihilfe zu leisten ist (OVG Bautzen, Beschluss vom 7. September 2015, 2 A 118/14). 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 55.1.11 bleibt unberührt.

33.2 Zu Absatz 2

33.2.1 Die Hinweise zu Absatz 1 gelten für beihilfeberechtigte Personen 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 Unterkunfts-kosten gilt auch für eine gegebenenfalls erforderliche Begleitperson. Hinsichtlich spezieller Regelungen für Unterkunfts-kosten in Geburtsfällen wird auf § 44 Absatz 5 hingewiesen.

34 Zu § 34 Kommunikationshilfen

34.1 Über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Kommunikationshilfen ist nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden, ob diese erforderlich waren. Erforderlich sind Kommunikationshilfen insbesondere dann, wenn eine umfangreiche und komplexe Kommunikation erfolgen musste. Grundsätzlich ist bei der Prüfung der Erforderlichkeit der Kommunikationshilfen an sich im Einzelfall jedoch kein besonders strenger Maßstab anzulegen.

34.2 Als beihilfefähige Kommunikationshilfen kommen die in § 2 Nummer 1 der [Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung](#) aufgezählten Helfer in Betracht. Dies sind zum Beispiel Gebärdensprachdolmetscher und Oraldolmetscher. Aufgrund des Verweises in § 5 Absatz 1 der [Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung](#) sind die nachgewiesenen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten für Kommunikationshilfen bis zu der Höhe beihilfefähig, die sich bei entsprechender Anwendung der Regelungen über die Vergütung von Dolmetschern und Übersetzern nach dem Abschnitt 3 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes ergeben würde. Für das Honorar des Kommunikationshelfers ist der Stundensatz für Dolmetscher nach § 9 Absatz 5 und 6 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes maßgebend. Er beträgt 85 Euro (Stand: 1. Januar 2024).

- 34.3 Beihilfefähig sind insbesondere auch die Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 5 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes) 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 Die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Absatzes 1 Nummer 2 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.
- 35.2.2 Die Aufwendungen sind in sinngemäßer Anwendung von Absatz 1 Satz 2 der Person zuzuordnen, für die durch die Familien- und Haushaltshilfe eine außerhäusliche Unterbringung vermieden werden kann.
- 35.3 Zu Absatz 3**
- 35.3.1 Für die Zahlung der Aufwendungen an die Familien- und Haushaltshilfe gilt Nummer 30.3.1 Satz 2 bis 4 entsprechend.
- 35.4 Zu Absatz 4**
- 35.4.1 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 Absatz 6 Satz 5 gilt entsprechend.
- 35.5 Zu Absatz 5**
- 35.5.1 Die Bezeichnung Elternteil schließt sowohl den Beihilfeberechtigten selbst als auch den berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein.
- 35.5.2 Für beihilfeberechtigte Personen 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 Zu Absatz 6 (bleibt frei)**
- 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 Umzugkostengesetzes** erteilt wurde.

36.3 Zu den Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb einer Gemeinde. Bei der Festsetzung der Beihilfe bleiben Zahlungen von Sterbegeldern nach beamten- oder besoldungsrechtlichen Vorschriften unberücksichtigt.

36.4 Für berücksichtigungsfähige Angehörige von beihilfeberechtigten Personen im Ausland sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig, wenn sie am Auslandsdienstort mit dem beihilfeberechtigten Personen in einem Haushalt wohnen beziehungsweise zuletzt gewohnt haben.

36.5 Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent (§ 57 Absatz 12).

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, Physiotherapie, 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 20.2.4) 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 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 Nummer 2 oder gegebenenfalls eine Kur zu beantragen.

37.2.4 Familienorientierte Rehabilitation

37.2.4.1 Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 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. Die familienorientierte Rehabilitation ist nicht zur Trauerbewältigung verwaister Familien beihilfefähig.

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 entwicklungspezifischen 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 ausgefallener Arbeitseinkünfte eines berufstätigen Elternteils (Absatz 3 Satz 2 Nummer 6) werden nach Absatz 4 Satz 6 dem erkrankten Kind zugerechnet und sind damit zu einem Bemessungssatz von 90 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 § 19 Absatz 5). Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden. Für besonders begründete Einzelfälle kann die Festsetzungsstelle auch andere Entscheidungen treffen.

37.2.6 Ambulante Rehabilitation

37.2.6.1 Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation sind interdisziplinäre therapeutische Angebote am Wohnort oder in Wohnortnähe, die den Erfordernissen des Einzelfalles flexibel angepasst werden können. Es handelt sich dabei in der Regel um spezielle Komplextherapien im Sinne des § 27, die nach einer akuten Behandlung zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Funktion zur Anwendung kommen. Dazu gehören auch Rehabilitations-Nachsorgemaßnahmen nach Rahmenkonzepten der Deutschen Rentenversicherung (zum Beispiel die Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge „IRENA“). Wohnortnähe bezeichnet das Einzugsgebiet im Umkreis von 30 Kilometern des Wohnortes in entsprechender Anwendung des § 2a Absatz 1 der [Sächsischen Trennungsgeldverordnung](#), wobei eine tägliche Rückkehr gewährleistet sein muss. Ausnahmen von

der danach definierten Wohnortnähe können im Einzelfall gegeben sein, wenn die ambulante medizinische Rehabilitation zum Beispiel auf Grund des hohen Spezialisierungsgrades der Einrichtung nur an dieser erfolgversprechend durchgeführt werden kann und dies vom behandelnden Arzt ausdrücklich empfohlen wird. Um dem mit der Vorgabe der Wohnortnähe verbundenen Ziel der Vermeidung von Unterbringungskosten zu entsprechen, sind eventuell zusätzlich anfallende Kosten für eine Unterkunft nicht beihilfefähig. Die Abrechnung durch die Leistungserbringer erfolgt in der Regel pauschal (vergleiche Nummer 37.4). Verordnete Heilmittelanwendungen, die beispielsweise von einem Physiotherapeuten in einer Physiotherapiepraxis erbracht werden können, sind keine ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in diesem Sinne. Die Beihilfefähigkeit von Heilmitteln richtet sich nach § 26 in Verbindung mit der Anlage 3 (vergleiche hierzu VG Chemnitz, Urteil vom 27. Mai 2020, 3 K 558/19).

- 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 Aufbaustraining 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 § 64 Absatz 1 Nummer 3 oder 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und sinngemäßer Anwendung der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2022 (abrufbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen.html>). Die Sport- oder Trainingsgruppen müssen nach Nummer 8 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 230 Euro je Gesamtmaßnahme begrenzt sind, ist eine Eigenbeteiligung vom beihilfefähigen Betrag nicht abzuziehen (vergleiche § 59 Absatz 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. Für zwingend notwendige Besuchsfahrten der Eltern bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme des berücksichtigungsfähigen Kindes sind Fahrtkosten beihilfefähig; Unterkunftskosten sind nicht beihilfefähig.
- 37.3.2 Bei der Durchführung von stationären Anschlussheilbehandlungen, stationären Rehabilitationsmaßnahmen oder Mutter-/Vater-Kind-Kuren 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. Beihilfefähig sind die Fahrtkosten in entsprechender Anwendung von Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und die Unterkunft- und Verpflegungskosten nach Satz 2 Nummer 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc für die Dauer der Maßnahme einschließlich Verlängerung. Aufgrund der Besuchsfahrt ausgefallene Arbeitseinkünfte sind nicht beihilfefähig. Eine Einzelfallentscheidung nach § 4 Absatz 3 Satz 2 bleibt davon unberührt.

- 37.3.4 Die ausgefallenen Arbeitseinkünfte 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.
- 37.3.6 Auf Nummer 20.1.18 (Gemischte Krankenanstalten) wird hingewiesen.
- 37.4 Zu Absatz 4**
- 37.4.1 Einzel abgerechnete Leistungen sind im Rahmen des Absatzes 3 und § 4 beihilfefähig.
- 37.4.2 Bei Abrechnung von pauschalen Tagessätzen ist bei Anschlussheilbehandlungen nach Absatz 2 Nummer 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 Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder von Unternehmen privater Krankenversicherungen mit Leistungserbringern für Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 6 setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf die vertragliche Vereinbarung Bezug genommen wird (§ 4 Absatz 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 nur beihilfefähig, wenn es sich um beihilfefähige Aufwendungen handelt, die zusätzlich erbracht worden sind. Unabhängig von den genannten Vergütungsvereinbarungen hat das Staatsministerium der Finanzen nach § 4 Absatz 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 Mannheim vom 15. August 2013, 2 S 1085/13) Aufwendungen im folgenden Umfang als beihilfefähig bewertet werden:
- a) Pauschaltagesätze, die alle Leistungen (insbesondere Unterkunft, Verpflegung, Pflege, ärztliche Leistungen, Heilmittel) enthalten, können – bei gesonderter Berechnung von Heilmitteln auch ohne die Voraussetzungen des § 26 Absatz 6 Satz 3 – bis zu einer Höhe von 160 Prozent des Vergleichsvergütungssatzes mit einem Sozialversicherungsträger als angemessen im Sinne des § 4 Absatz 3 bewertet werden.
 - b) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Pauschaltagesätze 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. Liegt eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie (vergleiche §§ 16 bis 19 und § 27 Absatz 5) vor, kann die Verordnung auch durch einen Psychotherapeuten im Sinne des § 16 Absatz 4 Satz 1 erfolgen. Darüber hinaus ist eine Verordnung durch einen Psychotherapeuten bei einer Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017 in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt möglich. 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 Absatz 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 Über die Beihilfefähigkeit von Suchtbehandlungen und familienorientierten Rehabilitation entscheidet die Festsetzungsstelle im Rahmen einer Voranerkennung auf Grundlage der ärztlichen Verordnung nach Satz 1 in Verbindung mit Nummer 38.1.1 Satz 3. 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 Nummer 26.3 gilt entsprechend.

38.2.2 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 Absatz 2 Nummer 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 Absatz 3 Satz 2 erfolgen.

38.3.2 Die Aufwendungen eines gegebenenfalls von der Festsetzungsstelle eingeholten Gutachtens (vergleiche Nummer 62.7) trägt die Festsetzungsstelle. Terminabsprachen mit dem Gutachter sind vom Beihilfeberechtigten oder seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen selbst vorzunehmen. Wird im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach § 48 Absatz 1 die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme festgestellt und eine Rehabilitationsempfehlung erteilt, kann die Maßnahme auch auf dieser Grundlage als beihilfefähig anerkannt werden.

38.3.3 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 und 3 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den §§ 8 bis 19 und §§ 21 bis 36 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

38.3.4 In die Prüfung, ob der Abstand zwischen zwei beihilfefähigen Maßnahmen nach Satz 3 eingehalten ist, sind nur Maßnahmen einzubeziehen, die beendet worden sind.

38.4 Zu Absatz 4

38.4.1 Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für beihilfeberechtigte Personen im Ausland (§ 4 Absatz 7) 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 Absatz 2 Nummer 2 bis 5 auf 230 Euro begrenzt. Bei Durchführung im Ausland ist die Begrenzung der beihilfefähigen Reisekosten auf 230 Euro in den in § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 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. Da Kuren der Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit dienen, sind diese nur bei Beamten im aktiven Dienstverhältnis beihilfefähig.

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.

39.2.3 Die Festsetzungsstelle kann davon ausgehen, dass Kuren im Ausland in folgenden Kurorten dem Grunde nach beihilfefähig sind:

1. Europäische Union

Land	Ort
Frankreich	Aix-les-Bains
	Amélie-les-Bains-Palade
	Cambo-les-Bains
	La Roche-Posay
Italien	Abano Terme
	Galzignano
	Ischia
	Meran
	Montegrotto
Kroatien	Montepulciano
	Cres
Österreich	Bad Gastein
	Bad Hall in Tirol
	Bad Hofgastein
	Bad Schönau
	Bad Traunstein
	Oberlaa
Polen	Bad Flinsberg/Swieradow-Zdroj
	Kolberg/Kolobrzeg
	Swinemünde/Świnoujście
	Ustroń
Rumänien	Bad Felix/Baile Felix
Slowakei	Dudince
	Piestany
	Turcianske Teplice
Tschechien	Bad Belohrad/Lazne Belohrad
	Bad Joachimsthal/Jachymov
	Bad Luhatschowitz/Luhacovice
	Bad Teplitz/Lazne Teplice v Cechach
	Franzensbad/Frantiskovy Lazne
	Freiwaldau/Lazne Jesenik
	Johannisbad/Janske Lazne
	Karlsbad/Karlovy Vary
	Konstantinsbad/Konstantinovy Lazne
	Marienbad/Marianske Lazne
Ungarn	Bad Heviz
	Bad Zalakaros
	Bük
	Hajduszoboszlo
	Harkány
	Komarom
	Sarvar

2. Außerhalb der Europäischen Union

Region	Land	Ort
Totes Meer	Israel	Ein Boqeq
	Jordanien	Sweimeh

39.2.4 Die in Nummer 39.2.3 genannte Kurortliste Ausland ist nicht abschließend. Soll die Kur in einem anderen ausländischen Ort durchgeführt werden, hat die beihilfeberechtigte Person anhand geeigneter Unterlagen nachzuweisen, dass es sich um einen im Ausland anerkannten Kurort handelt.

39.3 Zu Absatz 3

39.3.1 Die Fahrtkosten sind für die Gesamtmaßnahme (An- und Abreise) auf 230 Euro begrenzt. Der beihilfefähige Betrag ist nicht um 10 Euro je einfache Fahrt zu mindern (Satz 3 in Verbindung mit § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 und § 32 Absatz 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 Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung** 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 Absatz 2 nicht statt.

39.5.3 Eine Minderung der Fahrtkosten nach § 32 Absatz 3 Satz 3 ist nicht vorzunehmen.

39.6 Zu Absatz 6 (bleibt frei)

40 Zu § 40 Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen

40.1 Zu Absatz 1

40.1.1 Impfstoffe sind Arzneimittel, die Antigene oder rekombinante Nukleinsäuren enthalten und zur Erzeugung von spezifischen Abwehr- und Schutzstoffen angewendet werden und, soweit sie rekombinante Nukleinsäuren enthalten, ausschließlich zur Vorbeugung oder Behandlung von Infektionskrankheiten bestimmt sind (§ 4 Absatz 4 des Arzneimittelgesetzes). Andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe sind die Gabe von Antikörpern (passive Immunprophylaxe) oder die Gabe von Medikamenten (Chemoprophylaxe) zum Schutz vor Weiterverbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten (§ 2 Nummer 10 des Infektionsschutzgesetzes).

40.1.2 Durch den Verweis auf § 20i Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Schutzimpfungen hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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. Insoweit sind Empfehlungen der STIKO zu Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe ebenfalls beihilfefähig.

40.1.3 Bislang wurde bestimmt, dass Schutzimpfungen, die von der Sächsischen Impfkommission (SIKO) empfohlen werden, ebenfalls beihilfefähig sind. Damit sind beispielsweise Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen (Influenza) ohne Einschränkungen beihilfefähig. Ferner ist damit auch die Schutzimpfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für Personen ab dem vollendeten 9. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr beihilfefähig. Aufwendungen für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Schutzimpfungen sind ohne Einschränkungen beihilfefähig. Eine Prüfung, ob sich die geimpfte Person tatsächlich in einem FSME-Risikogebiet aufhält, erfolgt nicht. Ebenso sind Schutzimpfungen gegen Masern für empfängliche, das heißt ungeimpfte Personen, ohne Altersbegrenzung beihilfefähig. Die SIKO veröffentlicht mittlerweile keine eigenen Impfeempfehlungen mehr. Schutzimpfungen, die von der SIKO bislang empfohlen wurden, sind weiterhin dem Grunde nach beihilfefähig. Gleiches gilt für Empfehlungen zu anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe.

40.1.4 Soweit bei Anwendung eines nach § 21 beihilfefähigen Arzneimittels eine Schutzimpfung zur Verringerung eines durch diese medikamentöse Therapie erhöhten Infektionsrisikos zu erfolgen hat, sind diese Aufwendungen unabhängig von einer Regelung in der Schutzimpfungs-Richtlinie beihilfefähig.

40.1.5 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 Teil A Abschnitt IX Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe ii der [Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug des Sächsischen Reisekostengesetzes](#)). In diesen Fällen können die Aufwendungen für Schutzimpfungen nicht als beihilfefähig anerkannt werden.

- 40.1.6 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.
- 40.1.7 Aufgrund der Schutzimpfungs-Richtlinie sind Impfungen aus Anlass einer nicht dienstlichen Auslandsreise (sogenannte Reiseschutzimpfungen) grundsätzlich nicht beihilfefähig. Soweit die Schutzimpfungs-Richtlinie für Reiseschutzimpfungen einen Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht, sind entsprechende Aufwendungen beihilfefähig.
- 40.1.8 Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass eines Auslandsaufenthaltes sind nur dann ausnahmsweise beihilfefähig, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt ist oder 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). Erfolgt der Auslandsaufenthalt im Rahmen einer Ausbildung (insbesondere Studium oder Berufsausbildung), ist dieser einem beruflich bedingten Auslandsaufenthalt gleichgestellt, wenn die Ausbildungsstätte bestätigt, dass der Auslandsaufenthalt im Rahmen der Ausbildung durch eine Studien-, Ausbildungs- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist.
- 40.1.9 Ein Auslandsaufenthalt im Rahmen eines freiwilligen Praktikums ist als nicht beruflich bedingt anzusehen. In diesen Fällen greift im Übrigen grundsätzlich der Ausschlusstatbestand des § 5 Absatz 1 Nummer 5, da ein freiwilliges Praktikum als berufsfördernde, berufsvorbereitende oder berufsbildende Maßnahme anzusehen ist. Soweit die Schutzimpfungs-Richtlinie für Reiseschutzimpfungen einen Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht, sind entsprechende Aufwendungen dennoch beihilfefähig, da eine Person in einer Maßnahme nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 nicht schlechter gestellt werden soll als bei einer privaten Urlaubsreise (vergleiche Nummer 40.1.7).
- 40.1.10 Wird die Impfung durch einen Amtsarzt beziehungsweise in einem öffentlichen Gesundheitsamt durchgeführt, sind die dafür anfallenden Verwaltungskosten (Verwaltungsgebühren und Auslagen, vergleiche § 1 Absatz 1 des [Verwaltungskostengesetzes des Freistaates Sachsen](#)), die in der Regel auf Grundlage des [Sächsischen Verwaltungskostengesetzes](#) oder einer Kostensatzung erhoben werden, beihilfefähig.
- 40.1.11 Aufwendungen für Impfungen in Apotheken sind beihilfefähig, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist. Nach § 132e Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist dies bei der Gripeschutzimpfung für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 für Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, zugelassen. Die Aufwendungen sind gemäß § 4 Absatz 3 als wirtschaftlich angemessen anzusehen, wenn sie der gesetzlich vorgesehenen oder vertraglich vereinbarten Vergütung entsprechen (vergleiche den mit Wirkung vom 8. April 2023 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung [PKV-Verband] abgeschlossenen Vertrag des GKV-Spitzenverbandes und des Deutschen Apothekerverbandes e. V. [DAV] zur Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen durch Apotheken vom 12. Mai 2023, veröffentlicht auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter <https://www.gkv-spitzenverband.de>). Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich.
- 40.1.12 Aufwendungen für eine Immunprophylaxe gegen Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) mit Palivizumab (Synagis) sind bei Vorliegen der Voraussetzungen in Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie beihilfefähig. Die Voraussetzungen liegen vor bei
- Kindern, die in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind,
 - Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden,
 - Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.
- Beihilfefähig ist die Gabe von bis zu 5 Dosen je RSV-Saison. Darüber hinaus gehende Dosen sind im Einzelfall nur beihilfefähig, wenn eine besondere Begründung der behandelnden Ärzte vorliegt, aus der sich die medizinische Notwendigkeit im Sinne des § 4 Absatz 3 ergibt. Bei Vorliegen der Voraussetzungen in Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie sind auch andere Mittel zur Immunprophylaxe gegen RSV beihilfefähig, zum Beispiel Nirsevimab (Beyfortus), soweit sich nicht bereits ein Anspruch aus einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt (vergleiche Nummer 40.4.4).

40.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)**40.3 Zu Absatz 3**

- 40.3.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, bestimmt sich nach § 20j Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach der Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte).
- 40.3.2 Die Voraussetzungen zur fachlichen Befähigung des Arztes zur Durchführung der Präexpositionsprophylaxe sind durch die Festsetzungsstelle nur bei begründeten Zweifeln zu prüfen.
- 40.3.3 Hinsichtlich der von einem Arzt schriftlich verordneten Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe ist davon auszugehen, dass diese zur medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zugelassen sind.
- 40.3.4 Bei Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe sind die Eigenbeteiligungen nach § 59 Absatz 1 zu berücksichtigen.
- 40.3.5 Aufwendungen für eine risikoadaptierte Untersuchung auf Lues, Gonorrhoe oder Chlamydien als Begleitdiagnostik sind beihilfefähig.
- 40.3.6 Soweit Aufwendungen für Präexpositionsprophylaxe in Verträgen geregelt sind, können diese nach § 4 Absatz 6 der Beihilfebemessung zu Grunde gelegt werden.

40.4 Zu Absatz 4

- 40.4.1 Soweit aufgrund einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf weitere bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben, sind entsprechende Aufwendungen beihilfefähig, soweit diese Leistungen nicht zu Lasten anderer Kostenträger erbracht werden.
- 40.4.2 Auf Grundlage des § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Masern erlassen. Danach sind insbesondere Aufwendungen für eine zweite Schutzimpfung gegen Masern von erwachsenen Kindern, die zum Beispiel in Schulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen betreut werden, dem Grunde nach beihilfefähig (§ 2 Absatz 2 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Masern). Auf Grund der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision sind diese Aufwendungen jedoch im Rahmen des Absatzes 1 auch ohne diese Beschränkungen bereits beihilfefähig (vergleiche Nummer 40.1.3).
- 40.4.3 Die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung und auf Präexpositionsprophylaxe gegen COVID-19 (COVID-19-Vorsorgeverordnung) wurde ebenfalls auf Grundlage des § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen. Dementsprechend sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe gegen die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) beihilfefähig bei Personen, wenn bei ihnen aus medizinischen Gründen kein oder kein ausreichender Immunschutz gegen eine Erkrankung an der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) durch eine Schutzimpfung erzielt werden kann oder bei ihnen Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Kontraindikation nicht durchgeführt werden können und sie einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) ausgesetzt sind.
- 40.4.4 Mit der auf Grundlage des § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Verordnung zum Anspruch auf Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV-Prophylaxeverordnung) wird der Anspruch auf Prophylaxe gegen RSV-Viren geregelt. Aufgrund dessen sind entsprechende Aufwendungen für Kinder, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind zur Prophylaxe gegen RSV-Viren einmalig Aufwendungen für Arzneimittel, die den monoklonalen Antikörper Nirsevimab enthalten.

41 Zu § 41 Früherkennungsuntersuchungen**41.0 Allgemeines**

- 41.0.1 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.
- 41.0.2 Die im Rahmen der Früherkennung vorgesehenen Untersuchungen sollen Krankheiten erkennen, die bisher noch nicht festgestellt und auch noch nicht in irgendeiner Form – durch Schmerzen oder

Beschwerden, durch Abweichungen vom normalen Zustand – in Erscheinung getreten sind. Die Maßnahmen zur Früherkennung weisen gegenüber den medizinischen Vorsorgeleistungen den grundsätzlichen Unterschied auf, dass sie rein diagnostischer Natur sind und daher nicht auf die Änderung des festgestellten Körper-, Geistes- oder Seelenzustandes des Betroffenen gerichtet sind (BSG, Urteil vom 22. Januar 1981, 8/8a RK 17/79). Besteht hingegen ein spezielles Risiko oder ein Krankheitsverdacht, sind Aufwendungen zur Früherkennung von Krankheiten nach Maßgabe des Abschnittes 2 beihilfefähig.

- 41.0.3 Chromosomenuntersuchungen und andere Gentests sind mit Ausnahme des § 41 Absatz 4 und 5 keine Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des § 41, der als abschließend anzusehen ist. Insbesondere sind solche Gentests nicht beihilfefähig, die der Abklärung der Gefahren für das ungeborene Leben dienen, sondern denen allenfalls durch die Entscheidung gegen eine Schwangerschaft begegnet werden können. Aufgrund dessen können Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern (hierzu insbesondere §§ 42 und 44) nur bei diesen selbst und nicht bei ihrer Mutter noch vor Beginn der Schwangerschaft durchgeführt werden (VGH Mannheim, Urteil vom 29. Juni 2017, 2 S 2014/16). Zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für das Chromosomenuntersuchungen und andere Gentests für Kinder wird auf Nummer 42.5 verwiesen.

41.1 Zu Absatz 1

- 41.1.1 Aufwendungen sind für alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes beihilfefähig. Gegenstand der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind insbesondere die „Volkskrankheiten“ der Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankung sowie der Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus), hierzu Nummern 41.1.2 und 41.1.3. Daneben sind das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Nummer 41.1.4) und das Screening auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen (Nummer 41.1.5) als weitere Früherkennungsmaßnahmen einmalig beihilfefähig.

- 41.1.2 Aufwendungen für allgemeine Gesundheitsuntersuchungen sind entsprechend § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, soweit der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige das 18. Lebensjahr vollendet hat. Entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) ist bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres eine Gesundheitsuntersuchung beihilfefähig. Ab Vollendung des 35. Lebensjahres sind Aufwendungen für Gesundheitsuntersuchungen alle drei Jahre beihilfefähig. Wird zu einer Gesundheitsuntersuchung Beihilfe gewährt, sind in den auf das Jahr der Gesundheitsuntersuchung folgenden zwei Kalenderjahren Aufwendungen für eine (erneute) Gesundheitsuntersuchung nicht beihilfefähig.

- 41.1.3 Die Beihilfefähigkeit der Untersuchungen bestimmt sich nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie. Bei Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 35. Lebensjahr vollendet haben, sind in dem in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie bestimmten Umfang Untersuchungen aus dem Urin nicht und Untersuchungen aus dem Blut nur bei entsprechendem Risikoprofil beihilfefähig. Entstehen bei diesem Personenkreis Aufwendungen für Untersuchungen aus dem Blut, kann davon ausgegangen werden, dass ein entsprechendes Risikoprofil vorliegt und die Maßnahme notwendig im Sinne des § 4 Absatz 3 ist.

- 41.1.4 Aufwendungen für die Teilnahme am Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen sind nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie für Männer ab dem Alter von 65 Jahren einmalig beihilfefähig. Zur Beihilfefähigkeit von entsprechenden Aufwendungen bei Frauen wird auf Nummer 41.3.3 verwiesen. Das Screeningergebnis gilt als auffällig, wenn ein Bauchaortendurchmesser von 2,5 cm oder größer gemessen wurde. Die Verlaufskontrollen und weitere Diagnostik nach Feststellung eines auffälligen Befundes erfolgen im Rahmen der Krankenbehandlung nach Abschnitt 2.

- 41.1.5 Aufwendungen für die Teilnahme am Screening auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen sind nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie für Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ab dem Alter von 35 Jahren einmalig beihilfefähig. Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist es nicht erforderlich, dass das Screening im Zusammenhang mit einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung erfolgt.

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) und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-Richtlinie/oKFE-RL) im dort jeweils bestimmten Umfang beihilfefähig. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme gibt es nach der oKFE-Richtlinie derzeit für Darmkrebs und das Zervixkarzinom.

41.2.2 Nach den in Nummer 41.2.1 genannten Richtlinien sind insbesondere folgende Untersuchungen beihilfefähig:

- a) bei Frauen
Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales und zur Früherkennung des Zervixkarzinoms 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 der Früherkennung von Darmkrebs 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. 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 ab dem Alter von 35 Jahren sind beispielsweise jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig (vergleiche § 29 Absatz 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie. Ebenso ist die Früherkennung des Zervixkarzinoms bei Frauen ab dem Alter von 35 Jahren (Ko-Testung) im Abstand von drei Kalenderjahren beihilfefähig (vergleiche Abschnitt III § 3 Absatz 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme). Die Ko-Testung beinhaltet eine zytologische Untersuchung und einen HPV-Test.

41.3 **Zu Absatz 3**

41.3.1 Im Rahmen der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales und der Brust bei Frauen sind auch diesbezügliche Aufwendungen für Ultraschalldiagnostik beihilfefähig.

41.3.2 Nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie sind auch Aufwendungen für eine Früherkennung einer Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion für Personen ab Vollendung des 35. Lebensjahres beihilfefähig. Wiederholte Testungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 sind beihilfefähig, wenn dies im Einzelfall erforderlich erscheint (zum Beispiel bei Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe).

41.3.3 Aufwendungen für ein Screening auf Bauchaortenaneurysmen sind nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie auch für Frauen ab dem Alter von 65 Jahren einmalig beihilfefähig.

41.4 **Zu Absatz 4**

41.4.1 Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung, die genetische Analyse und intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen werden mit den in Anlage 5 zu § 41 Absatz 4 festgelegten Pauschalen als beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) durchgeführt wurden. FBREK-Zentren sind derzeit:

- Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
- Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Universitätsklinikum Erlangen, Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum
- Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Humangenetik
- Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Humangenetik
- Universitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie

- Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
- Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Humangenetik
- Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Campus Kiel)
- Universitätsklinikum Köln, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
- Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs, Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit
- Technische Universität München, Klinikum Rechts der Isar, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
- Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Campus Großhadern
- Universität Münster, Institut für Humangenetik
- Universität Regensburg, Institut für Humangenetik
- Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
- Universität Ulm, Frauenklinik und Poliklinik
- Universität Würzburg, Institut für Humangenetik

41.4.2 Die einmalige Pauschale für eine an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankte Person (Indexperson) nach Absatz 3 Nummer 1 der Anlage 5 zur **Sächsischen Beihilfeverordnung** kann ausnahmsweise auch dann bei einer gesunden Ratsuchenden als beihilfefähig anerkannt werden, wenn alle Indexfälle bereits verstorben sind, eine Genanalyse bei einem Indexfall deshalb nicht mehr möglich ist und diese deshalb bei der gesunden Ratsuchenden durchgeführt wird. In diesen Fällen ist die Pauschale nach Absatz 3 Nummer 2 der Anlage 5 zur **Sächsischen Beihilfeverordnung** bei dieser Person nicht mehr beihilfefähig. Die Pauschale nach Absatz 3 Nummer 2 der Anlage 5 zur **Sächsischen Beihilfeverordnung** kann aber bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen bei anderen gesunden Ratsuchenden innerhalb derselben Familie als beihilfefähig anerkannt werden.

41.4.3 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 Ziel des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko ist, Personen mit einem hohen Erkrankungsrisiko für Darmkrebs aufgrund einer genetischen Veränderung in einem für das Lynch- oder Polyposis-Syndrom verantwortlichen Gen zu identifizieren und dadurch das tatsächliche Erkrankungsrisiko festzustellen. Durch eine frühzeitige Identifizierung der Mutationsträger kann die strukturierte Früherkennung auf die Personen mit einem tatsächlich erhöhten Krebsrisiko beschränkt werden, so dass die Chancen für eine Heilung der Krankheit beziehungsweise eine Verbesserung des Krankheitsverlaufs erhöht werden können.

41.5.2 Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung und Gendiagnostik werden mit den in Anlage 5a zu § 41 Absatz 5 festgelegten Pauschalen als beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs durchgeführt wurden. Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs sind derzeit:

- Charité-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie einschließlich Arbeitsbereich Stoffwechselerkrankungen
- Knappschafts-Krankenhaus Ruhr-Universität Bochum
- Universitätsklinikum Bonn, Zentrum für erbliche Tumorerkrankungen, Biomedizinisches Zentrum
- Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Abteilung für Chirurgische Forschung
- Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Humangenetik
- Universitätsklinikum Halle (Saale), Institut für Humangenetik
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitäres Cancer Center Hamburg
- Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Humangenetik
- Universität Heidelberg, Institut für Pathologie
- Universität zu Lübeck und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Chirurgie
- Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinisch-Genetisches Zentrum

- Universitätsklinikum Münster, Institut für Humangenetik
- Universitätsklinikum Köln, Institut für Pathologie
- Universität Leipzig, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie
- Universität Tübingen, Institut für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik
- Universität Ulm, Institut für Humangenetik
- HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke, Zentrum für Hereditäre Tumorerkrankungen am Chirurgischen Zentrum

41.5.3 Die Prüfung der Einschlusskriterien in das Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko erfolgt durch die Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs. Wenn sich in der Beratung nach Anlage 5a Absatz 1 Nummer 1 herausstellt, dass die Einschlusskriterien nicht erfüllt sind, wird die Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet. Diese Aufwendungen sind beihilfefähig.

41.5.4 Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen. Die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen richtet sich nach Maßgabe des Abschnitts 2.

41.6 Zu Absatz 6

41.6.1 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 Nummer 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.

42 Zu § 42 Kinderuntersuchungen

42.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bestimmt sich nach folgenden Richtlinien:

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie),
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie)

42.2 Danach sind die Aufwendungen für folgende Früherkennungsuntersuchungen beihilfefähig:

U1 direkt nach der Entbindung

U2 3. bis 10. Lebenstag

U3 4. bis 5. Lebenswoche

U4 3. bis 4. Lebensmonat

U5 6. bis 7. Lebensmonat

U6 10. bis 12. Lebensmonat

U7 21. bis 24. Lebensmonat

U7a 34. bis 36. Lebensmonat

U8 46. bis 48. Lebensmonat

U9 60. bis 64. Lebensmonat

J1 13 bis 14 Jahre

42.3 Die Schwerpunkte dieser Untersuchungen sowie die Toleranzgrenzen (Zeitpunkt der Untersuchungen) einschließlich einer zulässigen Über- oder Unterschreitung der festgelegten Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Beihilfefähig sind auch die nach Abschnitt C der Kinder-Richtlinie vorgesehenen speziellen Früherkennungsuntersuchungen (Erweitertes Neugeborenen-Screening, Screening auf Mukoviszidose, Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation, Neugeborenen-Hörscreening und Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen).

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

42.5 Beihilfefähig sind nach der Kinder-Richtlinie auch Aufwendungen für Chromosomenuntersuchungen und andere Gentests im Rahmen des Neugeborenen-Screenings und des Screenings auf Mukoviszidose. Im Rahmen des Erweiterten Neugeborenen-Screenings gilt dies beispielsweise für das Screening auf schwere kombinierte Immundefekte (Severe combined Immunodeficiency, SCID).

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 Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).
- 43.1.2 Danach sind drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen im Alter vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat beihilfefähig, von denen jeweils eine im Alter vom 6. bis zum vollendeten 9., vom 10. bis zum vollendeten 20. und vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat erfolgen soll. Der Abstand zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens vier Monate. Zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen sind im Alter vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat zweimal je Kalenderhalbjahr Aufwendungen für eine Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung beihilfefähig.
- 43.1.3 Drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sind ab dem 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres beihilfefähig. Die erste Untersuchung findet grundsätzlich ab dem 34. Lebensmonat statt. Die beiden weiteren Untersuchungen finden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres statt. Der Abstand zwischen den Zahnuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate. Zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen sind im Alter vom 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres zweimal je Kalenderhalbjahr Aufwendungen für eine Anwendung von Fluoridlack zur Kariesvorbeugung beihilfefähig.
- 43.1.4 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-, Mund- 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 Gebührenordnung für Zahnärzte 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 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte 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 zur Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. Werden solche Leistungen pauschal abgerechnet, können die Aufwendungen nicht als beihilfefähig anerkannt werden.

43.4 Zu Absatz 4

43.4.1 Art und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen im Sinne des Absatzes 4 richten sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

43.4.2 Absatz 4 umfasst alle Pflegebedürftigen mit einem Pflegegrad. Demzufolge sind auch entsprechende Aufwendungen eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 beihilfefähig.

43.4.3 Die Aufwendungen sind entsprechend der Richtlinie nach § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einmal je Kalenderhalbjahr beihilfefähig.

44 Zu § 44 Schwangerschaft und Geburt

44.1 Zu Absatz 1

44.1.1 Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung nach Satz 1 Nummer 1 gelten daher die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinie) entsprechend.

44.1.2 Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt 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. 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.

44.1.3 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. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (zum Beispiel Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.

44.1.4 Bei der ersten Vorsorgeuntersuchung wird der Mutterpass ausgestellt. Nur die dort aufgeführten Untersuchungen sind reguläre Vorsorgeuntersuchungen, wie sie laut Mutterschafts-Richtlinie vorgeschrieben sind. Im Mutterpass werden Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand der Schwangeren, zum Verlauf der Schwangerschaft und gegebenenfalls Komplikationen eingetragen.

44.1.5 Aufwendungen für molekulargenetische Tests (zum Beispiel Fruchtwasseruntersuchung/Amniozentese, Mutterkuchenpunktion/Chorionzottenbiopsie) zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21, weiterer Trisomien und anderer Erkrankungen (zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen) oder für Untersuchungen an fetaler DNA aus mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 (Nicht-invasiver Pränataltest – NIPT) sind nur bei besonderen Risiken oder zur Abklärung von Auffälligkeiten im Einzelfall beihilfefähig (vergleiche § 3 Absatz 3 Nummern 5 bis 7 der Mutterschafts-Richtlinie; zur Beihilfefähigkeit von molekulargenetischen beziehungsweise humangenetischen Tests im Rahmen einer Krankenbehandlung vergleiche Nummer 8.1).

- 44.1.6 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für molekulargenetische Tests, die allein der Abklärung genetischer Ursachen dienen, aus der sich keine weiteren Behandlungs- und Therapieoptionen für das Kind ergeben. Nummer 44.1.5 bleibt unberührt.
- 44.1.7 Aufwendungen für Nabelschnurpunktion (Chordozentese) sind beihilfefähig, wenn diese aus ärztlicher Sicht notwendig sind und die Notwendigkeit auf der Rechnung des Arztes vermerkt ist.
- 44.1.8 Nicht beihilfefähig sind aufgrund der Mutterschafts-Richtlinie Aufwendungen für den sogenannten Triple-Test (MoM-Test) oder das Ersttrimesterscreening (FTS) zum Auffinden eines Down-Syndroms beim ungeborenen Kind.
- 44.1.9 Es bestehen jedoch keine Bedenken, im Zusammenhang mit Leistungen, die aufgrund der Mutterschafts-Richtlinien selbst nicht beihilfefähig sind, Nummer 24 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte (Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf) als beihilfefähig anzuerkennen, soweit diese abgerechnet wird, da es sich hierbei um Beratungen während der Schwangerschaft handelt, die entsprechend § 2 der Mutterschafts-Richtlinie als beihilfefähig anzusehen sind.
- 44.1.10 Die Mutterschafts-Richtlinie sieht 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.
- 44.1.11 Daneben ergibt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen von Frauen in der Schwangerschaft auch aus anderen Vorschriften. Nach der Schutzimpfungs-Richtlinie sind beispielsweise für Frauen in der Schwangerschaft auch Aufwendungen für eine Impfung gegen Pertussis (Keuchhusten) beihilfefähig (hierzu Nummer 40.1.2).
- 44.1.12 In der Mutterschafts-Richtlinie ist auch der Anspruch auf Untersuchungen und Beratungen von Wöchnerinnen geregelt, ebenso die Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten und die Ausstellung von Bescheinigungen. Dort vorgesehene Untersuchungen und Beratungen sind beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sowie Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel richtet sich grundsätzlich nach Abschnitt 2, welcher entsprechend anzuwenden ist. Dabei sind die besonderen Umstände einer Schwangerschaft und Geburt unter Berücksichtigung der Mutterschafts-Richtlinie zu beachten. Die Tatsache, dass der Zustand der Schwangerschaft als solcher keinen Krankheitswert besitzt, da er für sich genommen nicht regelwidrig ist, führt nicht dazu, dass all jene Beschwerden, die kausal auf die Schwangerschaft zurückzuführen sind, vom Krankheitsbegriff auszunehmen wären. Aufwendungen für Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sowie Medizinprodukte sind daher grundsätzlich beihilfefähig, soweit nicht ein genereller Ausschluss besteht (zum Beispiel nach § 80 Absatz 5 Satz 1 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#)).
- 44.1.13 Die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richtet sich entsprechend Absatz 2 nach den in der Anlage 6 zu § 44 Absatz 2 genannten Beträgen (vergleiche hierzu Nummer 44.2).
- 44.1.14 Nach Satz 1 Nummer 4 sind die Aufwendungen für von Hebammen und Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen (sogenannte Geburtshäuser) bis zur Höhe der nach § 134a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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.
- 44.1.15 Wird nach Satz 1 Nummer 5 die Haus- und Wochenpflege der Wöchnerin durch Personen durchgeführt, die mit der Wöchnerin bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind (hierzu Nummer 51.2.4) oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person beihilfefähig (§ 30 Absatz 3).
- 44.1.16 Satz 1 Nummer 6 dient der besonderen Klarstellung, dass die Schwangere auch für das

- Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung nach Maßgabe des § 20 hat.
- 44.1.17 Nach Satz 1 Nummer 7 sind Aufwendungen für Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins für den Dienstherrn des Beihilfeberechtigten ebenfalls zum Bemessungssatz beihilfefähig.
- 44.1.18 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 Nummer 6 entstandenen Aufwendungen (Krankenhausbehandlung) als Aufwendungen für das Kind (mit dem entsprechenden Bemessungssatz von in der Regel 90 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 Absatz 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 Aufwendungen für eine Rufbereitschaft der Hebamme sind nicht beihilfefähig.
- 44.2.4 Abzugsbeträge nach Maßgabe des § 59 Absatz 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 (einschließlich Notfallkontrazeptiva) und Intrauterinpressare bei Personen bis zum vollendeten 22. 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 (empfängnisverhütende) 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 Absatz 1 Satz 2, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um eine Eigenbeteiligung nach § 59 Absatz 1 zu kürzen, soweit keine Ausnahme nach § 59 Absatz 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 anderer 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 Absatz 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 Geburtspauschale wird allen Beihilfeberechtigten nach § 80 Absatz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes** 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, für das Kind gewährt werden soll. Die Geburtspauschale wird auch Beamten mit Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des **Sächsischen Beamtengesetzes** gewährt. Sie wird auch Beihilfeberechtigten gewährt, die pauschale Beihilfe nach § 80a des **Sächsischen Beamtengesetzes** erhalten. § 5 Absatz 1 Nummer 1 findet in diesen Fällen keine Anwendung.

44.5 Zu Absatz 5

- 44.5.1 Bei beihilfeberechtigten Personen im Ausland sind die Unterkunftskosten in Geburtsfällen bis zur Dauer von sechs Wochen vor – ausgehend vom errechneten (voraussichtlichen) Geburtstermin – und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. Voraussetzungen sind, dass

- a) der Beamte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen über keinen eigenen Haushalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland (Inland) verfügen,
- b) eine notwendige medizinische Versorgung in Geburtsfällen am Dienort nicht gewährleistet ist und
- c) der Entbindungsort im Inland liegt.

- 44.5.2 Hierbei ist es unerheblich, ob eine stationäre Geburt (zum Beispiel Krankenhaus) oder eine ambulante Geburt (zum Beispiel Geburtshaus) angestrebt wird. Ob eine notwendige medizinische Versorgung in Geburtsfällen am Dienort gewährleistet ist, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden. Liegt der Dienort innerhalb eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine notwendige medizinische Versorgung in Geburtsfällen gewährleistet ist.

- 44.5.3 Bei Frühgeburten bestehen keine Bedenken, wenn der vor der Geburt nicht in Anspruch genommene Zeitraum von bis zu sechs Wochen auf die Zeit nach der Geburt übertragen wird und so den Zweiwochenzeitraum verlängert. Bei Geburten nach dem errechneten Geburtstermin, bei denen der Sechswochenzeitraum vor der Geburt überschritten wird, können die Aufwendungen für die Unterkunft bis zum tatsächlichen Geburtstermin auch über sechs Wochen hinaus als beihilfefähig anerkannt werden. Der Zweiwochenzeitraum nach der Geburt bleibt davon unberührt.

- 44.5.4 Aufwendungen für die Unterkunft der Schwangeren sind bis zur Höhe von 88 Euro je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 44 Euro je Übernachtung beihilfefähig.

- 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 Absatz 1 des **Sächsischen Reisekostengesetzes** 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 2024: 5,60 Euro) zu kürzen.

- 44.5.6 Fahrtkosten vom Dienort zum Entbindungsort (und zurück) sind nach Maßgabe des § 32 Absatz 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 beihilfeberechtigte Personen im Ausland (§ 32 Absatz 4, § 33 Absatz 2).

45 Zu § 45 Künstliche Befruchtung

45.1 Zu Absatz 1

- 45.1.1 Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nicht als Behandlung einer Krankheit anzusehen, sondern sind als eigenständiger Beihilfefall anzusehen, bei dem Beihilfe nicht aus Anlass einer Krankheit, sondern aus Anlass der Unfähigkeit eines Ehepaares, auf natürlichem Weg Kinder zu zeugen, gewährt wird. Der Begriff der Krankheit kann nicht durch Auslegung

dahingehend erweitert werden, dass er auch den Wunsch nach einer erfolgreichen Familienplanung in einer Ehe umfasst. Die künstliche Befruchtung beseitigt keinen regelwidrigen körperlichen Zustand, sondern umgeht ihn mit Hilfe medizinischer Technik, ohne auf dessen Heilung zu zielen (VGH München, Beschluss vom 24. Mai 2022, 24 ZB 20.2268).

- 45.1.2 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist in Anlehnung an die nach § 27a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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.
- 45.1.3 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 Nummer 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 (zur Zulässigkeit der Höchstaltersgrenze vergleiche OVG Münster, Beschluss vom 3. April 2025, 1 A 3249/21). 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.
- 45.1.4 Die künstliche Befruchtung besteht in der Regel aus mehreren Behandlungsschritten (hierzu Nummer 12 der Richtlinien über künstliche Befruchtung). Ein Behandlungszyklus (Zyklusfall) beginnt nach Nummer 9.1 Satz 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung mit dem ersten Zyklustag im Spontanzyklus, dem ersten Stimulationstag im stimulierten Zyklus beziehungsweise dem ersten Tag der Down-Regulation.
- 45.1.5 Der Zyklusfall umfasst den ersten bis 28. Zyklustag für Frauen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spontanzyklus) beziehungsweise den Zeitraum vom ersten Stimulationstag bis 14 Tage nach Ovulationsauslösung oder Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme für Frauen ohne endogen gesteuerten Zyklus. Für Frauen ohne endogen gesteuerten Zyklus und ohne hormonelle Stimulation umfasst der Zyklusfall einen Zeitraum von 28 Tagen. Der bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) und der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) erforderliche Embryo-Transfer zählt zum Behandlungszyklus und ist daher beihilfefähig, wenn der Transfer innerhalb des Zyklusfalles erfolgt. Auf Grund des § 1 Absatz 1 Nummer 3 des Embryonenschutzgesetzes ist davon auszugehen, dass innerhalb eines Zyklus nicht mehr als drei Embryonen auf eine Frau übertragen werden. Werden imprägnierte Eizellen nach erfolgreicher künstlicher Befruchtung zunächst nicht verwendet, richten sich diesbezügliche Aufwendungen, in der Regel nach Kryokonservierung der imprägnierten Eizellen, ausschließlich nach Absatz 3.
- 45.1.6 Die Regelungen in Anlage 7, wann eine In-vitro-Fertilisation oder Intracytoplasmatische Spermieninjektion als vollständig durchgeführt gelten, sind unabhängig vom Behandlungszyklus, nach dem sich die Beihilfefähigkeit der sich anschließend entstehenden Aufwendungen (zum Beispiel Embryo-Transfer) richtet.
- 45.1.7 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.

- 45.1.8 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.
- 45.1.9 Für die nach Satz 1 Nummer 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.
- 45.1.10 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 Absatz 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.
- 45.1.11 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 Nummer 5 (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion) und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann.
- 45.1.12 Zur Vermeidung von die Fürsorgepflicht verletzenden Härtefällen kann durch die Festsetzungsstelle im Einzelfall abweichend von Nummer 45.1.10 auf die Erstattungspraxis der beteiligten Krankenversicherungen abgestellt werden. Hierbei ist ein strenger Maßstab anzulegen. Auf Nummer 4.3.9 wird verwiesen. Ein Härtefall liegt nicht vor, wenn der berücksichtigungsfähige Ehegatte gesetzlich krankenversichert ist und die ihm zuzurechnenden Aufwendungen von seiner gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Hierbei ist unerheblich, wenn Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf 50 Prozent begrenzt werden. Nummer 45.1.16 bleibt unberührt. Bei sich überschneidenden Ansprüchen von Ehegatten, die unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen angehören, steht diesen ein Wahlrecht zu (vergleiche auch BSG, Urteil vom 29. August 2023, B 1 KR 13/22 R).
- 45.1.13 Etwaige Zuwendungen des Freistaates Sachsen aufgrund der [RL Familienförderung](#) vom 6. Juli 2023 (SächsABl. S. 1048) für eine In-Vitro-Fertilisations-Behandlung oder eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektions-Behandlung werden gemäß § 6 Absatz 1 auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet, soweit der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Ehegatte diese Zuwendung unmittelbar erhalten hat.
- 45.1.14 Bei im Ausland entstandenen Aufwendungen ist das Vorliegen einer Genehmigung nach § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beziehungsweise einer dem dortigen Recht gegebenenfalls entsprechenden Genehmigung – sofern überhaupt erforderlich – nach Satz 1 Nummer 5 nicht zu prüfen.
- 45.1.15 Eine Anerkennung eines Behandlungsplanes vor Beginn der Behandlung durch die Festsetzungsstelle ist nicht erforderlich.
- 45.1.16 Die dem berücksichtigungsfähigen Ehegatten zuzurechnenden Aufwendungen sind aufgrund von § 5 Absatz 3 Satz 1 nicht beihilfefähig, wenn dieser gesetzlich krankenversichert ist.
- 45.1.17 Im Hinblick auf die Begrenzung der Versuchszahlen nach Absatz 1 Nummer 2 sind bereits durchgeführte Versuche, die beispielsweise in anderen Versicherungsverhältnissen, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, erbracht wurden, bei der Höchstzahl zu berücksichtigen.
- 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 Absatz 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 Absatz 1 genannte Behandlungsmethode) findet wegen des geringeren Gesundheitsrisikos Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Nummer 2). Beispielsweise besteht bei einer Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion, die hinsichtlich der Anzahl auf drei Versuche begrenzt ist, keine hinreichende Aussicht im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 mehr, wenn bereits in drei Behandlungszyklen ein Embryotransfer in den Körper der Frau erfolgte. Hierbei ist es unerheblich, wenn hierfür auf befruchtete Eizellen zurückgegriffen wird, die (sozusagen auf Vorrat) bereits anlässlich einer früheren Behandlungsmaßnahme mit gewonnen wurden (hierzu auch OVG Münster, Urteil vom 19. Januar 2018, 1 A 2044/15). Dies bedeutet, dass jeder durch einen Embryotransfer innerhalb eines Behandlungszyklus abgeschlossene Behandlungsvorgang als selbstständiger Behandlungsversuch zählt.
- 45.3.4 Die Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen sind auch nicht mehr beihilfefähig, wenn sich das Ehepaar scheiden lassen hat (Absatz 1 Nummer 3) oder einer der Ehepartner die Höchstaltersgrenze nach Absatz 1 Satz 4 überschreitet.
- 45.3.5 Aufwendungen für die Kryokonservierung von noch nicht transferierten Embryonen einschließlich deren Lagerung sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für die Kryokonservierung von (unbefruchteten) Eizellen einschließlich deren Lagerung sind im Rahmen des Absatzes 4 beihilfefähig.

45.4 Zu Absatz 4

- 45.4.1 Aufwendungen für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sind nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen beihilfefähig. Medizinisch begründete Ausnahmefälle liegen insbesondere dann vor, wenn die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe 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. Medizinisch begründete Ausnahmefälle sind in erster Linie bei Krebspatienten anzunehmen. Diese Voraussetzung kann aber unter Umständen auch bei anderen Erkrankungen erfüllt sein (zum Beispiel als Folge von Unfällen oder bei der Autoimmunerkrankung Lupus erythematodes (Schmetterlingsflechte), deren Behandlung die Fruchtbarkeit beeinträchtigen kann).
- 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 von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe nach Satz 1 nicht als beihilfefähig anerkannt werden.
- 45.4.3 Die Beihilfefähigkeit umfasst auch die Aufwendungen für die Entnahme und Aufbereitung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe. Ferner umfasst sie auch die Aufwendungen für die Lagerung der kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder von kryokonserviertem Keimzellgewebe 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 Absatz 3, dass grundsätzlich nur

Aufwendungen für notwendige Maßnahmen beihilfefähig sind. Zum Krankheitsbegriff wird auf Nummer 1.1.2 verwiesen. Ein solcher regelwidriger gesundheitlicher Zustand liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Frau im Zeitpunkt des Eingriffs entgegen der normalen Funktion einer Frau ein Kind nicht austragen kann, ohne ihre Gesundheit erheblich zu gefährden. Ist in diesem Falle die bei einer künftigen Schwangerschaft oder Geburt drohende gesundheitliche Gefährdung der Frau konkret absehbar und geht sie erheblich über die gesundheitlichen Beschwerden hinaus, die bei einer Schwangerschaft oder Geburt normalerweise auftreten können, ist eine Sterilisation aus Anlass einer Krankheit beihilfefähig (BVerwG, Urteil vom 24. Februar 1982, VI C 8.77). 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 Sterilisierung, 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 Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Indikationen (medizinische oder kriminologische Indikation) vorliegt. Ferner sind Schwangerschaftsabbrüche nach der sogenannten Beratungsregelung nach § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches sowie die in § 218a Absatz 4 des Strafgesetzbuches genannten Schwangerschaftsabbrüche straflos. Nach § 218a Absatz 4 des Strafgesetzbuches 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 Absatz 1 des Strafgesetzbuches 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 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum Ausdruck kommt.

46.2.5 Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Schwangerschaftsabbrüche nach der sogenannten Beratungsregelung des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches nach Absatz 2 Satz 2 und 3 findet ergänzend Buchstabe D Nummer 3.3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch Anwendung.

46.2.6 Darüber hinaus wird auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz, 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 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes 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. Umfasst sind dabei insbesondere rettungsdienstliche Maßnahmen. Zum Begriff des Rettungsdienstes wird auf die Begriffsbestimmungen in § 2 Absatz 3 des Sächsisches Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz verwiesen. Rettungsdienst umfasst danach die Notfallrettung und den Krankentransport. Notfallrettung ist die in der Regel unter Einbeziehung von Notärzten erfolgende Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen bei Notfallpatienten, die Herstellung ihrer Transportfähigkeit und ihre unter fachgerechter Betreuung erfolgende Beförderung in das für die weitere Versorgung nächstgelegene geeignete Krankenhaus oder die nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung. Notfallpatienten sind Kranke oder

Verletzte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten. Krankentransport ist die anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen nötigenfalls geleistete Hilfe und ihre unter fachgerechter Betreuung erfolgende Beförderung.

- 47.1.2 Aufwendungen für Abschlepp- und Bergungskosten von Sachen sowie die Suche nach Personen oder Sachen sind keine Maßnahmen im Rahmen der Ersten Hilfe im Sinne des Absatzes 1. Diese Aufwendungen sind daher auch dann nicht beihilfefähig, wenn diese einer rettungsdienstlichen Maßnahme an einer verletzten oder erkrankten Person vorangehen (zum Beispiel die Beseitigung von Geröll, Lawinen oder eines verunfallten Fahrzeugs, um Zugang zu einer verletzten Person zu erhalten).
- 47.1.3 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 Absatz 1 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für sich anschließende Rettungsfahrten und -flüge, zum Beispiel ins Krankenhaus, richtet sich nach § 32 Absatz 2. Zur Beihilfefähigkeit für Aufwendungen zur Überführung einer Leiche oder Urne wird auf § 36 verwiesen.
- 47.1.4 Sind durch Erste-Hilfe-Leistungen besondere Kosten entstanden, zum Beispiel für die Herbeiführung eines Arztes, den Einsatz von Rettungskräften, Sanitätern und anderen Personen, für einen Krankenwagen oder sonstige Beförderungsmittel, sind diese Aufwendungen einschließlich der dabei verbrauchten Stoffe (insbesondere Arznei-, Hilfs- und Verbandmittel) beihilfefähig.
- 47.1.5 Für rettungsdienstliche Maßnahmen richtet sich die wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen nach Maßgabe der auf Grundlage des § 32 Absatz 5 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz oder entsprechender Regelungen anderer Länder erlassenen Satzungen der Träger des Rettungsdienstes (im Freistaat Sachsen: Landkreise und Kreisfreie Städte).
- 47.1.6 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.
- 47.1.7 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).
- 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 in Betracht. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einschließlich der hierfür verbrauchten Stoffe (insbesondere Desinfektionsmittel) ist aber, dass der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige mit entsprechenden Kosten belastet wurde.
- 47.3 Zu Absatz 3**
- 47.3.1 Aufwendungen für die Transplantation von Organen, Geweben und von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind immer dem Empfänger zuzuordnen und unmittelbar nach Abschnitt 2 und 3 beihilfefähig. Absatz 3 umfasst die mittelbaren Folgekosten einer Transplantation, die nicht unmittelbar nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig sind. Dies betrifft im Einzelnen Aufwendungen, die für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und den Transport sowie die Organisation für die Bereitstellung des Organs, Gewebes oder des Blutes zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen anfallen. Der Begriff Gewebe bestimmt sich nach der Definition des § 1a Nummer 4 des Transplantationsgesetzes. 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 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes, mit dem die Deutsche Stiftung für Organtransplantationen (DSO) als Koordinierungsstelle beauftragt wurde, für die Organbeschaffung Organisations- und Flugtransportkostenpauschalen an die DSO zu leisten. 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 Absatz 1 des Transplantationsgesetzes 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 der Eigenbeteiligungen sind die Sonderbestimmungen in § 32 Absatz 3 Satz 4 und § 59 Absatz 3 zu beachten.
- 47.4.3 Beihilfefähig ist auch der vom Spender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkünften. Werden Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes) 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 47/70). 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 der Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen vom 18. November 2015.
- 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 2 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Neben dem zu ermittelnden Nettolohn, der für die Erstattung des Verdienstaufschlages maßgeblich ist, ist daher auch der zu Grunde liegende Bruttolohn 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 Absatz 2 Satz 4 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und Kurzarbeit (in entsprechender Anwendung des § 57 Absatz 2 Satz 4 erster Halbsatz in Verbindung mit Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 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 Institutionskennzeichen 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 Nummer 3a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 1 Nummer 2d des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). 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 Absatz 1 Nummer 2b zweiter Halbsatz des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) und Kurzarbeit (in entsprechender Anwendung des § 166 Absatz 1 Nummer 2b des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) 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 Nummer 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 38 der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung 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 Dritten Buch Sozialgesetzbuch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch unterbrochen hat (§ 26 Absatz 2 Nummer 2a des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).
- 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 Nummer 6a des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). 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 Nummer 5a zweiter Halbsatz des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) und Kurzarbeit (in entsprechender Anwendung des § 345 Nummer 5a des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) zu beachten.
- 47.4.4.3.4 Dem Spender sind die gezahlten Leistungen nach § 312 Absatz 3 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch 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.
- 47.4.4.4 Die Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sind nach § 23 Absatz 2 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch 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 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aus.

- 47.4.5 Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a Absatz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes 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 Abzugrenzen vom Vorgang der Spende sind Folgeerkrankungen, die in einem zeitlichen Abstand zur Spende eintreten. In diesem Falle ist grundsätzlich die Krankenkasse beziehungsweise Krankenversicherung der Spender für die Behandlung von Folgeerkrankungen zuständig (vergleiche auch § 27 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b des Siebten Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch). 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 Absatz 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch), sind Beihilfeleistungen aufgrund der Subsidiarität der Beihilfe ausgeschlossen (§ 80 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes**).
- 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 des Transplantationsgesetzes beziehungsweise Eurotransplant als Vermittlungsstelle nach § 12 des Transplantationsgesetzes) 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 Dauernde Pflegebedürftigkeit**
- 48.1 Zu Absatz 1**
- 48.1.1 Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe für Pflegeleistungen nach Maßgabe des Abschnittes 6, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. Aufwendungen von Pflegebedürftigen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind nach Abschnitt 6 nur nach Maßgabe des § 48a beihilfefähig. 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 körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. In stationären Pflegeeinrichtungen sind auch Aufwendungen für die Betreuung beihilfefähig.
- 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 21. April 2020), die auf der Homepage der gesetzlichen Krankenversicherung (www.gkv-spitzenverband.de) verfügbar sind.

- 48.1.4 Übersteigen bei Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 5 beihilfefähig. Dies gilt auch für Aufwendungen für teilstationäre Pflege (§ 50). In diesen Fällen findet der Bemessungssatz nach § 57 Absatz 10 Anwendung.
- 48.1.5 Pflegebedürftig im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Schwere bestehen.
- 48.1.6 Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten sechs Bereichen. Diese Bereiche umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Kriterien oder einen Lebensbereich. Sie stellen einen abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Kriterien dar, anhand derer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt werden sollen.
- 48.1.6.1 Mobilität
Maßgeblich ist, ob die pflegebedürftige Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen, zu wechseln und sich fortzubewegen. Es werden lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination und so weiter beurteilt und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. Es werden nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen berücksichtigt.
- 48.1.6.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Es werden ausschließlich kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Aktivitäten betrachtet. Maßgeblich sind Aspekte des Erkennens, Entscheidens oder des Steuerns von Aktivitäten und nicht deren motorische Umsetzung. Es ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder nie ausgebildet hat.
- 48.1.6.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Es werden Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen betrachtet, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit die pflegebedürftige Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender „Selbststeuerung“ ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.
- 48.1.6.4 Selbstversorgung
Es ist maßgeblich, ob die Aktivitäten in den genannten Kriterien praktisch durchgeführt werden können. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- 48.1.6.5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Es geht um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgeblich ist, ob die pflegebedürftige Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- 48.1.6.6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Maßgeblich ist, ob die pflegebedürftige Person die Aktivität in den genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- 48.1.7 Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Bei Kindern bis zum 18. Lebensmonat gelten aufgrund ihrer noch natürlichen Unselbständigkeit Sonderregelungen (§ 15 Absatz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Diese werden außerdem pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als Kinder ab dem 18. Lebensmonat und Erwachsene.
- 48.1.8 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 Absatz 1 Nummer 3). Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (zum Beispiel Fahrtkosten).

- 48.1.9 Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad beizufügen (hierzu auch Nummer 62.7). Der Pflegegrad orientiert sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und ist für die Bestimmung der Höhe der Leistungen nach Abschnitt 6 maßgebend.
- 48.1.10 Für Versicherte der Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (§ 18 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). 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). 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).
- 48.1.11 Ist im Einzelfall der Nachweis über die erforderlichen Pflegemaßnahmen nicht ausreichend oder beantragt der Beihilfeberechtigte abweichend Beihilfe zu einem höheren Pflegegrad, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- 48.1.12 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad 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.
- 48.2 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 Absatz 5, § 55 Absatz 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 (<https://www.compass-pflegeberatung.de/>).
- 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung mit den Trägern für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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. Die Pauschale kann auch dann an COMPASS GmbH geleistet werden, wenn die Pflegeberatung vor Ort in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu einer formlosen Antragstellung steht, auch wenn das entsprechende Formular nicht im Anschluss an die private Pflegeversicherung zurückgesandt wird. Sobald dem Beihilfeberechtigten eine abschlägige Leistungsmitteilung seiner privaten Pflegeversicherung vorliegt, ist eine Abrechnung der Beratung vor Ort nicht mehr zulässig. Dies gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte, der mit einer begründeten Einwendung Widerspruch gegen die Einstufung bei seiner privaten Pflegeversicherung erhebt und dieser Widerspruch in analoger Anwendung des § 70 der Verwaltungsgerichtsordnung innerhalb eines Monats erhoben wird.

Pflegeberatungen, die während der Zeit bis zum Abschluss dieses Widerspruchsverfahrens durchgeführt werden, sind durch die COMPASS GmbH abrechenbar.

- 48.3.5 Wird bei sozial pflegeversicherten Beihilfeberechtigten die Pflegeberatung nicht unmittelbar durch die Pflegekasse durchgeführt und stattdessen von dort ein Beratungsgutschein nach § 7b des Elften Buches Sozialgesetzbuch ausgestellt, mit dem die Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch genommen werden kann, bestehen keine Bedenken, die dem Beihilfeberechtigten in Rechnung gestellten Aufwendungen für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend Absatz 3 als beihilfefähig anzuerkennen. Voraussetzung ist dabei, dass sich die Pflegekasse in entsprechender Höhe an den Kosten der Pflegeberatung beteiligt hat.
- 48.3.6 Das PflegeNetz Sachsen, das der Freistaat Sachsen zusammen mit den Pflegekassen, den Kommunen und den Landkreisen erarbeitet hat, bietet für Pflegebedürftige und deren Angehörige über das Internet oder die Telefon-Hotline professionelle Unterstützung und kompetente Beratung rund um das Thema Pflege. Im Internet gelangt man unter www.pflegenetz.sachsen.de auf das Internetportal des PflegeNetzes. Hierbei handelt es sich um eine virtuelle Anlaufstelle für alle Fragen rund um das Thema Pflege, welche für Pflegebedürftige und deren Angehörige eine umfassende Darstellung von Hilfs- und Informationsangeboten bietet sowie Ansprechpartner, Kontakte und Adressen vermittelt.
- 48a Zu § 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1**
- 48a.0 Grundsätzlich besteht der Anspruch auf Beihilfe nach Abschnitt 6 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit haben Pflegebedürftige bei einer geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) ebenfalls einen Anspruch auf Beihilfeleistungen nach Abschnitt 6, soweit dies in § 48a bestimmt wird. Da die Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gering sind und vorrangig im somatischen Bereich liegen, handelt es sich neben den beratenden und edukativen Unterstützungsangeboten auch um Leistungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen.
- 48a.1 Zu Absatz 1**
- 48a.1.1 Für die Gewährung des pauschalen Zuschlages nach § 49a Absatz 1 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 kommt es im Gegensatz zu Pflegebedürftigen, die mindestens Pflegegrad 2 zugeordnet sind, nicht darauf an, dass sie tatsächlich Leistungen nach § 49 Absatz 1 bis 3 oder § 53 beziehungsweise entsprechende Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch beziehen. Das bloße Bestehen der Ansprüche ohne eine tatsächliche Inanspruchnahme genügt nicht. Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 steht von den in § 49a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Leistungen nur der Entlastungsbetrag gemäß § 53 Absatz 2 zu. Damit der pauschale Zuschlag auch dann beihilfefähig ist, wenn sie den Entlastungsbetrag nicht beziehen oder diesen ansparen, gilt § 49a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 nicht.
- 48a.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)**
- 48a.3 Zu Absatz 3**
- 48a.3.1 Der Entlastungsbetrag ist bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 auch für Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe nach § 49 Absatz 1, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung (hierzu § 14 Absatz 2 Nummer 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) entstehen, beihilfefähig. Solche Aufwendungen sind bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 53 Absatz 2 nicht beihilfefähig, da diese Aufwendungen bereits nach § 49 Absatz 1 beihilfefähig sind.
- 48a.4 Zu Absatz 4**
- 48a.4.1 Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, sind Aufwendungen in Höhe von 131 Euro beihilfefähig. Auch der Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 55 Absatz 2 steht Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 zu.
- 49 Zu § 49 Häusliche Pflege**
- 49.0 Die Pauschalbeihilfe im Sinne des Absatzes 2 und 3 entspricht dem Pflegegeld, welches auf Grundlage der §§ 37 und 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch die Pflegeversicherung gezahlt wird. Pauschalbeihilfe und pauschale Beihilfe nach Abschnitt 9 stehen in keinem Zusammenhang zueinander.
- 49.1 Zu Absatz 1**
- 49.1.1 Erfasst wird die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft (Berufspflegekraft) bei der häuslichen Pflegehilfe erbringt. Häusliche Pflegehilfe umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen und

pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Auf Nummer 49.5.2 wird verwiesen.

- 49.1.2 Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche Mobilität und Selbstversorgung nach § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (hierzu auch Nummern 48.1.6.1 und 48.1.6.4). Körperbezogene Pflegemaßnahmen umfassen
- das Waschen, Duschen und Baden,
 - die Mund-/Zahnpflege,
 - das Kämmen,
 - das Rasieren,
 - die Darm- und Blasenentleerung,
 - das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
 - das An- und Auskleiden,
 - das Gehen, Stehen, Treppensteigen und
 - das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
- 49.1.3 Pflegerische Betreuungsmaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nach § 14 Absatz 2 Nummer 2, 3 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (hierzu auch Nummern 48.1.6.2, 48.1.6.3 und 48.1.6.6). Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen
- die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur,
 - Unterstützungsleistungen zur Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus,
 - die Unterstützung bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung,
 - die Unterstützung bei Hobby und Spiel, zum Beispiel beim Musik hören, Zeitung lesen, Betrachten von Fotoalben, Gesellschaftsspiele spielen,
 - Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten, Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst.
- 49.1.4 Hilfe bei der Haushaltsführung bezieht sich auf den Bereich der Haushaltsführung nach § 18 Absatz 5a des Elften Buches Sozialgesetzbuch und umfasst die Unterstützung in den dort erfassten Aktivitäten. Der Pflegebedürftige soll nicht nur passiv versorgt werden, sondern aktiv bei der Haushaltsführung unterstützt werden. Dabei ist aber eine vollständige Übernahme von Aktivitäten im Rahmen der Haushaltsführung nicht ausgeschlossen. Die Hilfe bei der Haushaltsführung umfasst
- das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs,
 - das Kochen,
 - das Reinigen und Aufräumen der Wohnung,
 - das Spülen,
 - das Waschen und Wechseln der Wäsche und Kleidung,
 - das Beheizen,
 - die Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen (zum Beispiel Haushaltshilfen) und
 - die Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten.
- 49.1.5 Die Aufteilung des beihilfefähigen Höchstbetrages auf die einzelnen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung richtet sich nach den Wünschen und Bedürfnissen sowie der Versorgungssituation des einzelnen Pflegebedürftigen. Insofern kann der beihilfefähige Höchstbetrag flexibel in Anspruch genommen werden.
- 49.1.6 Nach § 89 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden Vergütungen der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. Fahrtkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.
- 49.1.7 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. Die außerhäusliche Pflege darf jedoch nicht in vollstationären Einrichtungen (§ 55) oder einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen, so dass entsprechende Aufwendungen nicht im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig sind.
- 49.1.8 Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einem

- Pflegegrad. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten jedoch keine Beihilfe nach Absatz 1. Für Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 steht Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 der Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2 zur Verfügung.
- 49.1.9 Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für einen vollen Kalendermonat, sind die beihilfefähigen Höchstbeträge nach § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht entsprechend zu kürzen.
- 49.1.10 Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege (§ 30) sind gesondert beihilfefähig. Zur Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege kann die Entscheidung der Pflegeversicherung herangezogen werden.
- 49.1.11 Bei Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und hierfür Beihilfe nach § 55 erhalten, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an Wochenenden) für die tatsächlichen Pflageetage in der Familie unter Berücksichtigung des für die häusliche Pflegehilfe geltenden Höchstbetrages nach § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Beihilfe nach Absatz 1 gewährt werden. Dabei ist der Anspruch auf den sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag begrenzt. Insoweit sind die beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 auf die Differenz zwischen dem sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag und den Leistungen der Beihilfe nach § 55 Absatz 1 begrenzt. § 55 Absatz 5 bleibt unberührt.
- 49.1.12 Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (zum Beispiel Internatsunterbringung) oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, 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 Pflageetage in der Familie gewährt werden. Dabei ist der Anspruch auf den sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag begrenzt. Insoweit sind die beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 auf die Differenz zwischen dem sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag und den Leistungen der Beihilfe nach § 56 begrenzt.
- 49.2 Zu Absatz 2**
- 49.2.1 Andere geeignete Personen sind insbesondere Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen 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. Nummer 49.1.7 gilt entsprechend.
- 49.2.2 Pauschalbeihilfe ist grundsätzlich ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Absatz 2 in Verbindung mit § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, 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, soweit keine Beihilfe nach § 55 in Betracht kommt. Dies gilt nicht, wenn sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufhält, die keine Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist; 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 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 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). Voraussetzung ist, dass

vor der Unterbrechung Anspruch auf Zahlung der Pauschalbeihilfe bestand. Die Vierwochenfrist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung der Pauschalbeihilfe wird diese ab dem Entlassungstag wieder gewährt.

- 49.2.6 Tritt ein Tatbestand (zum Beispiel vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 20) zu einem anderen (zum Beispiel stationäre Rehabilitation nach § 37) hinzu oder schließt er sich an, hat das zur Folge, dass die Regelung des § 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nur einmal Anwendung findet. Eine Kürzung der Pauschalbeihilfe erfolgt daher ab dem 29. Tag der einheitlich zu wertenden Unterbrechungstatbestände. Hingegen ist von zwei Tatbeständen auszugehen, wenn beispielsweise nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 20 eine stationäre Rehabilitation nach § 37 durchgeführt wird und diese sich nicht direkt an die vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließt.
- 49.2.7 Nach § 6 Absatz 1 sind entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften anzurechnen. Entsprechende Leistungen sind zum Beispiel solche nach § 74 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und § 37 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**. Dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 61 ff. des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 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 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen. Bei einer anteiligen Kürzung der Pauschalbeihilfe ist der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen, der Divisor jedoch mit 30 Tagen. 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 55.1.12).
- 49.2.10 Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Dies gilt jedoch nur, wenn im Sterbemonat mindestens für einen Tag ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestanden hat. Berechnungsgrundlage ist immer die volle Pauschalbeihilfe. Dies gilt auch, wenn der Pflegebedürftige im Zeitpunkt des Todes aufgrund der Gewährung von Beihilfeleistungen der Verhinderungspflege nach § 51 oder der Kurzzeitpflege nach § 52 eine hälftige Pauschalbeihilfe nach Absatz 4 bezogen hat. Ruhestatbestände (vergleiche Nummer 49.2.5 und 49.2.6) sind bei der Zahlung der Pauschalbeihilfe zu berücksichtigen. Im Rahmen der Kombinationspflege ist Nummer 49.3.8 zu beachten.
- 49.2.11 Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und Leistungen nach § 55 erhalten, erhalten für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an Wochenenden) Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Pflage tage in der Familie unter Berücksichtigung des in Absatz 1 vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrages. Dabei zählen Teiltage (zum Beispiel häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Bei der Ermittlung der Höhe der Pauschalbeihilfe sind die Regelungen der Kombinationspflege nach Absatz 3 anzuwenden. Folglich sind die Aufwendungen, für die im Rahmen der vollstationären Pflege Beihilfe nach § 55 gewährt wird, ins Verhältnis zum beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Pauschalbeihilfe für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Anteil der Pauschalbeihilfe mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflage tage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.
- 49.2.12 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2025):
- 49.2.12.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 805 Euro). Vom 3. März bis 5. März sowie vom 17. März bis 19. März wird er in häuslicher Umgebung gepflegt, wofür er Pflegegeld (100 Prozent = 347 Euro) beansprucht. Die Rechnung der vollstationären Pflegeeinrichtung beträgt 679,86 Euro. Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 beträgt 796 Euro.
- Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil der Aufwendungen der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 zu ermitteln:

	– Anteil der Aufwendungen von der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 (679,86 Euro von 796 Euro)	85,41 Prozent
	– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 85,41 Prozent)	14,59 Prozent
	– Höchstgrenze für das Pflegegeld (14,59 Prozent von 347 Euro)	50,63 Euro
	– Zahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 6 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der häuslichen Pflegehilfe volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen ist) Höhe des Pflegegeldes (= 6/30 von 50,63 Euro)	10,13 Euro
	a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 30 Prozent von 679,86 Euro	203,96 Euro
	– zum Pflegegeld 30 Prozent von 10,13 Euro	<u>3,04 Euro</u>
	Gesamt	207,00 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 70 Prozent von 679,86 Euro	475,90 Euro
	– Pauschalbeihilfe 10,13 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 3,04 Euro	<u>7,09 Euro</u>
	Gesamt	482,99 Euro
49.2.12.2	Wie Beispiel 49.2.12.1, jedoch beträgt die Rechnung für die vollstationäre Pflegeeinrichtung 900 Euro. Da mit den Aufwendungen der vollstationären Pflege der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 (796 Euro) überschritten wird, kann keine anteilige Pauschalbeihilfe mehr gezahlt werden.	
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.	
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 2025):	
49.3.3.1	Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 497 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 599 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 523,95 Euro. Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:	
	– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (523,95 Euro von 1 497 Euro)	35 Prozent
	– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)	65 Prozent
	– Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 599 Euro)	389,35 Euro
	a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 523,95 Euro	157,19 Euro
	– zum Pflegegeld 30 Prozent von 389,35 Euro	<u>116,81 Euro</u>
	Gesamt	274,00 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 523,95 Euro	366,77 Euro
	– Pauschalbeihilfe 389,35 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 116,81 Euro	<u>272,54 Euro</u>
	Gesamt	639,31 Euro
49.3.3.2	Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 859 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 800 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der	

sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 743,60 Euro.

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

– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (743,60 Euro von 1 859 Euro)	40 Prozent
– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 40 Prozent)	60 Prozent
– Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 800 Euro)	480,00 Euro
a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 743,60 Euro	371,80 Euro
– zum Pflegegeld 50 Prozent von 480,00 Euro	<u>240,00 Euro</u>
Gesamt	611,80 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 Prozent von 743,60 Euro	371,80 Euro
– Pauschalbeihilfe 480,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 240,00 Euro	<u>240,00 Euro</u>
Gesamt	611,80 Euro

49.3.3.3 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2, der ihm ab 15. August bewilligt wurde, die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 796 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 347 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte ab 15. August beträgt 209,19 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Das so ermittelte Pflegegeld wird anteilig für die Zeit vom 15. August bis 31. August (17 Tage) gewährt:

– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (209,19 Euro von 796 Euro)	26,28 Prozent
– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 26,28 Prozent)	73,72 Prozent
– Höchstgrenze für das Pflegegeld (73,72 Prozent von 347 Euro)	255,81 Euro
– anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 17 Tagen, Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 17/30 von 255,81 Euro)	144,96 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 209,19 Euro	62,76 Euro
– zum Pflegegeld 30 Prozent von 144,96 Euro	<u>43,49 Euro</u>
Gesamt	106,25 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 209,19 Euro	146,43 Euro
– Pauschalbeihilfe 144,96 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 43,49 Euro	<u>101,47 Euro</u>
Gesamt	247,90 Euro

49.3.4 Ist in der Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgrund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht möglich, ist die Gewährung von Beihilfe nach Absatz 3 ebenfalls ausgeschlossen.

49.3.5 Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (zum Beispiel Internatsunterbringung) oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 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. Sie können die Leistungen nach Absatz 1 und 2 auch mit Leistungen nach § 56 kombinieren.

49.3.6 Sind innerhalb eines Kalendermonats keine Beihilfeleistungen nach Absatz 1 erbracht worden, weil

zum Beispiel der Pflegebedürftige für den ganzen Kalendermonat vollstationär in einem Krankenhaus behandelt wurde, so besteht ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe unter Berücksichtigung von Nummer 49.2.5 und 49.2.6.

49.3.7 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2025):

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 796 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 347 Euro) in Anspruch. Vom 1. April bis 30. April befindet er sich in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Aufwendungen für die Pflege durch Berufspflegekräfte sind in diesem Zeitraum nicht angefallen.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Zeiten einer vollstationären Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen nach § 20 unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Dies gilt jedoch nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Folglich kann für 28 Tage Pflegegeld gewährt werden:

– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte	0 Prozent
– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 0 Prozent)	100 Prozent
– Höchstgrenze für das Pflegegeld (100 Prozent von 347 Euro)	347,00 Euro
– anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 28 Tagen, Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 28/30 von 347 Euro)	323,87 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zum Pflegegeld 30 Prozent von 323,87 Euro	97,16 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
– Pauschalbeihilfe 323,87 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 97,16 Euro	226,71 Euro

49.3.8 Die Pauschalbeihilfe wird auch im Rahmen der Kombinationspflege bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Nummer 49.2.10 gilt entsprechend. Hierbei ist ebenfalls die tatsächlich im Sterbemonat in Anspruch genommene Beihilfe nach Absatz 1 zu berücksichtigen.

49.4 Zu Absatz 4

49.4.1 Die Höchstdauer der Fortzahlung der Pauschalbeihilfe in hälftiger Höhe entspricht dem Leistungszeitraum der Verhinderungspflege nach § 51 und der Kurzzeitpflege nach § 52 (jeweils acht Wochen). Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe stets in voller Höhe weiter gewährt. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege beginnt jedoch bereits die Acht-Wochen-Frist. Die Nummern 51.1.4, 51.1.5 und 52.1.4 sind zu beachten.

49.4.2 Die Pauschalbeihilfe wird auch zur Hälfte fortgewährt, wenn Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird.

49.4.3 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 (vergleiche hierzu auch Nummer 49.1.7) vorliegen. Absatz 4 stellt insoweit – wie auch die §§ 37 und 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – auf die bisher bezogene Pauschalbeihilfe ab.

49.4.4 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.

49.4.5 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.

49.4.6 Der Anspruch auf Weiterzahlung der hälftigen Pauschalbeihilfe besteht jeweils für die Dauer der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 51 und der Kurzzeitpflege nach § 52. Dabei können Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege direkt aneinander anschließen (vergleiche auch

Nummern 51.1.7 und 52.1.5).

- 49.4.7 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 Absatz 2), wird die hälftige Pauschalbeihilfe zusätzlich zu den Aufwendungen in Höhe der Pauschalbeihilfe weitergewährt.
- 49.4.8 Bei einem Zusammentreffen von hälftiger Pauschalbeihilfe bei Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege und Pauschalbeihilfe darf der Höchstanspruch nach Absatz 2 in Verbindung mit § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für den Kalendermonat nicht überschritten werden.
- 49.4.9 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Juli 2025):
- 49.4.9.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 das Pflegegeld (100 Prozent = 599 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 Leistungszeitraum 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 acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.
- | | |
|--|--------------------|
| – 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 599 Euro) | 219,63 Euro |
| – hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 20 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist)
Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 20/30 von 599 Euro/2) | 199,67 Euro |
| a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung | |
| – zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro | 300,00 Euro |
| – zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 219,63 Euro | 65,89 Euro |
| – hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 20 Tage, 30 Prozent von 199,67 Euro | <u>59,90 Euro</u> |
| Gesamt | 425,79 Euro |
| b) Leistungen der Beihilfe | |
| – zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro | 700,00 Euro |
| – Pauschalbeihilfe 219,63 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 65,89 Euro | 153,74 Euro |
| – hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 20 Tage, 199,67 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 59,90 Euro | <u>139,77 Euro</u> |
| Gesamt | 993,51 Euro |
- 49.4.9.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 das Pflegegeld (100 Prozent = 599 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 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 Leistungszeitraum 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 acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

	– 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 599 Euro)	399,33 Euro
	– für die Dauer von elf Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist) Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 11/30 von 599 Euro/2)	109,82 Euro
	a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro	750,00 Euro
	– zum Pflegegeld für 20 Tage 50 Prozent von 399,33 Euro	199,67 Euro
	– hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für elf Tage, 50 Prozent von 109,82 Euro	<u>54,91 Euro</u>
	Gesamt	1 004,58 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro	750,00 Euro
	– Pauschalbeihilfe 399,33 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 199,67 Euro	199,66 Euro
	– hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für elf Tage, 109,82 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 54,91 Euro	<u>54,91 Euro</u>
	Gesamt	1 004,57 Euro
49.4.9.3	Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 das Pflegegeld (100 Prozent = 800 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 Leistungszeitraum 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 acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.	
	– 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 800 Euro)	800,00 Euro
	– da aufgrund der Tage der tatsächlichen häuslichen Pflege der Höchstanspruch nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für den Kalendermonat bereits ausgeschöpft ist, erfolgt keine hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von einem Tag	0,00 Euro
	a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 100 Euro	30,00 Euro
	– zum Pflegegeld 30 Prozent von 800 Euro	<u>240,00 Euro</u>
	Gesamt	270,00 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 100 Euro	70,00 Euro
	– Pauschalbeihilfe 800 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 240 Euro	<u>560,00 Euro</u>
	Gesamt	630,00 Euro
49.4.9.4	Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 5 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 2 299 Euro)	

und das Pflegegeld (100 Prozent = 990 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 6. Juni bis 26. Juni, das heißt für die Dauer von drei Wochen (21 Tage), Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 804,65 Euro. Daneben sind für die Verhinderungspflege Aufwendungen in Höhe von 1 000 Euro entstanden (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Ferner wird Pflegegeld 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 acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (804,65 Euro von 2 299 Euro)	35 Prozent
– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)	65 Prozent
– Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 990 Euro)	643,50 Euro
– Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Juni bis 6. Juni (sechs Tage) und 26. Juni bis 30. Juni (fünf Tage) zu gewähren	
Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 643,50 Euro)	235,95 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 den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist)	
Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 19/30 von 643,50 Euro/2)	203,78 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 804,65 Euro	241,40 Euro
– zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 235,95 Euro	70,79 Euro
– hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage, 30 Prozent von 203,78 Euro	<u>61,13 Euro</u>
Gesamt	673,32 Euro
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 804,65 Euro	563,26 Euro
– Pauschalbeihilfe 235,95 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 70,79 Euro	165,16 Euro
– hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 203,78 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 61,13 Euro	<u>142,65 Euro</u>
Gesamt	1 571,07 Euro

49.5 Zu Absatz 5

- 49.5.1 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 5 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.
- 49.5.2 Notwendige Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5 sind neben Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 Satz 1 (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung) auch andere Aufwendungen, die von der geeigneten Pflegekraft in Rechnung gestellt werden dürfen. Dies sind beispielsweise die sogenannten Investitionskosten (vergleiche § 82 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Diese Aufwendungen sind auch dann nach Absatz 5 beihilfefähig, wenn der sich aus Absatz 1 ergebende Höchstbetrag noch nicht mit Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe ausgeschöpft

wurde.

49.5.3 Der Bemessungssatz für Aufwendungen nach Absatz 5 beträgt 100 Prozent (§ 57 Absatz 10). Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent (§ 57 Absatz 7). Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 5 ebenfalls zum Bemessungssatz von 100 Prozent nach § 57 Absatz 10 beihilfefähig.

49.5.4 Ab 1. Februar 2025 sind auf Grundlage des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7 Stufe 5 Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

Pflegegrad 2:	1 204,53 Euro
Pflegegrad 3:	2 409,06 Euro
Pflegegrad 4:	3 613,59 Euro
Pflegegrad 5:	4 818,12 Euro

Künftige Tariferhöhungen sind zu beachten.

49.5.5 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Februar 2025):

49.5.5.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 497 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 2 000 Euro.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 497 Euro) 449,10 Euro

b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 497 Euro) 1 047,90 Euro

c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5

– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (2 409,06 Euro) wird nicht überschritten 2 000,00 Euro

– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft 1 497,00 Euro

– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag) 503,00 Euro

zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (100 Prozent von 503,00 Euro) 503,00 Euro

d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c): 1 550,90 Euro

49.5.5.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 859 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 2 000 Euro.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 859 Euro)	929,50 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 859 Euro)	929,50 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (3 613,59 Euro) wird nicht überschritten	2 000,00 Euro
– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	<u>1 859,00 Euro</u>
– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)	<u>141,00 Euro</u>
zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (100 Prozent von 141 Euro)	141,00 Euro
d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c):	1 070,50 Euro

49.6 **Zu Absatz 6**

- 49.6.1 Beihilfe wird zu Aufwendungen für Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit und Beratung per Videokonferenz gewährt, wenn die Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.
- 49.6.2 Auf Wunsch des Pflegebedürftigen kann im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die erstmalige Beratung hat aber stets in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.
- 49.6.3 Beihilfefähig ist in den Pflegegraden 1 bis 3 einmal halbjährlich, in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung des Pflegebedürftigen. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bestimmt sich nach der auf Grundlage des § 37 Absatz 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütungssätze. Der landesweit einheitliche Vergütungssatz für Beratungsstellen im Freistaat Sachsen beträgt ab 1. Januar 2025 56,10 Euro bei der Durchführung als Beratungseinsatz vor Ort und 51,59 Euro bei Durchführung in Form einer Videokonferenz. Für Aufwendungen für Beratungsstellen außerhalb des Freistaates Sachsen sind die dort vereinbarten Vergütungssätze beihilfefähig. Dabei ist zu beachten, dass gegebenenfalls auch mit Beratungsstellen Vergütungssätze unmittelbar vereinbart werden können. Liegen entsprechende Vereinbarungen vor, sind die jeweils mit der beratenden Stelle vereinbarten Beträge beihilfefähig. Die Vorlage der Vereinbarung ist in der Regel nicht erforderlich und sollte auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben (zum Beispiel bei besonders hohen entstandenen Aufwendungen für den Beratungsbesuch).
- 49.6.4 Die Durchführung von Beratungsbesuchen ist nach § 37 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 besteht keine Verpflichtung, jedes Kalenderhalbjahr einen Beratungseinsatz nachzuweisen. Bei Bedarf kann diesen der Pflegebedürftige freiwillig in Anspruch nehmen. Die Verpflichtung des Nachweises der Beratungsbesuche besteht auch nicht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Beihilfeleistungen nach Absatz 1 erhalten.
- 49.6.5 Beihilfe für Aufwendungen für Beratungsbesuche wird zusätzlich gewährt. Eine Anrechnung auf andere Beihilfeleistungen, insbesondere nach Absatz 2 (Pauschalbeihilfe), erfolgt nicht.
- 49.6.6 Im Falle des Nichtabrufes der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist die Beihilfe in entsprechender Anwendung des § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im gleichen Umfang zu kürzen und im Wiederholungsfall zu versagen, wenn die Pflegeversicherung deshalb das Pflegegeld ebenfalls gekürzt oder entzogen hat.

49a **Zu § 49a Ambulant betreute Wohngruppen**

49a.1 **Zu Absatz 1**

- 49a.1.1 Der pauschale Zuschlag ist beihilfefähig für Personen, die pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind (vergleiche Nummern 48.1.5). Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.
- 49a.1.2 Eine Wohngruppe liegt vor, wenn mindestens drei und höchstens zwölf Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens drei Personen pflegebedürftig

- im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind. 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.
- 49a.1.3 Der Wohngruppe können sich auch Personen anschließen, die nicht pflegebedürftig sind. Dabei darf die Höchstzahl von zwölf Bewohnern nicht überschritten werden. Der Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht aber nur, wenn mindestens drei Bewohner diese Voraussetzungen erfüllen. Nicht pflegebedürftige Bewohner haben keinen Anspruch auf den pauschalen Zuschlag.
- 49a.1.4 Scheidet ein Bewohner dauerhaft (zum Beispiel durch Auszug oder 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 anspruchsberechtigten Bewohner nicht mehr vor.
- 49a.1.5 Zweck der Wohngruppe muss die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung sein. Dazu ist es erforderlich, dass die Bewohner der Wohngruppe eine Person zur Aufgabenerbringung gemeinschaftlich beauftragt haben, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage mit den Bewohnern der Wohngruppe tätig ist. Diese allgemein organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung unterstützenden Tätigkeiten (hauswirtschaftliche Unterstützung) müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen hinaus erbracht werden. Für die Erbringung von hauswirtschaftlicher Unterstützung ist die Einbeziehung des Pflegebedürftigen erforderlich. Eine solche Unterstützung liegt zum Beispiel beim gemeinschaftlichen Kochen vor. Keine hauswirtschaftliche Unterstützung liegt vor, wenn die beauftragte Person die hauswirtschaftliche Tätigkeit selbst vollständig übernimmt, ohne dabei die Bewohner der Wohngruppe einzubeziehen. Unterstützung ist vielmehr die teilweise Übernahme, aber auch die Beaufsichtigung der Ausführung von Verrichtungen oder die Anleitung zur Selbstvornahme.
- 49a.1.6 Mindestens drei Bewohner der Wohngruppe müssen darüber hinaus Beihilfeleistungen nach § 49 Absatz 1 bis 3 (häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte, Pauschalbeihilfe beziehungsweise Kombinationspflege) oder § 53 (Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag) beziehen. Die Anspruchsvoraussetzungen sind auch erfüllt, wenn nicht beihilfeberechtigte Pflegebedürftige entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch beziehen. Dies sind ambulante Sachleistungen nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1), Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2), Kombinationspflege nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 3), Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 1) oder der Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 2). Die Beihilfefähigkeit des pauschalen Zuschlages ist auch dann gegeben, wenn für pflegebedürftige Bewohner die Leistungen nach § 34 Absatz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ruhen. Der Bezug von Leistungen für vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) oder Pflege in vollstationären Einrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 56) schließt die ambulante Betreuung aus.
- 49a.1.7 Der Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht für jeden Teilmonat ungekürzt (zum Beispiel bei Einzug, Auszug, Tod, Krankenhausaufenthalt). Die Auszahlung erfolgt monatlich im Voraus.
- 49a.1.8 Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, der Festsetzungsstelle umgehend Änderungen bei der Wohngruppe mitzuteilen.
- 49a.1.9 Der Zuschlag wird pauschal gewährt und unterliegt dem Bemessungssatz (§ 57).
- 49a.1.10 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.
- 49a.1.11 Maßgebliches Abgrenzungskriterium für den pauschalen Zuschlag ist, dass die Leistungserbringung nicht weitgehend den Umfang einer stationären Versorgung erreicht. Ein Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht daher nicht, wenn der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen und den Bewohnern damit eine Vollversorgung angeboten wird. Eine solche Vollversorgung liegt vor, wenn zum Beispiel im Mietvertrag oder Pflegevertrag die vollständige Übernahme sämtlicher körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen

und Hilfen bei der Haushaltsführung vereinbart und darüber hinaus keine Einbringung des Bewohners in den Alltag möglich ist. Dies gilt auch dann, wenn die Vollversorgung angeboten, aber von den Bewohnern nur teilweise in Anspruch genommen wird. Die über die ambulanten Leistungen hinausgehende Versorgung der Bewohner soll durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden. Lässt sich aus der Konstruktion der ambulanten Wohngruppe, aus dem Pflegevertrag oder dem Mietvertrag nicht erkennen, dass die Einbringung der Bewohner selbst oder deren soziales Umfeld in die Leistungserbringung und den Alltag vorgesehen ist, besteht keine mit der häuslichen Pflege vergleichbare Situation. Dabei ist entscheidend, dass die Möglichkeit der Einbringung und des Engagements der Bewohner und des sozialen Umfeldes besteht, nicht aber, dass die Bewohner und deren soziales Umfeld tatsächlich davon Gebrauch machen. Die Leistungserbringung durch die Bewohner selbst und deren soziales Umfeld kann zum Beispiel die Sicherstellung der Arztbesuche, die Gestaltung und kleine Reparaturen in der Wohnung, die Entscheidung über neue Bewohner oder der Einkauf von Lebensmitteln darstellen.

49a.2**Zu Absatz 2**

- 49a.2.1 Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (vergleiche § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ist ein einmaliger Betrag von 2 613 Euro neben Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gemäß § 54 Absatz 3 (vergleiche § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind bis zum Höchstbetrag von 2 613 Euro nach den Vorgaben des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 10 452 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.
- 49a.2.2 Der Anspruch nach § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Eine über diesen Zeitpunkt hinausgehende Beihilfegewährung wird insoweit ausgeschlossen, als die Zahlung des Zuschusses von der Leistung der Pflegeversicherung abhängig ist und die Pflegeversicherung ab diesem Zeitpunkt ebenfalls keine entsprechenden Leistungen mehr gewährt.
- 49a.2.3 Die Gründung einer Wohngruppe im Sinne des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch liegt dann vor, wenn mindestens drei Empfänger von Leistungen nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Absatz 1) in einer Wohneinheit zusammenziehen.
- 49a.2.4 Jede pflegebedürftige Person, die die Voraussetzungen des § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, kann neben den Leistungen nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 54 Absatz 3) den einmaligen Förderbetrag von bis zu 2 613 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.
- 49a.2.5 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 § 54 Absatz 3 (§ 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) beihilfefähig sein können. Die Beihilfefähigkeit nach Absatz 3 setzt nicht voraus, dass vorher der Anspruch nach § 54 Absatz 3 (§ 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ausgeschöpft wird. Im Gegensatz zu § 54 Absatz 3 hinsichtlich wohnumfeldverbessernder Maßnahmen kommt es jedoch auf die Verbesserung der gegenwärtigen Pflegesituation des Pflegebedürftigen nicht an (vergleiche auch Nummer 54.3.6).
- 49a.3** **Zu Absatz 3**
- 49a.3.1 Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen ist die Festsetzungsstelle berechtigt, bei dem Beihilfeberechtigten die in § 38a Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und entsprechende Unterlagen beziehungsweise Informationen anzufordern.
- 49a.3.2 Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf den pauschalen Zuschlag nach § 49

Absatz 6 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung hatten, wird der pauschale Zuschlag weiter gewährt, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat (§ 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Dies gilt auch in den Fällen, in denen in der Wohngruppe mehr als zwölf Bewohner leben. Sofern ab dem 1. Januar 2015 ein weiterer Bewohner in die Wohngruppe eingezogen ist und hierdurch die Höchstzahl von zwölf Bewohnern überschritten wurde, kann trotz Vorliegen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen der pauschale Zuschlag für diesen Bewohner nicht gezahlt werden.

49b Zu § 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

- 49b.0.1 Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen, haben auf Antrag Anspruch auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach Maßgabe des § 44a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche Absatz 1 Nummer 1). Voraussetzung ist, dass der Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurde oder dessen Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch wird.
- 49b.0.2 Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch beanspruchen können, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld, vergleiche Absatz 1 Nummer 2) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage je Kalenderjahr. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch („Kinderkrankengeld“) entsprechend.
- 49b.0.3 Aus dem Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Arbeitsförderung sowie zur Renten- und Krankenversicherung zu entrichten (vergleiche Absatz 2 Nummer 2). Bei Beschäftigten, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, erhalten diese für die Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Die Gemeinsame Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. vom 31. August 2015 zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.
- 49b.0.4 Auf Beamte als Pflegepersonen ist das Pflegezeitgesetz nicht anzuwenden. Für Sie gelten die Vorschriften des § 14 der Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung, wonach in diesen Fällen Urlaub ohne Dienstbezüge gewährt werden kann.
- 49b.0.5 Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung zu entrichten, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist (§ 44 Absatz 1 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, vergleiche Absatz 2 Nummer 1).
- 49b.0.6 Die Leistungen nach den §§ 44 und 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleiben für die Dauer der häuslichen Krankenpflege und bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Pflegebedürftigen von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr, bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen beziehungsweise ab 1. Juli 2025 von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation bestehen (§ 34 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und zwar unabhängig davon, ob Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) in dieser Zeit weiter gezahlt wird.
- 49b.0.7 Bei Leistungen der Beihilfe nach § 49b ist das elektronische Bescheinigungsverfahren nach § 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 des Einkommensteuergesetzes zu beachten. Jedoch besteht in den Fällen des § 49b in der Regel keine Meldepflicht.
- #### **49b.1 Zu Absatz 1**
- 49b.1.1 Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung
- 49b.1.1.1 Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sind auf Antrag zu gewähren. Zuschüsse werden gewährt für eine

- freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
- Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen,
- Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten,

soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung.

- 49b.1.1.2 Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach der Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.
- 49b.1.1.3 Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt mindestens den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße für den Kalendertag beziehungsweise 1/3 der monatlichen Bezugsgröße (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch), die sich nach der jeweils geltenden Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung richtet. Nach der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2025 beträgt die monatliche Bezugsgröße im Kalenderjahr 2025 bundeseinheitlich 3 745 Euro. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt damit im Jahr 2025 monatlich 1 248,33 Euro. Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen je Kalendertag ist die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage durch 30 zu teilen.
- 49b.1.1.4 Für die Zuschussbemessung für die Krankenversicherung sind der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2025: 14,6 Prozent) sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde zu legen. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, tritt an die Stelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2025: 2,5 Prozent). Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beträgt der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung daher im Kalenderjahr 2025 monatlich höchstens 213,46 Euro. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich durch die Zugrundelegung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes abweichende Beträge.
- 49b.1.1.5 Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung wird unter Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2025: 3,6 Prozent; gegebenenfalls bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,6 Prozent) auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ermittelt (2025 monatlich höchstens 44,94 Euro und 52,43 Euro).
- 49b.1.1.6 Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- beziehungsweise Pflegekassen und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung nachzuweisen.
- 49b.1.1.7 Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Für den Antrag ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 4 entspricht, zu verwenden. Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für den Pflegebedürftigen zuständigen Festsetzungsstelle mitzuteilen.
- 49b.1.2 Pflegeunterstützungsgeld
- 49b.1.2.1 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes beträgt grundsätzlich 90 Prozent des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt des Beschäftigten. Bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den der Freistellung von der Arbeitsleistung vorangegangenen 12 Kalendermonaten beläuft sich das Pflegeunterstützungsgeld auf 100 Prozent des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes ist begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (Stand 1. Januar 2025: 5 512,50 Euro monatlich/183,75 Euro täglich, 70 Prozent hiervon sind 3 858,75 Euro monatlich/128,63 Euro täglich). Das Pflegeunterstützungsgeld wird für Kalendertage gezahlt.
- 49b.1.2.2 Unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegeversicherung, nach denen für landwirtschaftliche Unternehmer anstelle des Krankengeldes als

Entgeltersatzleistung die Gewährung von Betriebshilfe vorgesehen ist, wird diesem Personenkreis anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes auch hier ein Anspruch auf Betriebshilfe eingeräumt (§ 44a Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Die Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung und der Beihilfe des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet. Für privat versicherte landwirtschaftliche Unternehmer gilt Abweichendes.

49b.1.2.3 Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Regelungen beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld orientieren sich an den Regelungen für das Krankengeld, mit der Besonderheit, dass aus dem Pflegeunterstützungsgeld im Regelfall Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, nicht jedoch zur Pflegeversicherung, zu entrichten sind. In der Pflegeversicherung ist – in Anlehnung an die Regelung zur Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung für Krankengeld – Beitragsfreiheit bezogen auf das Pflegeunterstützungsgeld vorgesehen. Im Übrigen wird auf Absatz 2 Nummer 2 verwiesen.

49b.2 Zu Absatz 2

49b.2.1 Allgemeines zur Arbeitslosen- und Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen (Nummer 1)

49b.2.1.1 Die Entscheidung über die Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson und über die Höhe der zu entrichtenden Beiträge trifft der Versicherungsträger, bei dem die behauptete Versicherungspflicht bestehen würde (BSG, Urteile vom 22. März 2001, B 12 P 3/00 R und vom 23. September 2003, B 12 P 2/02 R). Die Pflegeversicherung ist hierzu nicht berechtigt. Die Pflegeversicherung ist aber verpflichtet, ohne vorherige Entscheidung des Versicherungsträgers Beiträge für Pflegepersonen als Leistungen der sozialen Sicherung zu zahlen. Halten sie ihre Leistungspflicht für gegeben, so haben sie diese ebenso zu erfüllen wie Arbeitgeber, die bei unstrittigem Sachverhalt den Gesamtsozialversicherungsbeitrag ohne vorherige Entscheidung der Einzugsstelle zu zahlen haben. Dies gilt für die Festsetzungsstellen entsprechend; auf § 44 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird verwiesen.

49b.2.1.2 Das Mitteilungsverfahren nach § 44 Absatz 5 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist nicht lediglich auf den Beginn der Beitragspflicht beschränkt, sondern ein Mitteilungsverfahren über alle für die Versicherungs- und Beitragspflicht relevanten Angaben. Mit der Feststellung der Beitragspflicht einer vom Anwendungsbereich der Regelung erfassten nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson hat die Pflegeversicherung die Festsetzungsstelle entsprechend zu informieren. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die Pflegeversicherung im Rahmen einer erneuten Begutachtung (zum Beispiel nach einem Höherstufungsantrag) feststellt, dass die Voraussetzungen der Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson erstmalig vorliegen und Beiträge zu zahlen sind oder aufgrund einer Änderung des Pflegegrades, der Art der Pflegeleistung oder in den Fällen der Mehrfachpflege des berücksichtigungsfähigen Pflegeumfangs die Beitragsbemessungsgrundlage anzupassen ist. Auch bei sonstigen Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, die sich auf die Versicherungs- und Beitragspflicht einer Pflegeperson auswirken, ist eine Mitteilung abzugeben. Dies sind beispielsweise:

- Unterbrechung der Pflege (zum Beispiel wegen längerer stationärer Behandlung des Pflegebedürftigen),
- Beendigung der Pflege durch die Pflegeperson (zum Beispiel aus persönlichen Gründen oder wegen des Todes des Pflegebedürftigen),
- Änderung des Umfangs der Pflege der Pflegeperson bei Mehrfachpflege,
- Ende der Versicherungspflicht aufgrund der Reduzierung oder Aufgabe einer Pfl egetätigkeit im Rahmen der Additionspflege,
- Eintritt eines Ausschlussgrundes der Versicherungspflicht.

49b.2.1.3 Die Meldungen der zu versichernden Person an den zuständigen Rentenversicherungsträger sowie die Bundesagentur für Arbeit erfolgen durch die Pflegeversicherung. Die Festsetzungsstelle hat insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der Pflegeversicherung.

49b.2.1.4 Versicherungspflichtig nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sind Personen in der Zeit, in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit mindestens Pflegegrad 2 nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der privaten oder der sozialen Pflegepflichtversicherung hat. Renten- oder Arbeitslosenversicherungspflicht für die Pflegeperson besteht deshalb nicht, wenn der Pflegebedürftige nicht pflegeversichert ist. Die alleinige

- Leistung von Beihilfe an den Pflegebedürftigen begründet keine entsprechende Versicherungspflicht.
- 49b.2.1.5 Die Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Mindestpflegestundenzahl oder die Mindestanzahl an Pflegetagen nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger (nachfolgend „Additionspflege“ erreicht wird. Sofern der Mindestpflegeumfang von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche bereits durch die Pflege eines Pflegebedürftigen erreicht wird, erstreckt sich die Versicherungspflicht auch auf daneben in geringerem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeiten, soweit diese die weiteren Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen.
- 49b.2.1.6 Die Rentenversicherungsfreiheit nach § 5 Absatz 1, Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie Absatz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch steht einer Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen nicht entgegen. Personen, die eine der Voraussetzungen der Rentenversicherungsfreiheit nach § 5 Absatz 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind auch bei Ausübung einer dem Grunde nach rentenversicherungspflichtigen nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit rentenversicherungsfrei.
- 49b.2.1.7 In der Arbeitslosenversicherung besteht die Versicherungspflicht für die Pflegeperson nur, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit arbeitslosenversicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Übergangsgeld) hatte (§ 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Die Arbeitslosenversicherungspflicht besteht auch dann nicht, wenn eine solche bereits nach anderen Vorschriften besteht, zum Beispiel in einer neben der Pflegetätigkeit ausgeübten Beschäftigung (§ 26 Absatz 3 Satz 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Im Gegensatz zur Rentenversicherung ist hier keine Mehrfachversicherung möglich.
- 49b.2.1.8 Die Pflege wird erwerbsmäßig ausgeübt, wenn sie sich als Teil der Berufstätigkeit der Pflegeperson darstellt und dazu dient, ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise zu sichern. Erfasst werden alle Formen der professionellen Pflege. Dazu zählen auch Jugendliche im freiwilligen sozialen Jahr und Bundesfreiwilligendienstleistende, die im Rahmen ihrer Dienstleistung eine Pflegetätigkeit ausüben, und Ordensangehörige bei Ausübung einer Pflegetätigkeit innerhalb der Ordensgemeinschaft.
- 49b.2.1.9 Gelegentliche oder nur vorübergehende Hilfeleistungen im Bereich der häuslichen Pflege führen nicht zur Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Dies gilt insbesondere für die ersatzweise ausgeübte Pflegetätigkeit bei Urlaub oder Krankheit der eigentlichen Pflegepersonen (Verhinderungspflege nach § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und § 51). Dauerhaft wird eine Pflege ausgeübt, wenn sie auf mehr als zwei Monate beziehungsweise 60 Tage im Jahr (nicht Kalenderjahr) angelegt ist. Als gelegentlich oder vorübergehend sind dagegen solche Pflegetätigkeiten anzusehen, die auf einen kürzeren Zeitraum angelegt sind.
- 49b.2.1.10 Dauerhaftigkeit der Pflege besteht auch in den Fällen, in denen der Pflegebedürftige bei dauernder internatsmäßiger Unterbringung lediglich in den gesamten Ferienzeiten im Jahr (ausgehend von etwa 12 Wochen) in die häusliche Umgebung zurückkehrt. In diesem Fall ist auch für die außerhalb der Ferienzeiten zu erbringende Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an den Wochenenden) die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit gegeben, soweit dadurch nicht ohnehin bereits der Umfang der Pflege von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche erreicht wird (zum Beispiel Rückkehr des Pflegebedürftigen in den häuslichen Bereich jedes Wochenende). Sind die Intervalle zwischen der häuslichen Pflege größer als eine Woche (zum Beispiel bei 14-tägiger Heimkehr), muss der Pflegeaufwand im Wochendurchschnitt mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, ausmachen, damit der Mindestpflegeumfang durchgehend erreicht wird. Wird ein regelmäßiger Wochendurchschnitt von mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, nicht erreicht, kann der Mindestpflegeumfang dennoch in den einzelnen Pflegephasen erreicht werden.
- 49b.2.1.11 Die Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen erfordert den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung. Als Leistungen im vorstehenden Sinne kommen in erster Linie das Pflegegeld (§ 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), die Kombinationsleistung (§ 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und die Tages- und Nachtpflege (§ 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in Betracht. Die Versicherungspflicht wird allerdings nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige die Pflegesachleistung (§ 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) wählt. Bei Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 kann je nach Einzelfall durchaus noch zusätzlicher Pflegebedarf in Form der nicht erwerbsmäßigen Pflege vorhanden sein. Da dabei nicht die tatsächliche Leistungsgewährung, sondern allein der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung verlangt wird, ist die Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson auch möglich, wenn der Leistungsanspruch ruht (zum Beispiel aufgrund des Vorrangs der Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach versorgungsrechtlichen Regelungen oder nach dem Recht der Unfallversicherung).

- 49b.2.1.12 Die Beitragszahlung durch die Festsetzungsstelle zur Renten- und Arbeitslosenversicherung ist keine Leistung im Sinne der **Sächsischen Beihilfeverordnung**, sie ergibt sich vielmehr unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages aus den Regelungen des Dritten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.
- 49b.2.1.13 Zur Umsetzung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen wird auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. vom 13. Dezember 2016 verwiesen, das Ausführungen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für renten- und arbeitslosenversicherungspflichtige Personen enthält.
- 49b.2.2 Arbeitslosenversicherung der Pflegepersonen (Nummer 1 Buchstabe a)
- 49b.2.2.1 Die Beiträge sind nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch von der Festsetzungsstelle anteilig zu tragen.
- 49b.2.2.2 Die Beiträge werden nach § 23 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die Pfl egetätigkeit 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. Hierbei ist auf den Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung über die Beitragspflicht durch die Pflegeversicherung abzustellen. Eventuelle Über- oder Minderzahlungen sind später auszugleichen (zum Beispiel wegen Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege).
- 49b.2.2.3 In der Arbeitslosenversicherung gilt unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung nach § 345 Nummer 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch eine einheitliche beitragspflichtige Einnahme (50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße). Eine Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahme findet im Fall der Mehrfachpflege nicht statt. Der Beitragsberechnung ist für jede Pflegeperson die beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nummer 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde zu legen, sofern die Pflegeperson nicht im Rahmen der Additionspflege arbeitslosenversicherungspflichtig ist.
- 49b.2.2.4 Pflegt eine Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige jeweils mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf zwei Tage, ist die beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nummer 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch der Beitragsberechnung für die Pflegeperson anteilig für jede Pfl egetätigkeit zu Grunde zu legen. Dabei richtet sich die anteilige beitragspflichtige Einnahme ausschließlich nach dem Anteil der maßgebenden Pflege am Gesamtpflegeaufwand der Pflegeperson. Dies gilt auch in den Fällen der Additionspflege sowie der Kombination von Additions- und Mehrfachpflege.
- 49b.2.3 Rentenversicherung der Pflegepersonen (Nummer 1 Buchstabe b)
- 49b.2.3.1 Die Beiträge sind nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von der Festsetzungsstelle anteilig zu tragen.
- 49b.2.3.2 Die sich jeweils aus § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen werden den Festsetzungsstellen durch Rundschreiben des Staatsministeriums der Finanzen bekannt gegeben.
- 49b.2.3.3 Nummer 49b.2.2.2 gilt entsprechend.
- 49b.2.3.4 Überschreiten die beitragspflichtigen Einnahmen bei einer Mehrfachversicherung (das heißt, eine Pflegeperson pflegt mehrere Pflegebedürftige) insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze, sind sie nach § 22 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anteilmäßig zu berücksichtigen.
- 49b.2.3.5 Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege eines Pflegebedürftigen gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Dabei werden bei der Ermittlung des Gesamtpflegeaufwandes (als Grundlage für die Aufteilung) die Pfl egetätigkeiten aller nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen berücksichtigt, unabhängig davon, ob diese dem Grunde nach die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.
- 49b.2.3.6 Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund einer Additionspflege richtet sich nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung aus der Pflegeversicherung des jeweiligen Pflegebedürftigen und gegebenenfalls des Anteils an der Gesamtpflege aller Pflegepersonen bei der Mehrfachpflege eines Pflegebedürftigen.
- 49b.2.3.7 Ändert sich der Pflegegrad oder die Art der aus der Pflegeversicherung bezogenen Leistung des Pflegebedürftigen (ausschließlich Pflegegeld, Kombinationsleistung oder ausschließlich Sachleistung), ist die Bemessungsgrundlage für die Beiträge nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von dem Zeitpunkt an anzupassen.

- 49b.2.4 Beispiele zu Nummern 49b.2.2 und 49b.2.3 (Stand: 1. Januar 2024)
- 49b.2.4.1 Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A und von Pflegeperson B zu jeweils 14 Stunden in der Woche, verteilt auf jeweils mindestens zwei Tage, ausgeübt.
- Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A und B beträgt in der Rentenversicherung jeweils 21,5 Prozent (= 43 Prozent x 14/28) und in der Arbeitslosenversicherung jeweils 50 Prozent.
- 49b.2.4.2 Wie Beispiel 49b.2.4.1. Pflegeperson B ist aufgrund des Bezugs einer Vollrente wegen Alters nach Ablauf des Monats des Erreichens der Regelaltersgrenze renten- und arbeitslosenversicherungsfrei.
- Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A beträgt in der Rentenversicherung 21,5 Prozent (= 43 Prozent x 14/28) und in der Arbeitslosenversicherung 50 Prozent. Für Pflegeperson B ist keine Beitragsbemessungsgrundlage zu ermitteln, da diese versicherungsfrei ist.
- 49b.2.4.3 Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A an 19 Stunden in der Woche und von Pflegeperson B an 9 Stunden in der Woche, jeweils verteilt auf mindestens zwei Tage, ausgeübt. Sowohl Pflegeperson A als auch B üben keine weiteren Pflegeleistungen aus.
- Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A beträgt in der Rentenversicherung 29,18 Prozent (= 43 Prozent x 19/28) und in der Arbeitslosenversicherung 50 Prozent. Da der Umfang der Pflegeleistung von Pflegeperson B nicht mindestens 10 Stunden in der Woche umfasst und sie auch keine weitere Pflegeleistung ausübt, ist Pflegeperson B nicht versicherungspflichtig. Für Pflegeperson B ist deshalb keine Beitragsbemessungsgrundlage zu ermitteln.
- 49b.2.4.4 Die Pflegeperson A pflegt einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, an 7 Stunden in der Woche mit. Die übrige Pflege wird von zwei weiteren Pflegepersonen an 21 Stunden in der Woche erbracht. Darüber hinaus pflegt die Pflegeperson A einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4, der ausschließlich Pflegesachleistungen bezieht, an 3 Stunden in der Woche mit. Von einer weiteren Pflegeperson wird der Pflegebedürftige zudem noch 6 Stunden in der Woche gepflegt.
- Die Pflege wird von der Pflegeperson A zwar jeweils weniger als, aber insgesamt mindestens 10 Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, erbracht. Die Pflegeperson A ist daher versicherungspflichtig.
- Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A beträgt hinsichtlich des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 in der Rentenversicherung 10,75 Prozent (= 43 Prozent x 7/28) und in der Arbeitslosenversicherung 35 Prozent (= 50 Prozent x 7/10) sowie hinsichtlich des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 in der Rentenversicherung 16,33 Prozent (= 49 Prozent x 3/9) und in der Arbeitslosenversicherung 15 Prozent (= 50 Prozent x 3/10).
- 49b.2.4.5 Der Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4, der Kombinationsleistungen bezieht, internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, wird jeweils am Wochenende von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Stunden in der Woche gepflegt.
- Die Beiträge für die durchgehende Versicherungspflicht sind in der Rentenversicherung nach 59,5 Prozent und in der Arbeitslosenversicherung nach 50 Prozent der Bezugsgröße zu bemessen.
- In der Ferienzeit wird die Pflegeleistung im häuslichen Bereich entsprechend dem Pflegebedarf auf 42 Stunden in der Woche ausgeweitet und ausschließlich Pflegegeld bezogen.
- Der geänderte Leistungsbezug in der Ferienzeit wird beitragsrechtlich berücksichtigt. In dieser Zeit sind die Beiträge zur Rentenversicherung nach 70 Prozent der Bezugsgröße zu bemessen. In den Kalendermonaten, in die der Beginn und das Ende der Ferienzeit fallen, sind die Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund des Kombinationsleistungsbezugs nach 59,5 Prozent der Bezugsgröße zu bemessen. In der Arbeitslosenversicherung werden die Beiträge weiterhin nach 50 Prozent der Bezugsgröße bemessen.
- 49b.2.5 Versicherungspflicht bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2)

- 49b.2.5.1 Die Beiträge aufgrund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld sind für jeden Kalendertag der Versicherungspflicht beziehungsweise Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen. Da die Beitragspflicht aufgrund der kurzen Dauer der Leistung immer im Laufe eines Kalendermonats beginnt oder endet, ist für die Beitragsberechnung die tatsächliche Anzahl der Kalendertage des Bezugszeitraums maßgebend.
- 49b.2.5.2 Die Beiträge werden, soweit sie auf die Leistung selbst entfallen, vom Leistungsbezieher einerseits und den die Leistung gewährenden Stellen (Pflegeversicherung und Beihilfe) andererseits jeweils zur Hälfte getragen. Sind die beitragspflichtigen Einnahmen höher als die Leistung (Regelfall), werden die Beiträge von dem die Leistung überschreitenden Betrag von den die Leistung gewährenden Stellen getragen. Sofern ausnahmsweise das Pflegeunterstützungsgeld höher ist als die beitragspflichtigen Einnahmen, erfolgt die Beitragstragung vom Leistungsbezieher einerseits und den die Leistung gewährenden Stellen andererseits jeweils zur Hälfte.
- 49b.2.5.3 Sofern der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld zur Berufsausbildung beschäftigt ist und das der Leistung zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt, werden die Beiträge von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen (§ 249c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). Dies gilt auch in der Arbeitslosenversicherung, wodurch eine Gleichstellung mit der Kranken- und Rentenversicherung erreicht wird.
- 49b.2.5.4 Die Beiträge sind unter Ansetzung der beitragspflichtigen Einnahme und des vollen Beitragssatzes beziehungsweise in der gesetzlichen Krankenversicherung gegebenenfalls des vollen ermäßigten Beitragssatzes für den Kalendertag zu berechnen. Ist der Leistungsbezieher an der Aufbringung der Beiträge beteiligt, ist im nächsten Schritt dessen Beitragsanteil ausgehend vom Zahlbetrag der Leistung und dem halben Beitragssatz gesondert zu berechnen. Die Differenz zwischen dem vollen Beitrag und dem Beitragsanteil des Leistungsbeziehers ergibt den Beitragsanteil der die Leistung gewährenden Stellen.
- 49b.2.5.5 Es findet die Beitragsbemessungsgrenze des Rechtskreises (West oder Ost) Anwendung, dem die Beschäftigung zuzuordnen ist, von der der Leistungsbezieher sich freistellen lässt. Bei einer Freistellung in mehreren Beschäftigungsverhältnissen, die in unterschiedlichen Rechtskreisen ausgeübt werden, ist die Beitragsbemessungsgrenze des Rechtskreises maßgebend, in dem die höchsten Arbeitsentgelte ausgefallen sind.
- 49b.2.5.6 Auf die Gemeinsame Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. vom 31. August 2015 zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird besonders hingewiesen.
- 49b.2.6 Arbeitslosenversicherung bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2 Buchstabe a)
- 49b.2.6.1 Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind in der Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung arbeitslosenversicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch unterbrochen hat (§ 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.6.2 Wegen der grundsätzlichen Versicherungsfreiheit von geringfügig Beschäftigten in der Arbeitslosenversicherung (§ 27 Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) führt Pflegeunterstützungsgeld, das aufgrund einer Freistellung in einer versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigung gewährt wird, nicht zur Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Dies gilt selbst dann, wenn die Freistellung in einer versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigung erfolgt, die neben einer versicherungspflichtigen (Haupt-)Beschäftigung ausgeübt wird (§ 27 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). In der Arbeitslosenversicherung wird damit dem geltenden Recht Rechnung getragen, wonach geringfügige Beschäftigungen keinen Leistungsanspruch bei Arbeitslosigkeit begründen.
- 49b.2.6.3 Die Beiträge sind beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld von 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden, auf die Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung begrenzten (Brutto-)Arbeitsentgelts zu berechnen (§ 345 Nummer 6b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.6.4 Für die Beitragsbemessung ist der gesetzliche Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung (§ 341 Absatz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) maßgebend, der für den Zeitraum gilt, für den das Pflegeunterstützungsgeld gewährt wird.

- 49b.2.6.5 Nach § 349 Absatz 4a Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch sind die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen. Da die Pflicht zur Beitragszahlung auch den Beitragsanteil des Versicherten beinhaltet, hat die die Leistung gewährende Stelle einen Anspruch auf Einbehalt dieses Beitragsanteils vom Pflegeunterstützungsgeld.
- 49b.2.6.6 Die Beiträge für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von der Festsetzungsstelle mit folgenden Angaben zum Verwendungszweck an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen:
- Institutionskennzeichen (sofern nicht vorhanden: Betriebsnummer)
 - Buchungsstelle „1/09901/21“
 - Dienststellennummer der Bundesagentur für Arbeit „019“
 - Verwendungszweck „PV“
 - Bezeichnung „Beitrag Pflegeunterstützungsgeld“
- Die Zahlung der Beiträge ist der Bundesagentur für Arbeit schriftlich nachzuweisen.
- 49b.2.6.7 Nummer 49b.2.2.2 gilt entsprechend.
- 49b.2.6.8 Für Beiträge, die nicht bis zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des rückständigen auf volle 50 Euro nach unten gerundeten Betrages zu zahlen. Bei einem rückständigen Betrag unter 100 Euro ist der Säumniszuschlag nicht zu erheben, wenn dieser gesondert schriftlich anzufordern wäre (§ 24 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.7 Krankenversicherung bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2 Buchstabe b)
- 49b.2.7.1 Für die Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld bleibt für die Personen, die versicherungspflichtiges Mitglied einer Kranken- und Pflegekasse sind, die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenkasse und in der Pflegekasse erhalten (§ 192 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 25 Absatz 1 Nummer 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, § 49 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.7.2 Eine freiwillige Krankenversicherung und die darauf basierende Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung werden durch den Bezug von Pflegeunterstützungsgeld nicht berührt. Auf eine bestehende Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat der Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes keine Auswirkungen.
- 49b.2.7.3 Nach § 232b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden, auf die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung begrenzten (Brutto-)Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen und zwar unabhängig von der Art des Versicherungsverhältnisses. Besteht während des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld eine Familienversicherung, entfällt eine Beitragspflicht (§ 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.7.4 Unterliegt ein Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld aufgrund eines anderen Tatbestandes der Versicherungspflicht (zum Beispiel als Beschäftigter, Bezieher von Teilarbeitslosengeld oder Rentner), wirken sich die dieses Versicherungsverhältnis prägenden Einnahmen grundsätzlich nicht mindernd auf die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Pflegeunterstützungsgeld aus. Allerdings gilt auch in diesem Fall die Regelung des § 22 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, wonach sich bei einer Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze durch beitragspflichtige Einnahmen aus mehreren Versicherungsverhältnissen die beitragspflichtigen Einnahmen im Verhältnis zueinander vermindern.
- 49b.2.7.5 Für die Bemessung der Beiträge zur Krankenversicherung gilt im Regelfall der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2025: 14,6 Prozent). Hat das Mitglied dagegen vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes keinen Anspruch auf Krankengeld, findet der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Anwendung (Stand 1. Januar 2025: 14,0 Prozent).
- 49b.2.7.6 Der Zusatzbeitrag ist in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse des Beziehers des Pflegeunterstützungsgeldes zu erheben. Dies gilt auch dann, wenn die kurzzeitige Arbeitsverhinderung in einer Beschäftigung stattfindet, in der der Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu erheben ist. Die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen sind in der Beitragssatzdatei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG GmbH), die im Auftrag aller Krankenkassen beziehungsweise deren Organisationen Datenaustauschverfahren entwickelt und optimiert, hinterlegt und können auf der Internetseite www.gkv-ag.de abgefragt werden.

- 49b.2.7.7 Nach § 220 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fallen unter den Begriff „Beiträge“ auch die Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzbeiträge von der Regelung zur grundsätzlich hälftigen Beitragstragung nach § 249c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfasst wären. Nach dem Willen des Gesetzgebers sind die Zusatzbeiträge jedoch entweder allein vom Mitglied oder allein vom Arbeitgeber beziehungsweise dem jeweils zuständigen Leistungsträger zu tragen. Des Weiteren macht § 44a Absatz 4 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch deutlich, dass der Zusatzbeitrag in die Zuschüsse für eine private Krankenversicherung, die von der Pflegekasse beziehungsweise von den das Pflegeunterstützungsgeld gewährenden Stellen (also die Festsetzungsstelle und die Pflegeversicherung jeweils anteilig) auf Antrag gewährt werden, einzubeziehen ist. Unter Ausschluss einer hälftigen Tragung des Zusatzbeitrags und unter Berücksichtigung der gebotenen Gleichbehandlung von gesetzlich und privat Krankenversicherten führt dies dazu, dass der Zusatzbeitrag bei den gesetzlich Krankenversicherten für die Zeit des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld allein von der Pflegekasse beziehungsweise den die Leistung gewährenden Stellen zu tragen ist.
- 49b.2.7.8 Nach § 252 Absatz 2a in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Beiträge zur Krankenversicherung, einschließlich der Zusatzbeiträge, von jeder Stelle, die an der Tragung der Beiträge beteiligt ist, bis zum Fälligkeitstag (Nummer 49b.2.7.10) an die Krankenkasse des Beziehers von Pflegeunterstützungsgeld zu zahlen. Da die Pflicht zur Beitragszahlung auch den Beitragsanteil des Leistungsbeziehers umfasst, hat die die Leistung zahlende Stelle (zum Beispiel die Festsetzungsstelle) einen Anspruch auf Einbehalt dieses Beitragsanteils vom Pflegeunterstützungsgeld.
- 49b.2.7.9 Bei der Überweisung der Beiträge an die zuständige Krankenkasse sind von der Festsetzungsstelle unter „Verwendungszweck“ folgende Angaben zu machen:
- Betriebsnummer
 - KV PUG
 - Zeitpunkt der Auszahlung der Leistung (Monat/Jahr)
- Es findet die Betriebsnummer Anwendung, die bereits für die Zahlung der Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen verwendet wird. Die Beitragszahlung wird gegenüber der Krankenkasse des Leistungsbeziehers schriftlich ohne Angaben der betreffenden Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nachgewiesen. Die Zusatzbeiträge sind aufgrund der insoweit bestehenden Nachweispflichten der Krankenkassen gegenüber dem Gesundheitsfonds (§ 271 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) gesondert auszuweisen. Der Beitragsnachweis ist für jeden Kalendermonat, für den Pflegeunterstützungsgeld Versicherten der betreffenden Krankenkasse gewährt wird, spätestens zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit abzugeben.
- 49b.2.7.10 Die Beiträge aus dem Pflegeunterstützungsgeld zur Krankenversicherung werden nach § 23 Absatz 2 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch am Achten des auf die Zahlung der Leistung folgenden Monats fällig. Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche Nummer 49b.2.6.8).
- 49b.2.7.11 Die vorstehenden Aussagen zur Beitragstragung gelten auch für freiwillig versicherte Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld.
- 49b.2.7.12 Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld, die privat krankenversichert sind, erhalten nach § 44a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch von der das Pflegeunterstützungsgeld gewährenden Stelle auf Antrag Zuschüsse zu ihrer Krankenversicherung. Dies gilt gleichermaßen bei einer Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.
- 49b.2.7.13 Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufzubringen wäre, und sind auf die tatsächliche Höhe der Beiträge begrenzt. Für die Berechnung der Zuschüsse sind der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde zu legen. Der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld hat einen Nachweis über die Höhe der Beiträge zu seiner Versicherung beizubringen.
- 49b.2.8 Rentenversicherung bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2 Buchstabe c)
- 49b.2.8.1 Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld der Pflegeversicherung sind versicherungspflichtig in der Rentenversicherung, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt rentenversicherungspflichtig waren, wobei sich der Jahreszeitraum um Anrechnungszeiten wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II verlängert (§ 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches

- Sozialgesetzbuch). Ist die Vorpflichtversicherung erfüllt, tritt selbst dann Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld ein, wenn es allein aus einer geringfügigen Beschäftigung (auch bei Versicherungsfreiheit nach § 230 Absatz 8 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch oder Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 6 Absatz 1b des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) resultiert.
- 49b.2.8.2 Voraussetzung ist ferner, dass der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat (§ 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). Rentenversicherungspflicht für die Pflegeperson besteht deshalb nicht, wenn der Pflegebedürftige nicht pflegeversichert ist. Die alleinige Leistung von Beihilfe an den Pflegebedürftigen begründet keine Rentenversicherungspflicht.
- 49b.2.8.3 Die Beiträge sind beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld von 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden, auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzten (Brutto-)Arbeitsentgelts zu berechnen (§ 166 Absatz 1 Nummer 2f des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.8.4 Nach den Vorgaben des § 173 und des § 176 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch werden die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld von den die Leistung gewährenden Stellen an die Träger der Rentenversicherung gezahlt. Durch den Verweis auf § 28g Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch wird erreicht, dass die das Pflegeunterstützungsgeld zahlende Stelle einen Anspruch gegen den Leistungsbezieher auf den von ihm zu tragenden Anteil des Beitrags hat. Dieser Anspruch wird grundsätzlich durch Einbehalt des Beitragsanteils vom Pflegeunterstützungsgeld umgesetzt.
- 49b.2.8.5 Die Beiträge werden monatlich an die Deutsche Rentenversicherung Bund gezahlt. Bei der Überweisung der Beiträge sind von der Festsetzungsstelle unter „Verwendungszweck“ folgende Angaben zu machen:
- Betriebsnummer
 - RV PUG
 - Zeitpunkt der Auszahlung der Leistung (Monat/Jahr)
- Es findet die Betriebsnummer Anwendung, die bereits für die Zahlung der Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen verwendet wird. Die Beitragszahlung wird gegenüber den beteiligten Rentenversicherungsträgern schriftlich ohne Angaben der betreffenden Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nachgewiesen. Der Beitragsnachweis ist für jeden Kalendermonat, für den dem Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung Pflegeunterstützungsgeld gewährt wird, spätestens zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit abzugeben.
- 49b.2.8.6 Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche Nummer 49b.2.6.8).
- 49b.2.8.7 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.
- 49b.2.8.8 Nach § 44a Absatz 4 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen (Pflegekassen, private Versicherungsunternehmen und Festsetzungsstellen) für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung. Die Beiträge sind (anteilig) in der Höhe zu zahlen, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.
- 49b.2.9 Beispiel zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes und der hierauf entfallenden Beiträge (Stand: 1. Januar 2025)
Das Beispiel bezieht sich auf eine Kostentragung des Leistungsträgers des Pflegeunterstützungsgeldes zu 100 Prozent und den Rechtskreis Ost. Die errechneten Beiträge sind in der Beihilfe entsprechend des Bemessungssatzes der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen zu pflegenden Person abzuführen.
Eine vollzeitbeschäftigte Person arbeitet regelmäßig fünf Tage in der Woche von Montag bis Freitag. Wegen einer bei ihrem Vater akut aufgetretenen Pflegesituation nach § 2 des Pflegezeitgesetzes lässt sie sich vom 23. Februar bis 2. März (kein Schaltjahr) für insgesamt sechs Arbeitstage (acht Kalendertage) ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts von der Arbeit freistellen. Aufgrund der

Beschäftigung bestand bisher Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. In der Krankenversicherung wurde bisher der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. Weitere Beschäftigungen werden nicht ausgeübt; weitere beitragspflichtige Einnahmen werden nicht erzielt. Das ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt für den genannten Zeitraum brutto 1 500 Euro und netto 1 200 Euro.

Berechnung:

Das Pflegeunterstützungsgeld sowie die hierauf zu entrichtenden Beiträge werden grundsätzlich für den Kalendertag berechnet. Für die Zeit vom 23. Februar bis 2. März sind deshalb acht Kalendertage anzusetzen.

Das für einen Kalendertag ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt:

- Brutto: 1 500 Euro/8 = 187,50 Euro
- Netto: 1 200 Euro/8 = 150,00 Euro

Die kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenzen betragen in der

- Krankenversicherung: 66 150 Euro/360 = 183,75 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung:
96 600 Euro/360 = 268,33 Euro

Für die Beiträge zur Krankenversicherung ist das kalendertägliche ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Beitragsbemessungsgrenze zu kürzen:

183,75 Euro

Für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung ist weiter zu rechnen mit:

187,50 Euro

Nach Kürzung auf 80 Prozent ergeben sich folgende beitragspflichtige Einnahmen:

- Krankenversicherung: 183,75 Euro x 80 Prozent = 147,00 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: 187,50 Euro x 80 Prozent = 150,00 Euro

Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes:

- 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts:
150,00 Euro x 90 Prozent = 135,00 Euro
- begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der
Krankenversicherung: 183,75 Euro x 70 Prozent = 128,63 Euro

Die Höchstgrenze wird überschritten, das Pflegeunterstützungsgeld beträgt daher kalendertäglich

128,63 Euro

für acht Kalendertage

1 029,04 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Krankenversicherung:

- allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent
- angenommener kassenindividueller Zusatzbeitragssatz: 2,5 Prozent
- voller allgemeiner Beitrag: 147 Euro x 14,6 Prozent = 21,46 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 128,63 Euro x 7,3 Prozent = 9,39 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 12,07 Euro
- Zusatzbeitrag: 147 Euro x 2,5 Prozent = 3,68 Euro
- Gesamtbeitrag: 21,46 Euro + 3,68 Euro = 25,14 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Rentenversicherung:

- Beitragssatz: 18,6 Prozent
- voller Beitrag: 150,00 Euro x 18,6 Prozent = 27,90 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 128,63 Euro x 9,3 Prozent = 11,96 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 15,94 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung:

- Beitragssatz: 2,6 Prozent
- voller Beitrag: 150,00 Euro x 2,6 Prozent = 3,90 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 128,63 Euro x 1,3 Prozent = 1,67 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 2,23 Euro

49b.3 Zu Absatz 3

49b.3.1 Der von der Beihilfe zu tragende Anteil richtet sich jeweils nach dem individuellen Bemessungssatz nach § 57 Absatz 5 oder nach § 57 Absatz 7 in Verbindung mit § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

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 (vergleiche hierzu auch Nummer 49.1.7) zu verbleiben, ansonsten jedoch zu Hause versorgt werden.
- 50.1.3 Beihilfefähig sind nur die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für 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 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch anzusehen, soweit nicht ein geringerer Anteil nachgewiesen wird.
- 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. Fahrtkosten werden daher nicht gesondert erstattet.
- 50.1.5 Soweit die Aufwendungen die vorgesehenen Höchstbeträge übersteigen, gilt § 49 Absatz 5 entsprechend. Hierbei finden die Berechnungsbeispiele unter Nummer 49.5.5 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 Absatz 1 Satz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geminderten Beträge (§ 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 50.1.7 Pflegebedürftige können die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege mit der häuslichen Pflege (§ 49 Absatz 1 bis 3) nach ihrer Wahl kombinieren, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.
- 50.1.8 Beispiel (zum Stand 1. Februar 2025):
Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 357 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 497 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 2 000 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 800 Euro.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 357 Euro)	407,10 Euro
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 497 Euro)	<u>449,10 Euro</u>
	Gesamt	856,20 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 357 Euro)	949,90 Euro
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 497 Euro)	<u>1 047,90 Euro</u>
	Gesamt	1 997,80 Euro
c)	Leistungen der Beihilfe nach § 49 Absatz 5	
	– Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung laut Rechnung, Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5 (2 409,06 Euro) wird nicht überschritten	2 000,00 Euro
	– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung	1 357,00 Euro
	– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung)	643,00 Euro
	– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5 (2 409,06 Euro) wird nicht überschritten	1 800,00 Euro
	– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	1 497,00 Euro
	– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft)	303,00 Euro
	– Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung und die Berufspflegekraft (100 Prozent von 643 Euro + 303 Euro)	946,00 Euro
d)	Gesamtleistung der Beihilfe (Buchstaben b und c):	2 943,80 Euro
50.1.9	Darüber hinaus haben Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§ 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, § 55 Absatz 2). Entsprechende Aufwendungen sind neben dem beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 Satz 1 beihilfefähig.	
50.2	Zu Absatz 2	
50.2.1	Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege nach § 50) sind neben dem pauschalen Zuschlag nach § 49a Absatz 1 nur beihilfefähig, wenn durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (soziale Pflegeversicherung) oder der MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH (private Pflegeversicherung) nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.	
50.2.2	Es muss im Einzelfall geprüft werden, ob die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege erforderlich ist, damit der Pflegebedürftige alle von ihm individuell benötigten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält. Bei der Prüfung sind sämtliche in der ambulant betreuten Wohngruppe durch die beauftragte Person sowie den ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistungen sowie etwaiger Entlastungsbedarfe anderer Mitglieder der Wohngruppe (zum Beispiel Störungen des Tag- und Nachtrhythmus) zu berücksichtigen.	
50.2.3	Für Pflegebedürftige, die nach dem bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Recht neben dem pauschalen Zuschlag ebenfalls Leistungen der Tages- und Nachtpflege bezogen haben, gilt der Besitzstandsschutz nach § 69 Absatz 1 und § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. In diesen Fällen sind Aufwendungen der Tages- und Nachtpflege weiterhin beihilfefähig, ohne dass gegenüber der Pflegeversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.	
51	Zu § 51 Verhinderungspflege	
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 acht 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (zum Beispiel ambulante Pflegedienste, familienentlastende Dienste) sowie andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Verhinderungspflege 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 Absatz 4) wird während einer Verhinderungspflege für bis zu acht Wochen beziehungsweise 56 Tage im Kalenderjahr gewährt (vergleiche Nummer 49.4.1).
- 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 acht Stunden verhindert ist, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 56 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 acht Stunden verhindert und wird die Ersatzpflege nur an zwei Stunden in Anspruch genommen, erfolgt sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 56 Tagen. Die Pauschalbeihilfe wird bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden täglich nicht gekürzt. Ist der Beihilfeanspruch der Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr der Dauer, nicht aber der Höhe nach bereits ausgeschöpft, ist der nicht verbrauchte Höchstbetrag der Verhinderungspflege für die stundenweise Verhinderungspflege bei Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden täglich beihilfefähig.
- 51.1.6 Die Aufwendungen der Verhinderungspflege können bis zum Höchstbetrag ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Beihilfe nach § 49 Absatz 1 beihilfefähig sein.
- 51.1.7 Auf die Höchstdauer von acht 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
- 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 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 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 und als nicht angemessen im Sinne des § 4 Absatz 3 anzusehen.

- 51.1.10 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Verhinderungspflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.7 verwiesen.
- 51.1.11 Auf Grundlage von § 80 Absatz 9 Satz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes wird wegen der Änderungen des Elften Buches Sozialgesetz zum 1. Juli 2025 (vergleiche Artikel 2a des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes vom 19. Juni 2023 [BGBl. 2023 I Nr. 155]) für ab dem 1. Juli 2025 entstehende Aufwendungen für Verhinderungspflege Folgendes bestimmt:
- 51.1.11.1 Aufwendungen für Verhinderungspflege im Sinne des Absatzes 1 sind bis zur Dauer von acht Wochen (56 Tage) je Kalenderjahr bis zur Höhe des gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung beihilfefähig (Stand 1. Juli 2025: 3 539 Euro).
- 51.1.11.2 Wird die Verhinderungspflege durch Ersatzpflegekräfte im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 erbracht, sind Aufwendungen bis zur Höhe des zweifachen Betrages der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 beihilfefähig. Daneben sind notwendige Aufwendungen der Ersatzpflegekraft im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 beihilfefähig, soweit insgesamt der gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung nicht überschritten wird.
Beispiel (zum Stand 1. Juli 2025):
Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20. April bis 10. Mai (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546 Euro, ein Verdienstaufschlag in Höhe von 1 445 Euro und Fahrtkosten in Höhe von 84,00 Euro (20 km x 0,20 Euro = 4,00 Euro x 21 Tage = 84,00 Euro) nachgewiesen.
- | | | |
|---|------------|----------------------|
| – Beihilfefähigkeit der Verhinderungspflege, begrenzt auf den zweifachen Betrag der Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) des Pflegegrades 4 (800 Euro x 2 =) | 1 600 Euro | 546,00 Euro |
| – plus Fahrtkosten | | 84,00 Euro |
| – plus Verdienstaufschlag = | 1 445 Euro | <u>1 445,00 Euro</u> |
| – Gesamt | | 2 075,00 Euro |
- Der Höchstbetrag von 3 539 Euro nach Absatz 1 wird nicht überschritten.
Aufwendungen für eine Verhinderungspflege nach § 51 oder eine Kurzzeitpflege nach § 52 sind im restlichen Kalenderjahr bis zu 1 464 Euro beihilfefähig.
- 51.1.11.3 Die Aufwendungen für Verhinderungspflege nach § 51 und Kurzzeitpflege nach § 52 sind insgesamt bis zur Höhe des gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung beihilfefähig. Beihilfefähige Aufwendungen für Verhinderungspflege nach § 51 und Kurzzeitpflege nach § 52, die im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich 30. Juni 2025 entstanden sind, sind auf den gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung für das Kalenderjahr 2025 anzurechnen. Absatz 3 findet ab 1. Juli 2025 keine Anwendung mehr.
- 51.1.11.4 Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder der anteiligen Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 3 wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt (vergleiche Nummer 49.4.1). Absatz 4 findet im Übrigen ab 1. Juli 2025 keine Anwendung mehr.
- 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 eineinhalbfachen 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 eineinhalbfachen Pauschalbeihilfe kommt insoweit nur in Betracht, wenn die besonders nachgewiesenen Aufwendungen diesen Höchstbetrag nicht überschritten haben.

51.2.2 Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte oder Verschwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch eine sonstige Person, zum Beispiel aus der Nachbarschaft, geleistet, gilt Absatz 1.

51.2.3 § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend (vergleiche Nummern 32.3.1 und 32.3.2). Hat die Pflegeversicherung bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges in Anlehnung an das Krankenversicherungsrecht (§ 60 Absatz 3 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) pro gefahrenen Kilometer den nach § 5 Absatz 1 Bundesreisekostengesetz festgesetzten Betrag für die Wegstreckenentschädigung (Stand: 1. Januar 2024: 0,20 Euro) der Abrechnung zu Grunde gelegt, bestehen keine Bedenken, diesen als beihilfefähig anzuerkennen, soweit dieser höher ist als der sich aus § 32 Absatz 3 Satz 1 ergebende Betrag.

51.2.4 Verwandte (§ 1589 des Bürgerlichen Gesetzbuches) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Verschwägerte (§ 1590 des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 11 Absatz 2 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) 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.

51.2.5 Sofern im Zusammenhang mit den arbeitsrechtlichen Ansprüchen Beschäftigter auf Freistellung von der Arbeitsleistung für die Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes in häuslicher Umgebung (von bis zu sechs Monaten nach §§ 3 und 4 des Pflegezeitgesetzes) kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder Entgeltersatzzahlung besteht (§ 2 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes), kann der Verdienstaussfall als Aufwand der Verhinderungspflege als beihilfefähig anerkannt werden, wenn folgende Anspruchsvoraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine Verhinderungspflege im Sinne des Absatzes 1. Der nach dem Pflegezeitgesetz von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte übernimmt die Pflege als Ersatz für eine an der Pflege gehinderte Pflegeperson. Dabei ist unerheblich, dass der von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte für die Zeit der Freistellung gegebenenfalls zur alleinigen Hauptpflegeperson wird.
- Es handelt sich um die Pflege eines Angehörigen im Sinne von § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes (Großeltern, Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Schwägerinnen und Schwäger, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder oder Enkelkinder).
- Die Pflege wird in häuslicher Umgebung durchgeführt.

Dies gilt nicht, wenn die Ersatzpflege im Zusammenhang mit einer kurzfristigen Arbeitsverhinderung im Umfang von bis zu zehn Arbeitstagen (§ 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes) erbracht wird und die Ersatzpflegeperson ein Pflegeunterstützungsgeld nach § 49b Absatz 1 Nummer 1 (§ 44a Absatz 3 oder 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt erhält. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 51 und das Pflegeunterstützungsgeld sind insofern gleichrangig, können aber nicht nebeneinander für den Ersatz des Verdienstaussfalls als beihilfefähig anerkannt werden. Pflegebedingte Aufwendungen und nachgewiesene Fahrtkosten können jedoch zusätzlich zum Pflegeunterstützungsgeld im Rahmen des Höchstbetrages nach Absatz 1 als beihilfefähig anerkannt werden; Absatz 3 findet Anwendung.

51.2.6 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2025, gültig bis 30. Juni 2025):

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20. April bis 10. Mai (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546 Euro, ein Verdienstaussfall in Höhe von 1 445 Euro und Fahrtkosten in Höhe von 84,00 Euro (20 km x 0,20 Euro = 4,00 Euro x 21 Tage = 84,00 Euro) nachgewiesen.

- Beihilfefähigkeit der Verhinderungspflege, begrenzt auf den
eineinhalbfachen Betrag der Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) des
Pflegegrades 4 (800 Euro x 1,5 =) 1 200 Euro 546,00 Euro
- plus Fahrtkosten 84,00 Euro
- plus Verdienstaussfall = 1 445 Euro 1 445,00 Euro
- Gesamt 2 075,00 Euro

Der Höchstbetrag von 1 685 Euro nach Absatz 1 wird überschritten. Aufgrund der Anwendung des Absatzes 3 kann jedoch eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrages durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 927 Euro (1 854 Euro/2) erfolgen. Es können damit 2 075,00 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.

Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege nach § 52 sind im restlichen Kalenderjahr bis zu 1 464 Euro beihilfefähig. Im Falle einer erneuten Verhinderungspflege sind aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege Aufwendungen für bis zu 21 Tage bis zu 537,00 Euro beihilfefähig. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass auf Grund von § 51 Absatz 3 der beihilfefähige Höchstbetrag um den halben beihilfefähigen Höchstbetrag aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 erhöht werden kann (927 Euro), wohingegen der Erhöhungsbetrag im Bereich der Pflegeversicherung auf Grund von § 39 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf 843 Euro beschränkt ist.

51.3 **Zu Absatz 3** (bleibt frei)

51.4 **Zu Absatz 4** (bleibt frei)

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 Absatz 2, § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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,
- 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 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 Anspruches auf Verhinderungspflege gelten für die Kurzzeitpflege entsprechend.

52.1.3 Beihilfefähig sind die pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten und Fahrtkosten sind nicht im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig; diese Aufwendungen sind gegebenenfalls im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 53 Absatz 2 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 Absatz 2) wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen beziehungsweise 56 Tage im Kalenderjahr gewährt (vergleiche Nummer 49.4.1) fortgewährt.

52.1.5 Auf die Höchstdauer von acht 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 ein Pflegegrad 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 48.1.10).
- 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 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 52.1.10 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Kurzzeitpflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.7 verwiesen.
- 52.1.11 Auf Grundlage von § 80 Absatz 9 Satz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes wird wegen der Änderungen des Elften Buches Sozialgesetz zum 1. Juli 2025 (vergleiche Artikel 2a des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes vom 19. Juni 2023 [BGBl. 2023 I Nr. 155]) für ab dem 1. Juli 2025 entstehende Aufwendungen für Kurzzeitpflege Folgendes bestimmt:
- 52.1.11.1 Aufwendungen für Kurzzeitpflege im Sinne des Absatzes 1 sind bis zur Dauer von acht Wochen je Kalenderjahr bis zur Höhe des gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung beihilfefähig (Stand 1. Juli 2025: 3 539 Euro).
- 52.1.11.2 Nummer 51.1.11.3 gilt entsprechend. Absatz 2 findet ab 1. Juli 2025 keine Anwendung mehr.
- 52.2 Zu Absatz 2** (bleibt frei)
- 52.3 Zu Absatz 3**
- 52.3.1 Für Pflegebedürftige sind in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Dies gilt jedoch nicht für dort bereits wohnende Pflegebedürftige und darf nicht dazu führen, dass bei diesen ein begrenzter Zeitraum im Jahr als Kurzzeitpflege deklariert wird. Von daher sind Aufwendungen durch die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nicht für Pflegebedürftige, die in Einrichtungen wohnen und gegebenenfalls in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege“ in der Einrichtung bleiben, beihilfefähig.
- 52.3.2 Einrichtungen sind für die Kurzzeitpflege 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.
- 52.3.3 Sofern die Kurzzeitpflege 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.
- 52.3.4 Neben den Aufwendungen nach Nummer 52.1.3 sind Aufwendungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§ 55 Absatz 2) beihilfefähig. Eine Anrechnung auf den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 erfolgt nicht.
- 52.3.5 Daneben sind Aufwendungen für Vergütungszuschläge für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, da die Pflegebedürftigen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden dürfen.
- 52a Zu § 52a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson**
- 52a.1 Zu Absatz 1**
- 52a.1.1 Die Versorgung des Pflegebedürftigen erfolgt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn diese die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen sicherstellen kann und will. Dies gilt unabhängig davon, ob die Einrichtung über eine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem

Elften Buch Sozialgesetzbuch verfügt. Die Pflege kann auch sichergestellt werden, indem die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte (vergleiche § 49 Absatz 1) erbringen lässt.

- 52a.1.2 Beihilfefähig sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen auf medizinische Behandlungspflege und die betriebsnotwendigen Investitionen sowie die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung.
- 52a.1.3 Fahr- und Gepäcktransportkosten sind beihilfefähig, sofern diese im Zusammenhang mit der Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson stehen. Aufwendungen für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist, sind beihilfefähig. Die Beschränkung des § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt nur bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges. Eine Minderung der Fahrtkosten nach § 32 Absatz 3 Satz 3 erfolgt nicht.
- 52a.2 Zu Absatz 2**
- 52a.2.1 Kann die pflegerische Versorgung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht sichergestellt werden (hierzu Nummer 52a.1.1), kann der Pflegebedürftige auch in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Beihilfefähig sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Aufwendungen. Eine Beschränkung auf den in § 55 Absatz 1 genannten Höchstbetrag erfolgt nicht.
- 52a.3 Zu Absatz 3**
- 52a.3.1 Während der Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 oder einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 ruht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder anteilige Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 3. Die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 49b (vergleiche auch §§ 44 und 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ruhen hingegen nicht, soweit dies § 34 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorsieht. Danach sind diese Leistungen in den ersten vier Wochen einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation beihilfefähig (vergleiche Nummer 49b.0.6).
- 53 Zu § 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag**
- 53.1 Zu Absatz 1**
- 53.1.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten und Pflegebedürftigen zu helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Je nach Ausrichtung des Angebotes kann es sich dabei um Betreuungsangebote für den Pflegebedürftigen, Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen oder um Angebote zur Entlastung im Alltag handeln. Sie beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistung für Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorischer Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.
- 53.1.2 Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag zählen insbesondere
- Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen (zum Beispiel Alzheimergruppen),
 - Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
 - Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung,
 - Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowohl für Pflegebedürftige als auch Pflegepersonen,
 - Familiententlastende Dienste,
 - Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen,
 - Alltagsbegleitung,
 - Pflegebegleitung.
- 53.1.3 Aufwendungen von Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 für Angebote zur Unterstützung im Alltag sind im jeweiligen Kalendermonat bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages für die häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (Pflegesachleistung) nach § 49 Absatz 1 beihilfefähig, wenn dieser noch nicht ausgeschöpft ist. Der Höchstbetrag nach § 49 Absatz 1 darf in diesen Fällen nicht überschritten werden.
- 53.1.4 Eine Verwendung von maximal 40 Prozent des beihilfefähigen Betrages für die Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach Absatz 2. Somit kann der Anspruch nach Absatz 1 entweder gleichzeitig, vor oder nach der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach Absatz 2 genutzt werden.

- 53.1.5 Im Rahmen der Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Beihilfeberechtigten nach § 49 Absatz 1 zustehenden Pflegesachleistung. Insoweit ist zu beachten, dass sich durch die Gewährung von Beihilfe nach Absatz 1 der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 verringern kann und diese neu festgesetzt werden muss. Der Unterschiedsbetrag der Pauschalbeihilfe zwischen der Berechnung ohne und mit Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist zu verrechnen. Somit reduziert sich die zu erstattende Beihilfe für Angebote zur Unterstützung im Alltag um die zu viel gezahlte anteilige Pauschalbeihilfe.
- 53.1.6 Verbleiben nach der Anwendung des Satzes 1 Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag, sind diese beihilfefähig, soweit dadurch für diese Aufwendungen die Höchstgrenze von 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 5 für den jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat nicht überschritten wird. Dies gilt nicht für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Bemessungssatz beträgt auf Grund von § 57 Absatz 10 100 Prozent.
- 53.1.7 Die Anrechnung erfolgt nur auf den Betrag der dem Beihilfeberechtigten nach § 49 Absatz 1, gegebenenfalls in Verbindung mit § 49 Absatz 5, zustehenden Pflegesachleistung. Werden daneben Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege nach § 50 geltend gemacht, sind diese zusätzlich bis zum Höchstbetrag nach § 50 in Verbindung mit § 49 Absatz 5 beihilfefähig.
- 53.1.8 Pflegebedürftige, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen dieser neuen Kombinationsleistung nutzen, haben die Pflicht, regelmäßig eine Beratung im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzurufen (vergleiche § 49 Absatz 6). Entsprechende Aufwendungen sind nach Maßgabe des § 49 Absatz 6 beihilfefähig. Nummer 49.6.6 gilt entsprechend, so dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die beihilfefähigen Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Absatz 1 erfolgen kann, wenn die verpflichtenden Beratungsbesuche nicht abgerufen werden.
- 53.2 Zu Absatz 2**
- 53.2.1 Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat, höchstens jedoch bis zu dem in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrag. Insoweit ist auf die Festlegung der Pflegeversicherung abzustellen.
- 53.2.2 Erbringt die Pflegeversicherung Leistungen zum Entlastungsbetrag, kann davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachten Aufwendungen notwendig und wirtschaftlich angemessen sind (§ 4 Absatz 3). Die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung kann der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zu Grunde gelegt werden. In diesem Falle kann auf die Vorlage von Belegen verzichtet werden.
- 53.2.3 Anspruchsberechtigt sind alle Pflegebedürftigen im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1.
- 53.2.4 Der Entlastungsbetrag ist Bestandteil der häuslichen Pflege. Er ergänzt die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege in der häuslichen Umgebung. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in den der Pflegebedürftige aufgenommen wurde. Das gilt gleichermaßen, wenn der Pflegebedürftige in einer Altenwohnung oder in einem Altenheim wohnt (vergleiche Nummer 49.1.7). Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungen entstehen.
- 53.2.5 Leistungen der Kurzzeitpflege können ausschließlich durch den Entlastungsbetrag finanziert werden (zum Beispiel wenn der Pflegebedürftige aus den vergangenen Monaten den Entlastungsbetrag nicht genutzt hat, Nummern 53.2.9 und 53.2.10). In diesen Fällen handelt es sich nicht um eine Inanspruchnahme der Leistungen nach § 52, so dass keine Anrechnung auf die Leistungsdauer und -höhe nach § 52 erfolgt. Die Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 wird dabei bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in voller Höhe weitergezahlt. Eine Anrechnung der Pauschalbeihilfe auf den Entlastungsbetrag ist ausgeschlossen.
- 53.2.6 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 Fahrt- und Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen, zählen ebenfalls zu den beihilfefähigen Aufwendungen.
- 53.2.7 Der Entlastungsbetrag kann auch für die Erstattung von Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte nach § 49 Absatz 1 verwendet werden. Die Leistungen können sich dabei auf die Inanspruchnahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erstrecken. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 sind jedoch Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung (vergleiche Nummer 48.1.6.4, zum Beispiel

Waschen, An- und Auskleiden, Essen, Trinken, Toilettenbenutzung) entstehen, nicht beihilfefähig. Für solche Aufwendungen wird ausschließlich Beihilfe unter den Voraussetzungen des § 49 Absatz 1 gewährt. Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Diese können den Entlastungsbetrag hingegen auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung entstehen (Nummer 48a.3.1).

- 53.2.8 Erfüllt der Pflegebedürftige die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsgewährung nach Absatz 2 erst im Laufe eines Kalenderjahres, ist der Entlastungsbetrag ab dem Kalendermonat und für den vollen Monat beihilfefähig, in dem der Anspruch auf die Leistung erfüllt wird. Hierbei ist auf die Festlegung der Pflegeversicherung abzustellen.
- 53.2.9 Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden. Hat zum Beispiel ein Pflegebedürftiger im Januar den Entlastungsbetrag nicht in Anspruch genommen und entstehen ihm im Februar diesbezüglich entsprechende Aufwendungen, sind diese bis zur Höhe von 262 Euro beihilfefähig (Kumulation des Anspruches für Januar und Februar).
- 53.2.10 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 oder gemeinsamen Wohnumfeldes

54.1 Zu Absatz 1

- 54.1.1 Die Voraussetzungen des § 23 gelten nicht für Pflegehilfsmittel (§ 23 Absatz 11 Satz 3). Beihilfefähig sind insoweit die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen (§ 4 Absatz 3) für Pflegehilfsmittel.
- 54.1.2 Erbringt die Pflegeversicherung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel Leistungen, kann davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachten Aufwendungen notwendig und wirtschaftlich angemessen sind (§ 4 Absatz 3). Die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung kann der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zu Grunde gelegt werden. In diesem Falle kann auf die Vorlage von Belegen verzichtet werden.
- 54.1.3 Entsprechend § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch kann hinsichtlich der Aufwendungen für Pflegehilfsmittel grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass diese notwendig sind, wenn sie von einer Pflegefachkraft empfohlen wurden. In diesem Falle kommt es für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht darauf an, ob die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt. Beihilfefähig sind insoweit nur Aufwendungen für die Pflegehilfsmittel, für die Pflegefachkräfte Empfehlungen nach den in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeben dürfen.
- 54.1.4 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).
- 54.1.5 Nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind in der Regel technische Pflegehilfsmittel im Sinne des § 40 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die zu den nichtstofflichen Medizinprodukten im Sinne des § 22 zählen. Ob die Pflegeversicherung Zuschüsse für technische Pflegehilfsmittel gewährt, richtet sich nach § 40 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Wenn die Pflegeversicherung für Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel anteilige Zuschüsse gewährt, ist davon auszugehen, dass das technische Pflegehilfsmittel notwendig im Sinne des § 4 Absatz 3 ist. Auf das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung kommt es hierbei nicht an. Dennoch kann in Ausnahmefällen unter Anlegung eines strengen Maßstabes die Notwendigkeit im Sinne des § 4 Absatz 3 auch angenommen werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.
- 54.1.6 Eine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln ist insbesondere auch dann nicht notwendig, wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, die den Zielen von § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, getroffen werden und der Pflegebedürftige hiermit einverstanden ist (vergleiche auch § 18 Absatz 6a des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 54.1.7 Nach § 78 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch hat der GKV-Spitzenverband als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 selbständigere 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 Digitale Pflegeanwendungen können in der Häuslichkeit die Pflege sowie die pflegerische Betreuung unterstützen. Digitale Pflegeanwendungen bestehen in vorrangig software- oder webbasierten Versorgungsangeboten, die anleitend begleiten, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.
- 54.2.2 Die digitale Pflegeanwendung ist ein rein digitaler Helfer auf eigenen, mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung, die über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt wird. Da digitale Pflegeanwendungen wesentlich auf digitalen Technologien beruhen, sind umfangreiche Hardwareausstattungen auf Grund von § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht beihilfefähig. Auch weitere Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Nutzung digitaler Anwendungen stehen, beispielsweise Vertragsgebühren für Endgeräte und Internetzugänge, sind nicht beihilfefähig.
- 54.2.3 Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind (vergleiche § 40a Absatz 1a Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 54.2.4 Beihilfefähig sind digitale Pflegeanwendungen nur dann, wenn sie vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgenommen wurden.
- 54.2.5 Ergänzende Unterstützungsleistungen können den pflegerischen oder betreuenden Nutzen digitaler Pflegeanwendungen für pflegebedürftige Personen sicherstellen und umfassen beispielsweise im Einzelfall Hilfestellungen beim Einsatz der digitalen Pflegeanwendung. Die Leistungen werden durch ambulante Pflegeeinrichtungen in der Häuslichkeit erbracht.
- 54.2.6 Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen sind bis zu dem in § 40b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrag beihilfefähig.
- 54.2.7 Einer ärztlichen Verordnung oder einer vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit für digitale Pflegeanwendungen sowie ergänzende Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch die Festsetzungsstelle bedarf es nicht.
- 54.2.8 Beihilfefähig sind entsprechende Aufwendungen auch bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1.

54.3 Zu Absatz 3

- 54.3.1 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 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. 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 4 180 Euro je Pflegebedürftigen beihilfefähig (Stand: 1. Januar 2025). Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist je Maßnahme auf einen Gesamtbetrag von 16 720 Euro begrenzt. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten werden die Aufwendungen anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Da sich die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen aus den Leistungen der Pflegeversicherung ergibt, ist eine Überschreitung des nach § 40 Absatz 4 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Höchstbetrages ausgeschlossen.
- 54.3.2 Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zum Höchstbetrag von 4 180 Euro 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 Pflegepersonen verhindert wird oder

- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.

Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf den Ausgleich und die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit oder der Beeinträchtigung der Fähigkeiten im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehungsweise auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind in Nummer 8 zu § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 14. November 2023 dargestellt.

- 54.3.3 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden (zum Beispiel Betreutes Wohnen), liegt eine Wohnung oder ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.
- 54.3.4 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen sowohl in vorhandenem Wohnraum wie auch im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums in Frage. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind.
- 54.3.5 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 4 180 Euro beihilfefähig sein können.
- 54.3.6 Leben die Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe (§ 49a Absatz 1) und liegen die Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 2 vor, sind die Aufwendungen ergänzend zu den Aufwendungen nach § 49a Absatz 2 beihilfefähig (vergleiche Nummer 49a.2.5). Insgesamt sind die Aufwendungen der Maßnahme immer nur unter Berücksichtigung der jeweiligen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Absatz 2 und § 49a Absatz 2 beihilfefähig.
- 54.3.7 Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nur zur Hälfte (Bemessungssatz = 50 Prozent) gewährt. Die Aufwendungen sind insoweit auch dann beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung für diese Aufwendungen keine anteiligen Zuschüsse zahlt. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind durch den Verweis auf § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuches auf den sich daraus ergebenden Höchstbetrag begrenzt (zur Begrenzung auf den Höchstbetrag vergleiche auch VGH Mannheim, Beschluss vom 28. Juni 2023, 2 S 668/23).

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 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zugelassene Pflegeeinrichtungen kommt es auch nicht darauf an, ob diese eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben und sich die Leistungen der Pflegeversicherung daher nach § 91 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch richten. Die Aufwendungen sind daher immer bis zum Höchstbetrag nach Satz 2 beihilfefähig.
- 55.1.2 Der Beihilfeanspruch besteht auch für Aufwendungen für vollstationäre Pflege in Einrichtungen, die denjenigen nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind. Hierzu zählen insbesondere vergleichbare Einrichtungen in anderen Staaten der Europäischen Union. Aufgrund von § 7a Absatz 1 Satz 1 sind diese Aufwendungen bei beihilfeberechtigten Personen im Ausland insoweit beihilfefähig, als sie im Inland beihilfefähig wären; in allen anderen Fällen gilt die Begrenzung des § 7a Absatz 8. 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 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar ist, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu prüfen.
- 55.1.3 Die sogenannte Ausbildungsumlage (auch als Ausbildungszuschlag bezeichnet) gehört gemäß § 82a in Verbindung mit § 84 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu den allgemeinen Pflegeleistungen und ist somit im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig. Sogenannte Energiekostenzuschläge sind beihilfefähig, wenn diese mit den Pflegesatzvergütungsverhandlungen entsprechend § 85 des Elften

- Buches Sozialgesetzbuch vereinbart wurden oder die Pflegeversicherung diese anerkannt hat.
- 55.1.4 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht beihilfefähig. Solche sind immer nach dem eindeutigen Wortlaut des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zwischen dem Heimträger und dem Pflegebedürftigen zu vereinbaren.
- 55.1.5 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung (zum Beispiel besonders großes oder im Vergleich zu anderen Zimmern des Heimes luxuriös ausgestattetes Zimmer [hierunter fällt nicht ein übliches Einzelzimmer], gewünschte Einzelbelegung von Räumen, die wegen ihrer Größe auch zum Aufenthalt von zwei Pflegebedürftigen geeignet sind, oder „Gourmetkost“) sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (zum Beispiel zeitintensive „Schönheitspflege“ wie Maniküren oder Pediküren, die über die notwendige „Nagelpflege“ hinausgehen).
- 55.1.6 Leistungen, die für die Unterbringung und Verpflegung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, können keine Zusatzleistungen sein (vergleiche § 5 Absatz 4 des Rahmenvertrages gemäß § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur vollstationären Pflege im Freistaat Sachsen in der Fassung vom 1. November 2019) und sind damit beihilfefähig.
- 55.1.7 Investitionskosten sind die in § 82 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen.
- 55.1.8 Sofern der beihilfefähige Höchstbetrag nach Satz 2 höher ist als die Summe aus den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und der Ausbildungumlage, sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig, soweit dadurch nicht der beihilfefähige Höchstbetrag nach Satz 2 überschritten wird.
- 55.1.9 Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht vom beihilfefähigen Höchstbetrag erfassten Kosten vorgesehen (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil). Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen zu tragende Eigenanteil nicht mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt (§ 84 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 55.1.10 Die Pflegesätze und der einrichtungseinheitliche Eigenanteil werden ab 1. Januar 2017 in der Regel auf Grundlage einer monatlichen Durchschnittsbetrachtung auf Basis von 30,42 Tagen als täglicher und monatlicher Wert im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen ermittelt. Dadurch wird unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage des betreffenden Monats mit einheitlichen und gleichen Monatsbeträgen abgerechnet. Entsprechende Abrechnungen sind als beihilfefähig anzuerkennen.
- 55.1.11 Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim sind die Aufwendungen für Betten- und Platzfreihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen als Pflegeleistungen beihilfefähig. Abweichend davon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. Beihilfefähig sind die nach § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geminderten Beträge (§ 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 55.1.12 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 Absatz 1 und 4 festgelegten Höchstbeträgen. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 50. Bei Zahlung von Pauschalbeihilfe ist nach § 49 Absatz 2 anteilige Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu bewilligen.
- 55.1.13 Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege (§ 52) in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig vom Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Beihilfeanspruch von bis zu 1 854 Euro, soweit dieser Betrag beziehungsweise der in § 52 genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Wird für die Kurzzeitpflege der nicht verbrauchte beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege (§ 51) verwendet, erhöht sich der beihilfefähige Höchstbetrag auf bis zu 3 539 Euro im Kalenderjahr.
- 55.1.14 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.
- 55.1.15 Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder einer vollstationären Pflegeeinrichtung in eine andere vollstationäre Pflegeeinrichtung sind nur die Aufwendungen der aufnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtung beihilfefähig, da nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung nach § 87a Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch befugt ist, für diesen Tag ein Heimentgelt zu berechnen.

- 55.1.16 Bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen besteht auch für den Teilmonat ein Anspruch auf den vollen beihilfefähigen Höchstbetrag. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden abweichend von Nummer 55.1.10 mit den tatsächlichen Tagen des Anspruchszeitraumes multipliziert. Liegt die Summe der Aufwendungen unter dem beihilfefähigen Höchstbetrag, ist eine Begrenzung vorzunehmen. Im umgekehrten Fall ist der beihilfefähige Höchstbetrag anzuerkennen; Absatz 4 bleibt unberührt.
- 55.1.17 Aufwendungen für Fahrtkosten in die vollstationäre Pflegeeinrichtung sind im Rahmen des § 55 Absatz 1 nicht beihilfefähig. § 32 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 bleibt unberührt.
- 55.1.18 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.
- 55.1.19 Erhöht sich der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen und wird aufgrund eines Höherstufungsantrages oder einer Wiederholungsbegutachtung im laufenden Monat ein höherer Pflegegrad zuerkannt, sind für den gesamten Kalendermonat Aufwendungen bis zur Höhe des für den höheren Pflegegrad geltenden Höchstbetrages beihilfefähig.
- 55.2 Zu Absatz 2**
- 55.2.1 Ein Leistungszuschlag nach § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschlag zu dem zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen. Der Leistungszuschlag ist gestaffelt und richtet sich nach der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1).
- 55.2.2 Der Leistungszuschlag beträgt bei einem Leistungsbezug nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1, Stand: 1. Januar 2024)
- bis einschließlich 12 Monaten 15 Prozent
 - von mehr als 12 Monaten 30 Prozent
 - von mehr als 24 Monaten 50 Prozent und
 - von mehr als 36 Monaten 75 Prozent.
- 55.2.3 Der Leistungszuschlag wird in entsprechender Höhe zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen geleistet. Bei der Berechnung des beihilfefähigen Leistungszuschlages sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht zu berücksichtigen; diese sind sodann bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen nur im Rahmen des Absatzes 5 beihilfefähig.
- 55.2.4 Für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1) ist ein Heimwechsel unerheblich. Es ist auch nicht erforderlich, dass es sich um zusammenhängende Zeiträume des Leistungsbezugs handelt. In der Vergangenheit liegende Zeiträume werden bei Unterbrechungen mitgerechnet. Auf den Grund oder den Zeitraum der Unterbrechung des Leistungsbezugs kommt es nicht an. Kalendermonate, in denen nur für einen Teilzeitraum entsprechende Leistungen bezogen worden, werden als volle Kalendermonate berücksichtigt.
- 55.2.5 Im Falle der Nummer 55.1.11 (vorübergehende Abwesenheit) besteht ebenfalls ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1). Diese Zeiten sind bei der Ermittlung der Dauer des Leistungsbezuges zu berücksichtigen.
- 55.2.6 Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die Leistungen nach § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 48a Absatz 4) beziehen, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag nach Absatz 2. Erfolgt jedoch eine Höherstufung in mindestens Pflegegrad 2, besteht ein Anspruch auf den Leistungszuschlag. Der Zeitraum des Leistungsbezuges nach § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 48a Absatz 4) wird bei der Berechnung der Dauer des Bezugs von Leistungen berücksichtigt.
- 55.2.7 Die Höhe des Leistungszuschlages bemisst sich an dem tatsächlichen Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Hierfür sind die pflegebedingten Aufwendungen und die Summe der Ausbildungsumlagen abzüglich des nach Absatz 1 beihilfefähigen Betrages, dessen Höhe sich nach § 43 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt, maßgeblich.
- 55.2.8 Pflegebedürftige Personen in nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben grundsätzlich keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag, da sie keine Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches

Sozialgesetzbuch beziehen. Die Gewährung von Beihilfe über Absatz 1 hinaus ist daher nur im Rahmen des Absatzes 5 möglich. Gleiches gilt für Aufwendungen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung, da sich hier die Leistung der Pflegeversicherung nach § 91 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt.

55.3 Zu Absatz 3

- 55.3.1 Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind nach Absatz 3 in Verbindung mit § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Aufwendungen für Vergütungszuschläge entsprechend § 84 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind in allen stationären Pflegeeinrichtungen, also auch in Einrichtungen der teilstationären Pflege (§ 50 Absatz 1) und Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 52 Absatz 3), beihilfefähig.
- 55.3.2 Aufwendungen für Vergütungszuschläge entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, also nicht in Einrichtungen der teilstationären Pflege (§ 50 Absatz 1), aber in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 52 Absatz 3) beihilfefähig.
- 55.3.3 Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind neben dem Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2 beihilfefähig. Sie sind auch beihilfefähig bei Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, wenn hierfür Mittel der Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen werden oder der Aufenthalt durch den Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2, die Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder durch eigene finanzielle Mittel finanziert wird.

55.4 Zu Absatz 4

- 55.4.1 Beihilfeleistungen zu Anerkennungsbeträgen nach § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind bei Nachweis entsprechender Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag des Beihilfeberechtigten zu erbringen.
- 55.4.2 Ab dem Zeitpunkt der Rückstufung des Pflegebedürftigen sind Beihilfeleistungen zu pflegebedingten Aufwendungen nach dem niedrigeren Pflegegrad zu gewähren.
- 55.4.3 Der Beihilfebescheid ist zu widerrufen und die Beihilfe zurückzufordern, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne des § 48 Absatz 1 eingestuft wird.

55.5 Zu Absatz 5

- 55.5.1 Die verbleibenden Aufwendungen sind insbesondere die durch Überschreitung der Höchstbeträge nach Absatz 1 nicht gedeckten Aufwendungen sowie Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 ist auch dann zu berücksichtigen, wenn die Pflegeversicherung nicht in voller Höhe zahlt, zum Beispiel bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung (vergleiche Nummer 55.1.1), Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht beihilfefähig und von den verbleibenden Aufwendungen abzuziehen. Sind Leistungszuschläge nach Absatz 2 beihilfefähig, sind diese ebenfalls abzuziehen. Sind die Leistungszuschläge nach Absatz 2 nicht beihilfefähig (vergleiche Nummer 55.2.8), führen diese nicht zu einer Minderung der verbleibenden Aufwendungen.
- 55.5.2 Als berücksichtigungsfähige Angehörige zählen auch die Personen, die aufgrund eines eigenen Beihilfeanspruches nicht zu berücksichtigen sind (zum Beispiel Ehegatte oder Lebenspartner ist selbst Beamter).
- 55.5.3 Der Bemessungssatz der beihilfefähigen Aufwendungen beträgt gemäß § 57 Absatz 10 100 Prozent.
- 55.5.4 Beispiele (zum Stand 1. Januar 2025):
- 55.5.4.1 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 des Pflegegrades 3 seit weniger als 12 Monaten Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 319 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten (einschließlich Ausbildungsumlage)	2 000 Euro
Unterkunft/Verpflegung	1 000 Euro
Investitionskosten	400 Euro
Telefonanschluss	<u>25 Euro</u>
Gesamt	3 425 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 319 Euro	395,70 Euro
– Leistungszuschlag von 15 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 681 Euro (2 000 Euro ./ 1 319 Euro), davon 30 Prozent	<u>30,65 Euro</u>
Gesamt	426,35 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 319 Euro	923,30 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2	
– Leistungszuschlag von 15 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 681 Euro (2 000 Euro ./ 1 319 Euro), davon 70 Prozent	71,51 Euro
d) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
Gesamtaufwendungen	3 425,00 Euro
./ pauschalierte Leistungen nach Absatz 1 und 2 (Buchstaben a bis c)	1 421,16 Euro
./ Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	1 978,84 Euro
Einkommen	2 500,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ 25 Prozent).	
Eigenanteil (30 Prozent von 2 500 Euro)	750,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (1 978,84 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 750 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	1 228,84 Euro
e) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):	2 223,65 Euro

55.5.4.2

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 3 000 Euro, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 1 000 Euro. Er nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 seit mehr als 24 Monaten Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 855 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten (einschließlich Ausbildungsumlage)	3 500 Euro
Unterkunft/Verpflegung	2 000 Euro
Investitionskosten	400 Euro
Telefonanschluss	<u>25 Euro</u>
Gesamt	5 925 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	556,50 Euro
– Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), davon 30 Prozent	<u>246,75 Euro</u>
Gesamt	803,25 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	1 298,50 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2	
– Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), davon 70 Prozent	575,75 Euro
d) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
Gesamtaufwendungen	5 925,00 Euro
./ pauschalierte Leistungen nach Absatz 1 und 2 (Buchstaben a bis c)	2 677,50 Euro
./ Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozial- gesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	3 222,50 Euro
Einkommen	4 000,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ 25 Prozent).	
Eigenanteil (30 Prozent von 4 000 Euro)	1 200,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (3 222,50 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 1 200 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	2 022,50 Euro
e) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):	3 896,75 Euro

55.5.4.3

Wie Beispiel 55.5.4.2. Der Pflegebedürftige befindet sich aber in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ohne Vergütungsvereinbarung.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent von dem auf 80 Prozent begrenzten Höchstbetrag von 1 855 Euro (§ 91 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	445,20 Euro
– kein Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), da keine Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bezogen werden	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	445,20 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	1 298,50 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2	
– kein Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), da keine Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bezogen werden	0,00 Euro
d) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
Gesamtaufwendungen	5 925,00 Euro
./ . pauschalierte Leistungen in Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 (1 855 Euro) und 2 (0,00 Euro), Buchstaben a bis c	1 855,00 Euro
./ . Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	4 045,00 Euro
Einkommen	4 000,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ 25 Prozent).	
Eigenanteil (30 Prozent von 4 000 Euro)	1 200,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (4 045,00 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 1 200 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	2 845,00 Euro
e) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):	4 143,50 Euro

55.6 Zu Absatz 6

- 55.6.1 Bei Anwärtern, denen neben ihren Anwärterbezügen ein Familienzuschlag gewährt wird, gilt Nummer 1.
- 55.6.2 Leistungsprämien nach § 66 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** und Leistungsstufen nach § 65 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** zählen nicht als Einkommen.
- 55.6.3 Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung sind insbesondere Betriebsrenten (zum Beispiel VBL-Rente). Renten aus privaten Zusatzversicherungen, die ausschließlich aus eigenen Mitteln finanziert werden (zum Beispiel Berufsunfähigkeitsversicherungen), sind keine Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Das gilt auch für Renten, die zwar aus eigenen Mitteln finanziert werden, für die aber daneben staatliche Zulagen gewährt werden oder die zum Sonderausgabenabzug berechtigen (zum Beispiel „Riester-Rente“).
- 55.6.4 Als Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit zählt der monatliche Bruttoverdienst.
- 55.6.5 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn (vergleiche auch § 2 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Einkommensteuergesetzes). Verluste aus einer solchen Tätigkeit sind nicht zu berücksichtigen (kein horizontaler oder vertikaler Verlustausgleich).
- 55.6.6 Bei Einkommen nach Satz 1 Nummern 1 bis 8 ist das im Januar bezogene Einkommen oder das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen (zum Beispiel bei Eintritt in das Beamtenverhältnis, erstmaligem Bezug einer Altersrente) für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Änderungen des Einkommens bleiben für den Rest des Kalenderjahres grundsätzlich unberücksichtigt (zum Beispiel Besoldungs- oder Rentenanpassungen).
- 55.6.7 Verringert sich das Einkommen vom Januar im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich (zum Beispiel bei Wechsel von einer Vollzeit- in eine Teilzeitbeschäftigung), ist das Einkommen ab

dem Monat der dauernden Verringerung zugrunde zu legen. Wesentlich ist eine Verringerung, wenn das (Gesamt-) Einkommen des Beihilferechtigten und des Ehegatten oder Lebenspartners dauerhaft monatlich um mindestens 100 Euro sinkt.

- 55.6.8 Die Nummern 55.6.6 und 55.6.7 gelten entsprechend bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummer 9 und 10.
- 55.6.9 Bei monatlich schwankenden Einkommen im Sinne des Satzes 1 Nummer 9 und 10 soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt werden. Das so ermittelte monatliche Einkommen wird ebenfalls für das gesamte Kalenderjahr zu Grunde gelegt. Wird hiervon abweichend glaubhaft gemacht, dass das Einkommen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer ist als im Kalenderjahr davor, ist das aktuelle Einkommen zu Grunde zu legen. Wesentlich ist eine Verringerung, wenn das jeweilige Einkommen im laufenden Jahr voraussichtlich mindestens 1 200 Euro niedriger ist als das Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.
- 55.6.10 Einkommen von Kindern bleiben unabhängig von der Art des Einkommens unberücksichtigt.
- 56 Zu § 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe**
- 56.1 Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Mit dem Verweis auf § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt dies auch für Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.
- 56.2 Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind dadurch geprägt, dass die Bewohner die Überlassung des Wohnraums sowie die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe und gegebenenfalls darüber hinaus erforderliche Leistungen zur Pflege oder Betreuung in einer Weise erhalten, die sich im Rahmen einer Gesamtbetrachtung so darstellt, dass die Versorgung durch Leistungserbringer umfassend organisiert wird und die Mitbestimmungsmöglichkeiten vergleichbar wie in einer stationären Einrichtung eingeschränkt sind.
- 56.3 Für die Feststellung, ob die Gesamtversorgung der in den Räumlichkeiten wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht (§ 71 Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c des Elften Buches Sozialgesetzbuch), soll die Entscheidung der Pflegeversicherung zu Grunde gelegt werden.
- 56.4 Beihilfefähig sind 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung (vergleiche § 125 Absatz 1 Nummer 2 und § 134 Absatz 1 Nummer 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch), höchstens jedoch 278 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. Darüber hinaus wird keine Pauschalbeihilfe gewährt (BSG, Urteil vom 5. September 2024, B 3 P 9/22 R).
- 56.5 Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt.
- 56.6 Bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen, 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.
- 56.7 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 oder Räumlichkeit im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 oder 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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.
- 57.1.2 Wird nachträglich festgestellt, dass ein Anspruch auf einen erhöhten Bemessungssatz nicht

bestanden hat, zum Beispiel weil der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wurde, ist eine bereits gezahlte Beihilfe aus Billigkeits- und Vertrauensschutzgründen zu belassen.

57.2

Zu Absatz 2

- 57.2.1 Zu den Beihilfeberechtigten im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 zählen auch die entpflichteten Hochschullehrer, da sie weiterhin Besoldung im Sinne des § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des **Sächsischen Beamtengesetzes** erhalten (BVerwG, Urteil vom 22. Februar 1990, 2 C 6/89; OVG Lüneburg, Urteil vom 5. Dezember 2007, 5 LB 342/07); vergleiche Nummer 1.2.2.
- 57.2.2 Zu den Beihilfeberechtigten im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 zählen auch Beamte, die als politische Beamte (§ 30 des Beamtenstatusgesetzes in Verbindung mit § 57 des **Sächsischen Beamtengesetzes**) oder wegen Dienstunfähigkeit (§ 29 des Beamtenstatusgesetzes) in den Ruhestand versetzt und vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze „reaktiviert“ und damit erneut in ein Beamtenverhältnis berufen wurden. Damit geht im Regelfall eine Reduzierung des Bemessungssatzes einher. Von einer solchen Reduzierung des Bemessungssatzes können auf Grund von § 3 Absatz 1 Satz 1 beispielsweise auch frühere kommunale Wahlbeamte betroffen sein, denen bereits auf Grund dessen eine Versorgung gewährt wird, wenn sie (erneut) in ein Beamtenverhältnis berufen oder sie erneut in ein kommunales Wahlbeamtenverhältnis gewählt werden.
- 57.2.3 Anspruch auf einen erhöhten Bemessungssatz von 90 Prozent auf Grund der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c besteht nur, wenn mindestens zwei Kinder gleichzeitig in einem Monat berücksichtigungsfähig im Sinne des § 2 Absatz 1 sind. Da ein Anspruch auf Kindergeld grundsätzlich für jeden (vollen) Kalendermonat besteht, in dem wenigstens an einem Tage die Anspruchsvoraussetzungen vorgelegen haben (vergleiche A 31 Absatz 1 der Dienstanweisung des Bundeszentralamtes für Steuern zum Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz), sind zwei Kinder auch dann gleichzeitig berücksichtigungsfähig, wenn diese nicht an mindestens einem Tag gemeinsam die Voraussetzungen für den Bezug von Kindergeld erfüllen, aber zumindest innerhalb eines Monats (zum Beispiel wenn Kind 1 am 2. eines Monats das 25. Lebensjahr vollendet und Kind 2 erst am 20. desselben Monats geboren wird).
- 57.2.4 Zu den Versorgungsempfängern nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a mit einem Bemessungssatz von 70 Prozent zählen auch diejenigen ohne Kinder.
- 57.2.5 Zu den Waisen im Sinne des Satzes 1 Nummer 4 Buchstabe a oder Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Nummer 7 gehören auch Halbwaisen, soweit sie Halbwaisengeld beziehen. Während Satz 1 Nummer 7 Waisen mit Anspruch auf Waisengeld nach § 24 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** erfasst, handelt es sich bei den in Satz 1 Nummer 4 genannten Waisen um Kinder von früheren Beamten ohne Anspruch auf Ruhegehalt und denen ein Unterhaltsbeitrag bewilligt wurde oder hätte bewilligt werden können (zum Beispiel nach § 27 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**). Satz 3 enthält zudem die Sonderregelung, dass bei allen am 1. Januar 2024 vorhandenen Waisen der Bemessungssatz stets 80 Prozent beträgt.
- 57.2.6 Bei den in Satz 1 Nummer 6 genannten Versorgungsempfängern handelt es sich um Witwen mit Anspruch auf Witwengeld nach § 21 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**. Satz 1 Nummer 4 erfasst hingegen Witwen von früheren Beamten ohne Anspruch auf Ruhegehalt, denen ein Unterhaltsbeitrag bewilligt wurde oder hätte bewilligt werden können (zum Beispiel nach § 27 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**). Satz 2 Nummer 1 enthält zudem die Sonderregelung, dass bei allen am 1. Januar 2024 vorhandenen Witwen der Bemessungssatz stets 80 Prozent beträgt.
- 57.2.7 Witwen und Waisen als Hinterbliebene von früheren Beamten erhalten den erhöhten Bemessungssatz von 90 Prozent nur, wenn sie einen Unterhaltsbeitrag als Hinterbliebene von früheren Beamten oder früheren Ruhestandsbeamten, die an den Folgen des Dienstunfalls verstorben sind (§ 45 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**), oder von kommunalen Wahlbeamten, die mindestens eine zweijährige Amtszeit in der ersten Kommunalwahlperiode zurückgelegt haben (§ 82 Absatz 4 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**), beziehen. Dies gilt nach Satz 2 und 3 nicht für am 1. Januar 2024 vorhandene Witwen und Waisen. Für diese beträgt der Bemessungssatz stets 70 Prozent (Witwen) beziehungsweise 80 Prozent (Waisen).
- 57.2.8 Anspruch auf einen Bemessungssatz von 90 Prozent besteht zudem nur für Witwen mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag nach § 45 oder § 82 Absatz 4 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** (Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a, vergleiche Nummer 57.2.7) und auf Witwengeld (Nummer 6 Buchstabe a, vergleiche Nummer 57.2.6) sowie berücksichtigungsfähige Erwachsene (Satz 1 Nummer 8 Buchstabe b), wenn sie den Ehegattengrenzbetrag nicht übersteigen. Beim Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes sind dabei bei Witwen die der Hinterbliebenenversorgung zu Grunde liegenden Versorgungsbezüge (Unterhaltsbeitrag beziehungsweise Witwengeld) nicht zu berücksichtigen. Leistungen für Witwen aus anderen

Versorgungssystemen, zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung, sind hingegen voll zu berücksichtigen. Für den Nachweis der Einkünfte ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 2 entspricht, zu verwenden.

57.2.9

Der Bemessungssatz von Witwen sowie berücksichtigungsfähigen Erwachsenen beträgt dann 70 Prozent, wenn sie nicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind. Dies betrifft insbesondere Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn

- sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dort familienversichert waren (§ 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch),
- sie eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben und sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend (§ 5 Absatz 1 Nummer 11a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder
- sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben (§ 5 Absatz 1 Nummer 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Der Bemessungssatz beträgt in diesen Fällen auch dann 70 Prozent, wenn die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gestellt hat.

57.2.10

Aus dem Rentenbescheid ist ersichtlich, wenn eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, da dort die von der Rente einbehaltenen und an die gesetzliche Krankenversicherung abzuführenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ausgewiesen sind. In diesem Falle ist zu unterstellen, dass eine Krankenversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, soweit der Beihilfeberechtigte nicht eine Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegt, aus der erkennbar ist, dass die Krankenversicherungspflicht nur aus anderen Gründen besteht. Wird keine solche Negativbescheinigung vorgelegt, beträgt der Bemessungssatz der Witwen und des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen 70 Prozent.

57.2.11

In allen anderen Fällen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass durch den Bezug der Rente (ursprünglich) eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten ist, von dem sich die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Erwachsene nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befreien lassen hat. Da ein entsprechender Befreiungsantrag bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen ist, kann demzufolge nur die gesetzliche Krankenversicherung mittels einer Negativbescheinigung bestätigen, ob eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beantragt wurde.

57.2.12

Es kann im Hinblick auf § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelmäßig davon ausgegangen werden, dass keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Rentenbezug eingetreten ist, wenn die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Erwachsene bereits vor der Stellung des Rentenanspruches mindestens seit drei Jahren (gegebenenfalls beihilfekonform) privat krankenversichert war. Eine Anwartschaftsversicherung reicht dafür nicht aus. Wird dies entsprechend nachgewiesen (zum Beispiel anhand des Versicherungsverlaufes im Rentenbescheid und Vorlage entsprechender Nachweise der privaten Krankenversicherung, soweit dies nicht ohnehin schon der Festsetzungsstelle nachgewiesen wurde), bedarf es keiner Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung. Besteht die private Krankenversicherung nicht bereits seit mindestens drei Jahren, ist eine Einzelfallprüfung anhand der vorgenannten Unterlagen vorzunehmen und gegebenenfalls eine Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung anzufordern.

57.2.13

Es kann im Hinblick auf § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelmäßig davon ausgegangen werden, dass bei der Witwe oder dem berücksichtigungsfähigen Erwachsenen eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Bezug der Rente eingetreten ist, wenn diese unmittelbar vorher in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert

waren. Diese Vermutung kann vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage entsprechender Bescheinigungen und Nachweise (zum Beispiel Versicherungsbestätigungen, Rentenbescheid mit Versicherungsverlauf, Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung) widerlegt werden.

57.2.14 Die Nummern 57.2.11 bis 57.2.13 gelten in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

57.2.15 Hinsichtlich der Fälle des § 5 Absatz 1 Nummer 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch soll in Zweifelsfällen vom Beihilfeberechtigten bestätigt werden, dass die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Erwachsene nicht zu dem in des § 5 Absatz 1 Nummer 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personenkreis gehört, soweit dies nicht aus dem Rentenbescheid ersichtlich ist. Eine formlose Erklärung ist dabei grundsätzlich ausreichend.

57.3 Zu Absatz 3

57.3.1 Eine Konkurrenzsituation zwischen mehreren beihilfeberechtigten Personen in Bezug auf die Zuordnung der Bemessungssätze liegt vor, wenn Kinder bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind und damit bei mehreren Beihilfeberechtigten zu einem erhöhten Bemessungssatz führen können. Ist der andere Beihilfeberechtigte nach den Vorschriften der Bundesbeihilfeverordnung oder einer entsprechenden Regelung anderer Länder beihilfeberechtigt, tritt eine Konkurrenzsituation ein, wenn auf Grund der Berücksichtigungsfähigkeit eines oder mehrerer Kinder ein erhöhter Bemessungssatz zum Tragen kommt. Hierbei ist es unerheblich, ob der dort geltende erhöhte Bemessungssatz mit dem sich nach Absatz 2 ergebenden Bemessungssatz der Höhe nach identisch ist. Beim Bund und der Mehrzahl der Länder ist dies in der Regel erst ab zwei Kindern der Fall, so dass bei nur einem berücksichtigungsfähigen Kind keine Konkurrenz eintritt. Abweichende Regelungen, wie zum Beispiel nach § 15 Absatz 1 der Hessischen Beihilfenverordnung sind im Einzelfall zu prüfen.

57.3.2 Satz 1 (§ 80 Absatz 7 Satz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes**) regelt, dass bei mehreren Beihilfeberechtigten mit einem berücksichtigungsfähigen Kind der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 70 Prozent und bei mehreren Beihilfeberechtigten mit mindestens zwei Kindern der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 90 Prozent beträgt. Ob sich der Bemessungssatz nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c richtet, hängt ausschließlich von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ab. Sind also mindestens zwei Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c 90 Prozent. Die Voraussetzungen des Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b sind nicht erfüllt, da gerade nicht nur ein Kind berücksichtigungsfähig ist. Damit ist bereits formalgesetzlich eine „Aufteilung“ von Kindern mit der Folge, dass beide einen Bemessungssatz von 70 Prozent oder gegebenenfalls 90 Prozent erhalten können, ausgeschlossen.

57.3.3 Wie in Konkurrenzfällen bei mehreren berücksichtigungsfähigen Kindern zu verfahren ist, lässt § 80 Absatz 7 des **Sächsischen Beamtengesetzes** offen und bestimmt sich demzufolge ausschließlich nach § 57 Absatz 3. Satz 1 greift den Grundsatz des § 80 Absatz 7 Satz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** auf, wonach nur einer beihilfeberechtigten Person ein erhöhter Bemessungssatz gewährt werden kann. Mit Satz 2 wird ausdrücklich klargestellt, dass bei der anderen beihilfeberechtigten Person der Bemessungssatz 50 Prozent (bei aktiven Beamten) oder 70 Prozent (bei Versorgungsempfängern) beträgt. Zudem regelt Satz 3, ausgehend von dem Grundsatz des § 80 Absatz 7 Satz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes**, dass bei mehr als zwei Kindern ein Bemessungssatz von 70 Prozent bei anderen beihilfeberechtigten Personen nicht zum Tragen kommt, da lediglich eine Person den Bemessungssatz von 90 Prozent erhalten soll, während der Bemessungssatz der anderen Person nach Satz 2 50 Prozent beträgt.

57.3.4 In Konkurrenzfällen haben die beihilfeberechtigten Personen nach Satz 4 die Möglichkeit, zu bestimmen, wer von ihnen den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll (Berechtigtenbestimmung). Die Berechtigtenbestimmung einschließlich Änderung oder Rücknahme der Berechtigtenbestimmung können die Beihilfeberechtigten nur gemeinsam wirksam ausüben. Dem geschiedenen Ehegatten, der die gemeinsam getroffene Bestimmung einseitig aufheben will, verbleibt somit nur die Möglichkeit, privatrechtlich von seinem vormaligen Ehegatten eine Bestimmungserklärung zu seinen Gunsten zu erlangen (Anfechtung nach §§ 119 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches) und diese gegebenenfalls gerichtlich zu erstreiten (VG Halle [Saale], Urteil vom 13. Mai 2004, 3 A 113/02; VG Sigmaringen, Urteil vom 20. Juli 2006, 7 K 1467/04).

57.3.5 Die Berechtigtenbestimmung ist nicht möglich, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist (zum Beispiel nach § 5 Absatz 5 der Bundesbeihilfeverordnung). Damit werden auch Fallkonstellationen in den Blick genommen, bei denen das Beihilferecht des anderen Elternteils nicht dem sächsischen Rechtskreis unterliegt. Hierzu wird beispielsweise auf § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung verwiesen, der

ausdrücklich auf den Bezug des Familienzuschlages abstellt, wobei aber auch eine gemeinsame anderweitige Bestimmung zugelassen wird. Diese Ausnahme vom Grundsatz lässt hingegen § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung nicht zu. Dort erfolgt eine feste Zuordnung zum Familienzuschlag, so dass keine Berechtigtenbestimmung mehr in Betracht kommt. Wenn die Kinder beim Bundesbeamten im Familienzuschlag berücksichtigt werden, erhält dieser dann den dortigen Bemessungssatz von 70 Prozent, der sächsische Beamte verbleibt bei 50 Prozent.

- 57.3.6 Besteht keine Zuordnung nach beihilferechtlichen oder anderweitigen Regelungen und wird die Erklärung nach Satz 4 nicht abgegeben, wird mit Satz 6 angeordnet, dass der erhöhte Bemessungssatz derjenigen beihilfeberechtigten Person zugeordnet wird, die den Familienzuschlag für das oder die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält. Diese „Auffangregel“ führt allerdings nicht dazu, Satz 1 „auszuhebeln“, da die Verordnung als niederrangige Regelung zum formalen Gesetz keine zu § 80 Absatz 7 Satz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** abweichenden Regelungen treffen kann. Satz 6 kann daher nur zum Tragen kommen, wenn sich auf Grund der Zuordnung der Kinder im Familienzuschlag eindeutig ergibt, wem der erhöhte Bemessungssatz zugeordnet werden kann. Dies ist in der Regel bei einem berücksichtigungsfähigen Kind unproblematisch. Bei mehreren berücksichtigungsfähigen Kindern kann diese Regelung ins Leere laufen (zum Beispiel wenn bei zwei Kindern jeweils ein Beihilfeberechtigter den Familienzuschlag erhält). Kann der erhöhte Bemessungssatz auch nach Satz 6 nicht eindeutig zugeordnet werden, verbleibt es zunächst bei beiden beihilfeberechtigten Personen bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung beim bisherigen Bemessungssatz.
- 57.3.7 Problematisch sind Konkurrenzfälle mit Kindern, die bei mehr als zwei beihilfeberechtigten Personen zu erhöhten Bemessungssätzen führen können. Dabei muss grundsätzlich „chronologisch“ vorgegangen und die Konkurrenzen „kindbezogen“ betrachtet werden. Dabei ist zunächst der Bemessungssatz nach dem Eltern-Kind-Verhältnis beim ältesten Kind zu bestimmen (1. Konkurrenzsituation). Danach ist die Konkurrenzsituation auf Grund des zweiten Kindes (mit gegebenenfalls anderen Elternteilen) zu berücksichtigen und so weiter (2. beziehungsweise weitere Konkurrenzsituationen). Bereits anderen beihilfeberechtigten Personen zugeordnete Kinder gelten dabei als „verbraucht“ und sind für die Bestimmung des Bemessungssatzes nicht heranzuziehen. Hierbei ist Satz 9 zu beachten: Gerade aufgrund einer Heirat können nach Maßgabe des § 40 Absatz 2 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** die „Stiefkinder“ beim neuen Ehepartner berücksichtigungsfähig werden. In diesen Fällen vermindert sich ein bereits erreichter erhöhter Bemessungssatz nicht. Diese chronologische und kindbezogene Betrachtungsweise kann mitunter dazu führen, dass abweichend von dem Grundsatz des Satzes 1 und 2 bei einer Konkurrenzsituation mit mehr als zwei beihilfeberechtigten Personen eine Person einen Bemessungssatz von 90 Prozent und die andere(n) beihilfeberechtigten Person(en) auf Grund des Satzes 9 einen Bemessungssatz von 70 Prozent oder sogar ebenfalls 90 Prozent haben. Die Sätze 1 und 2 finden mithin nur in den Fällen Anwendung, in denen bei der 1. Konkurrenzsituation eine Konkurrenz zur Berücksichtigungsfähigkeit eines Kindes vorliegt. Dies wird in der Regel der Fall eines Kindes von zwei Beihilfeberechtigten sein. Genauso kommt die Regelung auch zur Anwendung, wenn zwei miteinander verheiratete Beihilfeberechtigte (B1 und B2) ein Kind in den gemeinsamen Haushalt aufgenommen haben, bei dem die leiblichen Eltern [(entweder) B1 oder B2 und B3 als weiterer Beihilfeberechtigter] anspruchsberechtigt sind.
- 57.3.8 Grundsätzlich tritt die Verstetigung eines erhöhten Bemessungssatzes nur ein, wenn die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern wegfällt (Satz 8). Erneute Berechtigtenbestimmungen, deren Widerruf oder die Neuordnung der Kinder im Familienzuschlag führen hingegen zu keinem Bestandsschutz beziehungsweise einer Verstetigung des Bemessungssatzes. Wird eine bereits abgegebene Berechtigtenbestimmung im Ausnahmefall einvernehmlich widerrufen, bestimmt sich die Zuordnung eines erhöhten Bemessungssatzes nach der Zuordnung des Kindes oder der Kinder im Familienzuschlag. Ist danach eine Zuordnung nicht möglich, verbleibt es bei den beihilfeberechtigten Personen bis zu einer erneuten Abgabe der Berechtigtenbestimmung beim bisherigen Bemessungssatz („status quo“). Die Regelungen der Sätze 8 und 9 gelten im Übrigen unabhängig davon, ob eine Konkurrenzsituation vorliegt oder nicht. Zur Verstetigung des Bemessungssatzes nach Satz 8 wird auf die Nummern 57.3.16 bis 57.3.21 verwiesen.
- 57.3.9 Insofern ergibt sich für die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes bei Feststellung einer Konkurrenzsituation folgende Prüfreihenfolge, wenn nur Beihilfeberechtigte betroffen sind, für die die Sächsische Beihilfeverordnung Anwendung findet:
1. Abgabe einer einvernehmlichen und grundsätzlich unwiderruflichen Berechtigtenbestimmung durch die Beihilfeberechtigten.
 2. Wenn nein: Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes zu dem Beihilfeberechtigten, der einheitlich den Familienzuschlag für das oder die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält.
 3. Ist auch danach keine Zuordnung möglich, zum Beispiel weil der Familienzuschlag für die Kinder

aufgeteilt wird: Es verbleibt bei den Beihilfeberechtigten beim bisherigen Bemessungssatz.

57.3.10 Sind auch Beihilfeberechtigte betroffen, für die die Sächsische Beihilfeverordnung gerade keine Anwendung findet, ist Folgendes zu beachten: Vor Anwendung des Prüfschemas unter Nummer 57.3.9 ist zunächst zu klären, ob aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes erfolgt ist. Ist dies der Fall, bleibt für die Anwendung des Prüfschemas unter Nummer 57.3.9 kein Raum mehr, da bereits aufgrund der anderen Regelung eine Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes getroffen wurde.

57.3.11 Beispiele:

Folgende Abkürzungen werden in den nachfolgenden Beispielen verwendet:

B	Beamter (im aktiven Dienst)
BMS	Bemessungssatz
FZ	Familienzuschlag
K	Kind
S	sonstige Person, nicht beihilfeberechtigt
TV	truppenärztliche Versorgung
V	Versorgungsempfänger

Die Kinder K1, K2 und so weiter sind chronologisch beziehungsweise nach Alter berücksichtigt, das heißt K1 ist das älteste Kind, K2 das zweitälteste Kind und so weiter.

Leben Kinder in einem gemeinsamen Haushalt, von denen ein Teil nicht der leibliche Elternteil ist, besteht bei dem nicht leiblichen Elternteil in der Regel kein Anspruch auf Kindergeld und damit auch nicht auf den FZ für das Kind. Im Falle einer Eheschließung werden diese sogenannte „Stiefkinder“, womit dann aufgrund der Haushaltsaufnahme auch bei dem nicht leiblichen Elternteil nach § 63 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Einkommensteuergesetzes Anspruch auf Kindergeld für das Stiefkind besteht. Dies führt dazu, dass das Stiefkind dann auch bei diesem berücksichtigungsfähig im Sinne des Kindergeldrechts und damit im FZ wird und zu neuen Konkurrenzsituationen führt.

57.3.11.1 Fälle mit Beteiligung von Beamten, die dem Geltungsbereich der **Sächsischen Beihilfeverordnung** unterliegen

57.3.11.1.1 B1 und B2 sind miteinander verheiratet und haben ein gemeinsames Kind K1.

Da bei B1 und B2 nur ein Kind berücksichtigungsfähig ist, richtet sich der BMS nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 1 beträgt der BMS aber nur bei einem von ihnen 70 Prozent, beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Für die Zuordnung des BMS von 70 Prozent kann von B1 und B2 eine gemeinsame Berechtigtenbestimmung abgegeben werden. Ist dies nicht der Fall, erhält den BMS von 70 Prozent derjenige, der den FZ für K1 erhält (§ 57 Absatz 3 Satz 6).

57.3.11.1.2 B1 und V1 sind miteinander verheiratet und haben ein gemeinsames Kind K1.

Eine Konkurrenzsituation liegt hier nicht vor, da sich der BMS von B1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und bei V1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a richtet und damit bei Beiden der BMS ohnehin 70 Prozent (als Regelfall bei V1) beträgt beziehungsweise betragen könnte. Auf die Zuordnung von K1 im FZ kommt es nicht an.

Anmerkung: Im Falle einer Reaktivierung von V1 (zum Beispiel nach Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit) kann eine Konkurrenzsituation entstehen. In diesem Falle ist entsprechend Beispiel 57.3.11.1.1 zu verfahren.

57.3.11.1.3 B1 und B2 sind miteinander verheiratet und haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2.

Da bei B1 und B2 zwei Kinder berücksichtigungsfähig sind, richtet sich der BMS nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 1 beträgt der BMS aber nur bei einem von ihnen 90 Prozent, beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Für die Zuordnung des BMS von 90 Prozent kann von B1 und B2 eine gemeinsame Berechtigtenbestimmung abgegeben werden. Ist dies nicht der Fall, erhält den BMS derjenige, der den FZ für K1 und K2 erhält (§ 57 Absatz 3 Satz 6).

Erhalten B1 und B2 den FZ jeweils für ein Kind („Aufteilung“ des FZ), kann der erhöhte BMS auch nach § 57 Absatz 3 Satz 6 nicht eindeutig zugeordnet werden. Dann verbleibt es zunächst bei B1 und B2 bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung oder einer eindeutigen Zuordnung von K1 und K2 im FZ beim bisherigen BMS.

57.3.11.1.4 B1 und V1 sind miteinander verheiratet und haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2.

Da bei B1 und V1 zwei Kinder berücksichtigungsfähig sind, richtet sich der BMS bei B1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c und bei V1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 1 beträgt der BMS aber nur bei einem von ihnen

90 Prozent, beim anderen beträgt der BMS nach § 57 Absatz 3 Satz 2 50 Prozent (B1) oder 70 Prozent (V1). Für die Zuordnung des BMS von 90 Prozent kann von B1 und V1 eine gemeinsame Berechtigtenbestimmung abgegeben werden. Ist dies nicht der Fall, erhält den BMS derjenige, der den FZ für K1 und K2 erhält (§ 57 Absatz 3 Satz 6).

Erhalten B1 und V1 den FZ jeweils für ein Kind („Aufteilung“ des FZ), kann der erhöhte BMS auch nach § 57 Absatz 3 Satz 6 nicht eindeutig zugeordnet werden. Dann verbleibt es zunächst bei B1 und V1 bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung oder einer eindeutigen Zuordnung von K1 und K2 im FZ beim bisherigen BMS.

- 57.3.11.1.5 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die zwei Kinder K2 und K3 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. B1 und B2 sind nicht verheiratet.
Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher 70 Prozent.
Bei den jüngeren Kindern K2 und K3 besteht ebenfalls keine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Der BMS von B2 beträgt daher 90 Prozent.
Anmerkung: Im Falle einer Eheschließung wären alle drei Kinder grundsätzlich jeweils bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig, da durch die Haushaltsaufnahme nun Anspruch auf Kindergeld für die Kinder K1 bis K3 bei B1 und B2 besteht. Der BMS richtet sich dann bei beiden nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Dies hätte zur Folge, dass nur einer von Beiden einen BMS von 90 Prozent erhalten könnte, beim anderen würde der BMS aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 2 dann 50 Prozent betragen (hierzu auch Beispiel 57.3.11.1.3). Wegen § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht, so dass B1 seinen BMS von 70 Prozent und B2 ihren BMS von 90 Prozent behält.
- 57.3.11.1.6 B1 und B2 sind miteinander verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024) und haben jeweils ein Kind (K1 und K2) aus erster Ehe (Stiefkinder). Die Stiefkinder leben im gemeinsamen Haushalt.
Bei B1 und B2 sind die Kinder K1 und K2 berücksichtigungsfähig. Der BMS bestimmt sich daher nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c mit der Folge, dass wegen § 57 Absatz 3 Satz 1 nur einer von beiden den BMS von 90 Prozent erhalten kann. Beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent. Zur Zuordnung des erhöhten BMS wird auf Beispiel 57.3.11.1.3 verwiesen.
Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023 könnte gegebenenfalls § 57 Absatz 3 Satz 9 zum Tragen kommen, da für K1 und K2 zwischen B1 und B2 zunächst keine Konkurrenz besteht, da jeweils (unterstellt) K1 nur bei B1 und K2 nur bei B2 berücksichtigungsfähig ist. Bei B1 und B2 würde damit der BMS vor der Eheschließung jeweils 70 Prozent betragen. Bei einer Eheschließung sind dann beide Kinder bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig und führen zu einer Konkurrenz. Die BMS gelten auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 9 nach der Eheschließung fort.
Erfolgt aber dann eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B1, da das Kind K2 nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig wird, beträgt sein BMS 90 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B2 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B2 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung, sondern durch die Neuordnung des Kindes verringert.
- 57.3.11.1.7 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe und lebt mit B2 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie sind nicht verheiratet.
K1 ist nur bei B1 berücksichtigungsfähig. B1 erhält daher den BMS von 70 Prozent. B2 erhält einen BMS von 50 Prozent.
Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, kommt hier § 57 Absatz 3 Satz 9 nicht zum Tragen, da B2 keinen Anspruch auf einen erhöhten BMS hatte. Erfolgt eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B2, da das Kind nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig wird, beträgt sein BMS 70 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B1 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung, sondern durch die Neuordnung des Kindes verringert.
- 57.3.11.1.8 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben ein gemeinsames Kind K2 und sind nicht verheiratet.
Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher zunächst 70 Prozent.
Bei dem (jüngeren) weiteren Kind K2 besteht sodann eine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt dann 50 Prozent.
Wird die Berechtigtenbestimmung für K2 hingegen zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält dieser den BMS von 70 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen des Kindes K1 beim BMS von 70 Prozent.

Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K2 erhält (wobei davon ausgegangen wird, dass B1 für K1 den FZ erhält). Erhält B1 den FZ für K2, beträgt sein BMS 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt dann 50 Prozent. Erhält B2 den FZ für K2, beträgt sein BMS 70 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen K1 beim BMS von 70 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, kommt hier § 57 Absatz 3 Satz 9 zum Tragen und es verbleibt bei B1 und B2 bei den bisherigen Bemessungssätzen. Erfolgt sodann eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B2, da das Kind K1 nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig wird, beträgt sein BMS 90 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B1 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung sondern durch die Neuordnung der Kinder K1 und K2 verringert.

57.3.11.1.9 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe und lebt mit B2 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie sind nicht verheiratet.

K1 und K2 sind nur bei B1 berücksichtigungsfähig. B1 erhält daher den BMS von 90 Prozent. B2 erhält einen BMS von 50 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, kommt hier § 57 Absatz 3 Satz 9 nicht zum Tragen, da B2 keinen Anspruch auf einen erhöhten BMS hatte. Erfolgt eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B2, da die Kinder nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig werden, beträgt sein BMS 90 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B1 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung, sondern durch die Neuordnung der Kinder verringert.

57.3.11.1.10 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die ebenfalls zwei Kinder K3 und K4 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. Sie sind nicht verheiratet.

K1 und K2 sind nur bei B1 berücksichtigungsfähig. B1 erhält daher den BMS von 90 Prozent. K3 und K4 sind nur bei B2 berücksichtigungsfähig. B2 erhält daher ebenfalls den BMS von 90 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, wären dann alle Kinder bei B1 und B2 gleichermaßen berücksichtigungsfähig. Es entsteht eine Konkurrenzsituation, womit nur noch einem von beiden ein erhöhter BMS von 90 Prozent zusteht. Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht. B1 und B2 erhalten daher weiterhin einen BMS von 90 Prozent (hierzu auch Beispiel 57.3.11.1.5).

57.3.11.1.11 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die auch ein Kind K2 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben ein gemeinsames Kind K3. B1 und B2 sind nicht verheiratet.

Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher 70 Prozent.

Weiterhin ist zunächst das weitere Kind K2 von B2 zu betrachten, zu dem zu B1 ebenfalls keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.

Bei dem (jüngeren) weiteren Kind K3 besteht sodann eine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es wegen des Kindes K2 beim BMS von 70 Prozent.

Wird die Berechtigtenbestimmung hingegen zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen des Kindes K1 beim BMS von 70 Prozent.

Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K3 erhält (wobei davon ausgegangen wird, dass B1 für K1 und B2 für K2 den FZ erhält). Erhält B1 den FZ für K3, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent. Erhält B2 den FZ für K3, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, wären dann alle Kinder bei B1 und B2 gleichermaßen berücksichtigungsfähig. Es entsteht eine Konkurrenzsituation, womit nur noch einem von beiden ein erhöhter BMS von 90 Prozent zusteht. Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht. B1 und B2 erhalten daher weiterhin einen erhöhten BMS von 70 Prozent und 90 Prozent (oder umgekehrt).

57.3.11.1.12 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die auch ein Kind K2 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben zwei gemeinsame Kinder K3 und K4. B1 und B2 sind nicht verheiratet.

Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher 70 Prozent.

Weiterhin ist zunächst das weitere Kind K2 von B2 zu betrachten, zu dem zu B1 ebenfalls keine

Konkurrenz besteht. Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.

Bei den (jüngeren) weiteren Kindern K3 und K4 besteht sodann eine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es wegen des Kindes K2 beim BMS von 70 Prozent.

Wird hingegen die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen des Kindes K1 beim BMS von 70 Prozent.

Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K3 und K4 erhält (wobei davon ausgegangen wird, dass B1 für K1 und B2 für K2 den FZ erhält). Erhält B1 den FZ für K3 und K4, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent. Erhält B2 den FZ für K3 und K4, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, wären dann alle Kinder bei B1 und B2 gleichermaßen berücksichtigungsfähig. Es entsteht eine Konkurrenzsituation, womit nur noch einem von beiden ein erhöhter BMS von 90 Prozent zusteht. Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht. B1 und B2 erhalten daher weiterhin einen erhöhten BMS von 70 Prozent und 90 Prozent (oder umgekehrt).

- 57.3.11.1.13 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit B2. Die Berechtigtenbestimmung wurde zu Gunsten von B1 ausgeübt. Nach der Trennung hat B1 ein weiteres Kind K3 mit S1 und B2 ein weiteres Kind K4 mit B3. B2 und B3 sind nicht verheiratet.

Zunächst sind die ältesten Kinder K1 und K2 von B1 und B2 zu betrachten, zu dem zu B3 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt auf Grund der Berechtigtenbestimmung 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt zunächst 50 Prozent.

Danach ist K3 zu betrachten, bei dem keine Konkurrenz besteht. Da B1 bereits einen BMS von 90 Prozent erhält, ergeben sich keine Veränderungen seines BMS.

Ferner ist K4 zu betrachten, bei dem eine Konkurrenz zwischen B2 und B3 besteht. Die Kinder K1 und K2 sind hierbei irrelevant, da sie bereits bei B1 zu einem erhöhten BMS geführt haben. Sie gelten als „verbraucht“. Da demnach nur ein Kind (K4) berücksichtigt werden kann, kann entweder B2 oder B3 einen BMS von 70 Prozent erhalten (entweder durch Berechtigtenbestimmung oder durch Zuordnung von K4 beim FZ). Der andere hat einen BMS von 50 Prozent.

Abwandlung: Die Berechtigtenbestimmung zwischen B1 und B2 wurde zu Gunsten von B2 ausgeübt.

Zunächst sind die ältesten Kinder K1 und K2 von B1 und B2 zu betrachten, zu dem zu B3 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B2 beträgt auf Grund der Berechtigtenbestimmung 90 Prozent. Der BMS von B1 beträgt 50 Prozent.

Danach ist K3 zu betrachten, bei dem keine Konkurrenz besteht. Die Kinder K1 und K2 sind hierbei irrelevant, da sie bereits bei B2 zu einem erhöhten BMS geführt haben. Sie gelten als „verbraucht“. Da demnach nur ein Kind (K3) berücksichtigt werden kann, beträgt der BMS bei B1 70 Prozent.

Ferner ist K4 zu betrachten, bei dem eine Konkurrenz zwischen B2 und B3 besteht. Die Kinder K1 und K2 sind hierbei nur bei B2 berücksichtigungsfähig. Zusammen mit K4 hat B2 daher drei berücksichtigungsfähige Kinder. Bei B3 ist nur K4 berücksichtigungsfähig. Bei einer Berechtigtenbestimmung für K4 zu Gunsten von B2 ergibt sich keine Veränderung des BMS bei B2, da dieser (wegen K1 und K2) bereits einen BMS von 90 Prozent erhält. Der BMS von B3 beträgt dann 50 Prozent.

Wird aber die Berechtigtenbestimmung für K4 zu Gunsten von B3 abgegeben, erhält dieser den BMS von 70 Prozent. Der BMS von B2 beträgt (unverändert) 90 Prozent.

Geben B2 und B3 keine Berechtigtenbestimmung ab, ist auf die Zuordnung von K4 im FZ abzustellen. Erhält den FZ für K4 B3, beträgt sein BMS 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS (unverändert) 90 Prozent.

Bezieht aber B2 den FZ für K4, führt dies beim BMS von B2 zu keiner Änderung (weiterhin 90 Prozent). Der BMS von B3 beträgt dann weiterhin 50 Prozent.

- 57.3.11.1.14 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit B2. Die Berechtigtenbestimmung wurde zu Gunsten von B1 ausgeübt. Nach der Trennung hat B1 ein weiteres Kind K3 mit B3. B1 und B3 sind verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Das Kind K1 ist seit 1. Juli 2022 nicht mehr berücksichtigungsfähig (Wegfall des Anspruches auf Kindergeld). Die Kinder K2 und K3 wohnen im Haushalt von B1 und B3.

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 und B3 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Am 1. Januar 2024 ist das Kind K2 bei B1, B2 und B3 (wegen der Haushaltsaufnahme) und das Kind

K3 bei B1 und B3 noch berücksichtigungsfähig.

Aufgrund der Berechtigtenbestimmung für K2 zu Gunsten von B1 beträgt dessen BMS zunächst 70 Prozent. Ein nach § 57 Absatz 4 verstetigter BMS von 70 Prozent liegt bei B1 nicht vor, da nach dem 31. Dezember 2023 weiter mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig ist.

Wird für das Kind K3 eine Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, beträgt sein BMS dann 90 Prozent. Der BMS von B2 und B3 beträgt jeweils 50 Prozent.

Wird hingegen für das Kind K3 eine Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B3 abgegeben, beträgt der BMS von B3 dann 70 Prozent. Der BMS von B1 beträgt weiterhin (wegen K2) 70 Prozent. Der BMS von B2 beträgt weiterhin 50 Prozent.

Abwandlung: K2 zieht ab dem 1. April 2024 aus dem gemeinsamen Haushalt von B1 und B3 aus. Der Anspruch auf Kindergeld besteht dem Grunde nach weiterhin, weswegen der Familienzuschlag für das Kind K2 (entweder B1 oder B2) weiter gewährt wird und das Kind K2 zumindest bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig bleibt.

Bei B3 entfällt in diesem Falle der Anspruch auf Kindergeld für das Kind K2, da eine Haushaltsaufnahme des Stiefkinds und damit seine Kindergeldberechtigung nach § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes nicht mehr vorliegt. Das Kind K2 kann demnach bei B3 nicht mehr zu einem erhöhten BMS führen. Insoweit behält B1 den BMS von 90 Prozent (bei Berechtigtenbestimmung auch für K3 zu Gunsten von B1) beziehungsweise von 70 Prozent (bei Berechtigtenbestimmung für K3 zu Gunsten von B3). Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 8 vermindert sich der BMS bei B1 nicht.

Auch der BMS von 70 Prozent von B3 (bei Berechtigtenbestimmung für K3 zu Gunsten von B3) verändert sich nicht.

57.3.11.1.15 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1. Nach der Trennung hat B1 zwei weitere Kinder K2 und K3 mit B2. B1 und B2 sind verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Die Kinder K1, K2 und K3 wohnen im Haushalt von B1 und B2. Die Berechtigtenbestimmung wurde zu Gunsten von B2 ausgeübt.

Bei B1 und B2 sind die Kinder K1 (wegen der Haushaltsaufnahme auch bei B2), K2 und K3 berücksichtigungsfähig. Der BMS bestimmt sich daher nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c mit der Folge, dass wegen § 57 Absatz 3 Satz 1 nur einer von beiden den BMS von 90 Prozent erhalten kann. Beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B2 beträgt sein BMS 90 Prozent, der von B1 50 Prozent.

Abwandlung 1: K1 zieht ab dem 1. September 2024 aus dem gemeinsamen Haushalt von B1 und B2 aus. Die Voraussetzungen für den Kindergeldanspruch liegen weiterhin vor.

Bei B2 entfällt in diesem Falle der Anspruch auf Kindergeld für K1, da eine Haushaltsaufnahme des Stiefkinds und damit seine Kindergeldberechtigung nach § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes nicht mehr vorliegt. Der Anspruch auf Kindergeld für K1 steht nun allein B1 zu, weswegen auch der Familienzuschlag für K1 allein B1 zusteht, so dass das Kind K1 nur noch bei B1 berücksichtigungsfähig ist.

Für K1 liegt nun keine Konkurrenzsituation zwischen B1 und B2 mehr vor. Das Kind K1 kann demnach bei B2 nicht mehr zu einem erhöhten BMS führen. B2 behält jedoch den BMS von 90 Prozent (bei Berechtigtenbestimmung auch für K2 und K3 zu Gunsten von B2).

Abwandlung 2: Wurde hingegen ab dem 1. Januar 2024 die Berechtigtenbestimmung für die Kinder K1 bis K3 zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser auch weiterhin nach Auszug des Kindes K1 ab 1. September 2024 den BMS von 90 Prozent und B2 den BMS von 50 Prozent.

Abwandlung 3: Wird in diesem Falle (Abwandlung 2) nun die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 (ab dem 1. September 2024) im Ausnahmefall einvernehmlich widerrufen und (für K2 und K3) zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält B2 den erhöhten BMS von 90 Prozent. Die Verstetigung eines erhöhten BMS von B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 8 kommt nicht zum Tragen, da erneute Berechtigtenbestimmungen, deren Widerruf oder die Neuordnung der Kinder im Familienzuschlag zu keinem Bestandsschutz beziehungsweise einer Verstetigung des BMS führen (vergleiche Nummer 57.3.8).

Da bei B1 aber weiterhin K1 berücksichtigungsfähig ist und nunmehr keine Konkurrenz zu B2 besteht, kann B1 den BMS von 70 Prozent erhalten, da K1 bei keinem anderen Beihilfeberechtigten zu einem erhöhten BMS führt und K1 damit nicht als „verbraucht“ gilt.

Abwandlung 4: Hätten B1 und B2 nur ein gemeinsames Kind, könnte der Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 ab 1. September 2024 bei B2 zu einem verstetigtem BMS von 90 Prozent führen. In diesem Falle beträgt der BMS von B1 50 Prozent, da K1 als „verbraucht“ gilt.

57.3.11.2 Fälle mit Beteiligung von Beamten, die dem Geltungsbereich anderer Beihilfeverordnungen

unterliegen

- 57.3.11.2.1 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist Bundesbeamter (ohne Anspruch auf TV).
Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da nach der Bundesbeihilfeverordnung bei einem berücksichtigungsfähigen Kind kein erhöhter BMS vorgesehen ist (vergleiche § 46 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung). Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.
- 57.3.11.2.2 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist Bundesbeamter (ohne Anspruch auf TV). Den FZ für K1 und K2 erhält B1.
Da § 46 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung ebenfalls einen erhöhten BMS bei zwei und mehr Kindern vorsieht, entsteht eine Konkurrenzsituation. Da § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung die Gewährung des erhöhten BMS an die Zahlung des FZ anknüpft, erhält B1 den erhöhten BMS, der nach der Bundesbeihilfeverordnung 70 Prozent beträgt (vergleiche § 57 Absatz 3 Satz 4, der eine Berechtigtenbestimmung ausschließt, wenn aufgrund anderer beihilferechtllicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist). Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent.
Abwandlung 1: Es wird eine Berechtigtenbestimmung abgegeben, dass B2 den erhöhten BMS erhalten soll.
§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtllicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Auf Grund von § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung, erhält B1 den erhöhten BMS, der nach der Bundesbeihilfeverordnung 70 Prozent beträgt. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent. Die Berechtigtenbestimmung läuft damit ins Leere.
Abwandlung 2: Den FZ für K1 und K2 erhält B2.
§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtllicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Auf Grund von § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung erhält B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent nur, wenn er den FZ für K1 und K2 erhält. B2 erhält daher den BMS von 90 Prozent (vergleiche auch § 57 Absatz 3 Satz 6). Da nach der Bundesbeihilfeverordnung eine feste Zuordnung des BMS erfolgt, könnten B1 und B2 keine wirksame Berechtigtenbestimmung treffen.
- 57.3.11.2.3 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist „Bundesbeamter“ mit Anspruch auf TV. Den FZ für K1 erhält B1.
Anspruch auf truppenärztliche Versorgung (Heilfürsorge) haben nur Soldaten (in der Regel im Dienstverhältnis eines Berufssoldaten oder eines Soldaten auf Zeit nach dem Soldatengesetz, vergleiche § 69a des Bundesbesoldungsgesetzes). Sie fallen damit nicht unter den Anwendungsbereich des Bundesbeamtengesetzes und haben somit auch keinen Anspruch auf Beihilfe nach Maßgabe des § 80 des Bundesbeamtengesetzes beziehungsweise der Bundesbeihilfeverordnung.
Bei den Regelungen zur TV handelt es sich auch nicht um eine (im Wesentlichen) vergleichbare Regelung im Sinne des § 57 Absatz 3 Satz 4. Eine Konkurrenzsituation liegt daher nicht vor. B2 erhält den BMS von 70 Prozent.
- 57.3.11.2.4 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist „Bundesbeamter“ mit Anspruch auf TV.
B2 erhält den BMS von 90 Prozent. Auf die Ausführungen zu Beispiel 57.3.11.2.3 wird verwiesen. Wer den FZ für K1 und K2 erhält, ist in diesem Fall unerheblich.
- 57.3.11.2.5 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter.
Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da nach der Bayerischen Beihilfeverordnung bei einem berücksichtigungsfähigen Kind kein erhöhter BMS vorgesehen ist (vergleiche § 46 Absatz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung). Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.
- 57.3.11.2.6 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter und in Elternzeit.
Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da nach der Bayerischen Beihilfeverordnung bei einem berücksichtigungsfähigen Kind kein erhöhter BMS vorgesehen ist (vergleiche § 46 Absatz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung). Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent. Hierbei ist unschädlich, dass der BMS des sich in Elternzeit befindlichen bayerischen Beamten 70 Prozent beträgt (Artikel 96 Absatz 3 Nummer 1 des Bayerischen Beamtengesetzes), da dieser ausschließlich aufgrund der Tatsache „Elternzeit“ gewährt wird, unabhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder.
- 57.3.11.2.7 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer

Beamter.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Nach § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung wird der erhöhte BMS von dort 70 Prozent demjenigen gewährt, der den FZ für die Kinder erhält. B2 kann deshalb nicht ebenfalls einen erhöhten BMS (nach der [Sächsischen Beihilfeverordnung](#)) erhalten.

Erhält B1 den FZ für K1 und K2, beträgt sein (erhöhter) BMS nach der Bayerischen Beihilfeverordnung 70 Prozent; der BMS von B2 beträgt dann 50 Prozent.

Erhält B2 den FZ für K1 und K2, beträgt der BMS von B2 nach § 57 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c 90 Prozent. Da B1 nach der Bayerischen Beihilfeverordnung keinen erhöhten BMS erhält, liegt keine Konkurrenzsituation vor, die nach § 57 Absatz 3 aufgelöst werden müsste.

Allerdings lässt § 46 Absatz 2 Satz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung eine abweichende Berechtigtenbestimmung zu. Wird diese zu Gunsten von B1 abgegeben, beträgt der BMS von B2 50 Prozent. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B2 abgegeben, beträgt der BMS von B2 90 Prozent.

57.3.11.2.8 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter und in Elternzeit.

Der BMS von B2 beträgt nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c 90 Prozent. Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da der BMS des sich in Elternzeit befindlichen bayerischen Beamten B1 von 70 Prozent aufgrund der Tatsache „Elternzeit“ gewährt wird und unabhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ist (Artikel 96 Absatz 3 Nummer 1 des Bayerischen Beamtengesetzes).

Anmerkung: Nach Ende der Elternzeit kommt bei B1 der erhöhte BMS von 70 Prozent aufgrund von § 46 Absatz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung in Betracht, so dass dann eine Konkurrenz besteht (vergleiche hier Beispiel 57.3.11.2.6).

57.3.11.2.9 B1 und V1 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter. B1 erhält den FZ für K1 und K2.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Nach § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung wird der erhöhte BMS von dort 70 Prozent demjenigen gewährt, der den FZ für die Kinder erhält, also B1. Der BMS von V1 beträgt daher 70 Prozent (als Versorgungsempfänger).

Anmerkung: § 46 Absatz 2 Satz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung lässt eine abweichende Berechtigtenbestimmung zu (vergleiche Beispiel 57.3.11.2.7). Wenn die Berechtigtenbestimmung zugunsten von V1 ausgeübt wird, erhält V1 einen BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b.

57.3.11.2.10 B1 und V1 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter. V1 erhält den FZ für K1 und K2.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Nach § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung wird der erhöhte BMS demjenigen gewährt, der den FZ für die Kinder erhält, also V1 (vergleiche auch Beispiel 57.3.11.2.7). Der BMS von V1 beträgt daher 90 Prozent.

57.3.11.2.11 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist Beamter des Landes Baden-Württemberg. B2 erhält den FZ für K1 und K2.

Da § 14 Absatz 1 Satz 3 der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg ebenfalls einen erhöhten BMS bei zwei und mehr Kindern vorsieht, entsteht eine Konkurrenzsituation. Anders als nach Bundesrecht (vergleiche Beispiel in Nummer 57.3.11.2.2) und bayerischen Recht, soweit keine Berechtigtenbestimmung getroffen wird (vergleiche hierzu Beispiel in Nummer 57.3.11.2.7), führt nach baden-württembergischen Recht nicht erst die tatsächliche Zahlung des FZ, sondern bereits die bloße Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im FZ zu einem erhöhten BMS. Berücksichtigungsfähige Kinder sind nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg die im Familienzuschlag nach dem Landesbesoldungsgesetz Baden-Württemberg berücksichtigungsfähigen Kinder der Beihilfeberechtigten. Dies führt im Ergebnis dazu, dass in Baden-Württemberg auch in Konkurrenzsituationen mehreren Beihilfeberechtigten (für dieselben Kinder) der erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent gewährt werden kann. Ein Wahlrecht ist dort demzufolge nicht erforderlich und daher auch nicht vorgesehen. Da dem baden-württembergischen Beihilfeberechtigten bereits kraft Gesetzes ein erhöhter Bemessungssatz zusteht, ist ein erhöhter Bemessungssatz an einen sächsischen Beihilfeberechtigten ausgeschlossen (vergleiche auch Nummer 57.3.5).

B1 erhält deshalb den erhöhten BMS, der nach der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg 70 Prozent beträgt (vergleiche § 57 Absatz 3 Satz 4, der eine Berechtigtenbestimmung ausschließt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist). Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent.

- 57.3.12 Ob bei Beihilfeberechtigten Anspruch auf einen erhöhten Bemessungssatz wegen der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern besteht, hängt von der Frage der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag und damit vom grundsätzlichen Anspruch auf Kindergeld ab. Während dies bei leiblichen Elternteilen in der Regel unproblematisch ist, kann dies auch bei Stiefeltern in Betracht kommen, wenn sie mit dem (anderen) leiblichen Elternteil verheiratet sind und eine Haushaltsaufnahme im Sinne des § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes vorliegt. Ob beim sogenannten Wechselmodell eine Haushaltsaufnahme in den Wohnungen beider Eltern (und damit auch beim Stiefelternteil) vorliegt, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen. Eine Haushaltsaufnahme im Sinne des § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes liegt vor, wenn das Kind in die Familiengemeinschaft mit einem dort begründeten Betreuungs- und Erziehungsverhältnis aufgenommen worden ist. Neben dem örtlich gebundenen Zusammenleben müssen die Voraussetzungen materieller Art (Versorgung, Unterhaltsgewährung) und immaterieller Art (Fürsorge, Betreuung) erfüllt sein. Die Betreuung des Kindes im Haushalt eines Berechtigten muss einen zeitlich bedeutsamen Umfang haben und die Aufenthalte des Kindes dürfen nicht nur Besuchs- oder Feriencharakter haben (BFH, Beschluss vom 14. Dezember 2004, VIII R 106/03). Dies setzt nicht voraus, dass sich das Kind in der Wohnung überwiegend (mehr als 50 Prozent) aufhält (BVerwG, Urteil vom 12. Dezember 1990, 2 B 116/90, vergleiche auch Nummer 42.1.9 der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug des Sächsischen Besoldungsgesetzes).
- 57.3.13 Ist ein Kind weniger als 50 Prozent in den Haushalt des Stiefelternteils aufgenommen, ist eine Prüfung nach den Umständen des Einzelfalles vorzunehmen. Bei geringfügigen Unterschreitungen der „50 Prozent-Grenze“ kann aber regelmäßig davon ausgegangen werden, dass eine Kindergeldberechtigung besteht. Eine Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes kann beim Stiefelternteil in der Beihilfe ohne weitere Prüfung unterstellt werden, wenn sich das Kind zu mindestens 40 Prozent regelmäßig im Haushalt des Stiefelternteils und nicht nur zu Besuchszwecken oder in den Ferien aufhält. In allen anderen Fällen ist vom Beihilfeberechtigten nachzuweisen, dass eine Haushaltsaufnahme vorliegt und für das Stiefkind dem Grunde nach ein Anspruch auf Kindergeld besteht (zum Beispiel durch Vorlage eines Kindergeldbescheides oder entsprechende Unterlagen der Familienkasse).
- 57.3.14 **Beispiel**
 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit S1 und ist nun mit B2 verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). B1 und B2 haben ein vor dem 1. Januar 2024 geborenes gemeinsames Kind K3. Die Kinder K1 und K2 leben im gemeinsamen Haushalt von B1 und B2 im sogenannten Wechselmodell (40 Prozent bei B1 beziehungsweise B2 und 60 Prozent bei S1).
 Vorbemerkung: Bei B2 kann der grundsätzliche Anspruch auf Kindergeld für die Kinder K1 und K2 und damit auch ein Anspruch auf den entsprechenden Familienzuschlag unterstellt werden, da eine Haushaltsaufnahme im kindergeldrechtlichen Sinne vorliegt (§ 64 Absatz 2 Satz 2 des Einkommensteuergesetzes).
 Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht entweder bei B1 oder bei B2 in Abhängigkeit von der Berechtigtenbestimmung 70 Prozent. Beim jeweils anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).
 Am 1. Januar 2024 sind die Kinder K1 bis K3 bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig.
 In Abhängigkeit der Berechtigtenbestimmung beträgt der BMS von B1 oder B2 90 Prozent, beim anderen 50 Prozent. Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K1 bis K3 erhält. Kann der erhöhte Bemessungssatz auch danach nicht eindeutig zugeordnet werden, verbleibt es zunächst bei B1 und B2 bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung beim bisherigen Bemessungssatz (vergleiche Nummer 57.3.6).
- 57.3.15 In Konkurrenzsituationen, bei der Beihilfeberechtigte betroffen sind, für die unterschiedliche Festsetzungsstellen zuständig sind, wird generell der Austausch von Vergleichsmittelungen mit der anderen Festsetzungsstelle empfohlen, um eine Doppelgewährung des erhöhten Bemessungssatzes auszuschließen. Hierfür ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 1 entspricht und mit dem gleichzeitig eine Abfrage zur Berücksichtigung des Kindes getroffen werden kann, zu verwenden.
- 57.3.16 Die Verstetigung eines erhöhten Bemessungssatzes nach Satz 8 tritt zu dem Zeitpunkt ein, in dem die Voraussetzungen für den erhöhten Bemessungssatz nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1

Buchstabe b oder c oder Nummer 2 Buchstabe b nicht mehr vorliegen. Dies ist der Fall, wenn kein Kind (bei einem Bemessungssatz von 70 Prozent) oder nur noch ein Kind (bei einem Bemessungssatz von 90 Prozent) im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig ist.

- 57.3.17 Werden dieselben Kinder wieder berücksichtigungsfähig (zum Beispiel durch ‚kindergeldschädliche‘ Unterbrechungszeiten, etwa durch ein Jahr ‚work and travel‘ im Ausland), geht eine Verstetigung nach Satz 8 der Anwendung der allgemeinen Regelungen der Sätze 1 bis 3 solange vor, bis die Berechtigtenbestimmung nach Satz 5 (ausnahmsweise) einvernehmlich abgeändert wird oder die Kinder im Familienzuschlag nach Satz 6 eindeutig zugeordnet werden. In diesem Falle wird die bereits eingetretene Verstetigung durch die (gegebenenfalls teilweise) Neuordnung der maßgeblichen Kinder einvernehmlich nach Satz 5 abgeändert und es gelten sodann die Regelungen in Satz 1 bis 3 wieder vorrangig. Eine Änderung der Berechtigtenbestimmung nach Satz 5 ist nur in Ausnahmefällen zulässig und ausgeschlossen, wenn die Verstetigung eines erhöhten Bemessungssatzes eingetreten ist. Der Ausschluss in Satz 7 greift nur für Kinder, die nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. Werden ehemals berücksichtigungsfähige Kinder wieder berücksichtigungsfähig, weil für mindestens einen Monat kein Anspruch auf Familienzuschlag bestand, liegt eine andere Sachlage vor, da während der Berücksichtigungsfähigkeit zumindest im Ausnahmefall nach Satz 5 eine Änderung der Berechtigtenbestimmung (oder auch eine Änderung der Zuordnung der Kinder im Familienzuschlag) möglich ist.
- 57.3.18 Wird in den Fällen der Nummer 57.3.17 nur ein Kind wieder berücksichtigungsfähig und ist auf Grund der vormaligen Berücksichtigungsfähigkeit von zwei oder mehr Kindern bereits eine Verstetigung des Bemessungssatzes von 90 Prozent eingetreten, gilt die Verstetigung nach Satz 8 fort. Wird die Berechtigtenbestimmung für das wieder berücksichtigungsfähige Kind nach Satz 5 (ausnahmsweise) einvernehmlich abgeändert, wird die bereits eingetretene Verstetigung durch die (teilweise) Neuordnung der maßgeblichen Kinder einvernehmlich nach Satz 5 abgeändert und es gelten sodann die Regelungen in Satz 1 bis 3 wieder vorrangig. Eine ‚Teilverstetigung‘ sieht Satz 8 nicht vor. In diesem Falle fällt der Beihilfeberechtigte, der bislang einen verstetigten, erhöhten Bemessungssatz von 90 Prozent hatte, auf einen Bemessungssatz von 50 Prozent (Besoldungsempfänger) nach Satz 2 zurück und verbleibt nicht etwa bei 70 Prozent, wenn ihm nur noch ein (nicht mehr berücksichtigungsfähiges) Kind zugeordnet bleibt.
- 57.3.18.1 Beispiele
- 57.3.18.1.1 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung erhält B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent. Die Berücksichtigungsfähigkeit von K1 entfällt ab 1. Juni 2025. Ab 1. Oktober 2025 ist K1 erneut berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung wird einvernehmlich ab 1. November 2025 zu Gunsten von B2 abgeändert.
- Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 70 Prozent. Dieser gilt grundsätzlich auch nach Wiedereintritt der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).
- Die geänderte Berechtigtenbestimmung führt ab 1. November 2025 dazu, dass B2 den BMS von 70 Prozent erhält und B1 auf einen BMS von 50 Prozent zurückfällt.
- Abwandlung: Es wurde keine Berechtigtenbestimmung abgegeben. K1 war beziehungsweise ist im FZ von B1 berücksichtigt. Ab 1. November 2025 wird K1 im FZ von B2 berücksichtigt.
- Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 6 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 70 Prozent. Dieser gilt grundsätzlich auch nach Wiedereintritt der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).
- Erst die geänderte Zuordnung von K1 im FZ von B2 führt ab 1. November 2025 dazu, dass B2 den BMS von 70 Prozent erhält und B1 auf einen BMS von 50 Prozent zurückfällt.
- 57.3.18.1.2 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung erhält B1 den erhöhten BMS von 90 Prozent. Die Berücksichtigungsfähigkeit von K1 und K2 entfällt ab 1. Juni 2025. Ab 1. Oktober 2025 ist K1 erneut berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K1 wird einvernehmlich ab 1. November 2025 zu Gunsten von B2 abgeändert.
- Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Dieser gilt grundsätzlich auch nach Wiedereintritt der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Die geänderte Berechtigtenbestimmung für K1 zu Gunsten von B2 führt ab 1. November 2025 dazu, dass B2 den BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b erhält. Eine Änderung der Berechtigtenbestimmung für K2 ist nicht möglich, da das Kind nicht mehr berücksichtigungsfähig ist (vergleiche Nummer 57.3.17). Dennoch wird mit der geänderten Berechtigtenbestimmung für K1 in diesem Falle die Verstetigungsregelung in § 57 Absatz 3 Satz 8 einvernehmlich nach § 57 Absatz 3 Satz 5 abgeändert und es gelten die vorrangig anzuwendenden Regelungen in § 57 Absatz 3 Satz 1 bis 3. Der BMS von B1 beträgt daher 50 Prozent.

Abwandlung: Es wurde keine Berechtigtenbestimmung abgegeben. K1 und K2 waren beziehungsweise sind im FZ von B1 berücksichtigt. Ab 1. November 2025 wird K1 im FZ von B2 berücksichtigt.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 6 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Dieser gilt grundsätzlich auch nach Wiedereintritt der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Mit der Zuordnung von K1 im FZ von B2 ab 1. November 2025 kann der erhöhte BMS auch nach § 57 Absatz 3 Satz 6 nicht eindeutig zugeordnet werden, da eine Änderung der Berechtigtenbestimmung für K2 unzulässig ist und die Zuordnung von K1 zu B2 mit einem BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b unweigerlich zu einer (unter Umständen ungewollten) Verringerung des BMS von B1 führen würde. Der bei B2 zu berücksichtigende BMS entspricht zudem nicht dem ursprünglich bei B1 zu berücksichtigenden BMS (von 90 Prozent). Es verbleibt bei beiden Beihilfeberechtigten bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung (für K1) beim bisherigen BMS von 90 Prozent für B1 und 50 Prozent für B2 (vergleiche Nummer 57.3.6), wobei in diesem Falle die Änderung der Zuordnung von K1 bei B1 nur zu einem BMS von 50 Prozent und bei B2 zu einem BMS von 70 Prozent führen könnte.

57.3.18.1.3 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung erhält B1 den erhöhten BMS von 90 Prozent. Die Berücksichtigungsfähigkeit von K1 und K2 entfällt ab 1. Juni 2025. Ab 1. Oktober 2025 sind K1 und K2 erneut berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K1 und K2 wird einvernehmlich ab 1. November 2025 zu Gunsten von B2 abgeändert.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Dieser gilt grundsätzlich auch nach Wiedereintritt der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 und K2 ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Die (zulässigerweise) geänderte Berechtigtenbestimmung für K1 und K2 zu Gunsten von B2 führt ab 1. November 2025 dazu, dass B2 den BMS von 90 Prozent erhält und B1 auf einen BMS von 50 Prozent zurückfällt.

Abwandlung: Es wurde keine Berechtigtenbestimmung abgegeben. K1 und K2 waren beziehungsweise sind im FZ von B1 berücksichtigt. Ab 1. November 2025 werden K1 und K2 im FZ von B2 berücksichtigt.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 6 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Dieser gilt grundsätzlich auch nach Wiedereintritt der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 und K2 ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Mit der Zuordnung von K1 und K2 im FZ von B2 ab 1. November 2025 ist § 57 Absatz 3 Satz 6 anzuwenden, so dass B2 den BMS von 90 Prozent erhält und B1 auf einen BMS von 50 Prozent zurückfällt. Die Verstetigungsregelung in § 57 Absatz 3 Satz 8 greift nicht mehr, da beide Beihilfeberechtigten dem mit der neuen (und einheitlichen) Zuordnung der beiden Kinder K1 und K2 im FZ von B2 nach § 57 Absatz 3 Satz 6 die Grundlage entzogen haben.

Anmerkung: Diese Folge würde auch dann eintreten, wenn vormals drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren und nun mindestens zwei dieser Kinder wieder berücksichtigungsfähig werden.

57.3.19 Ist eine Verstetigung bereits eingetreten und sind neue (nicht dieselben) Kinder berücksichtigungsfähig, können diese auch bei einem anderen Beihilfeberechtigten zu einem erhöhten Bemessungssatz führen. Die bisherigen, nicht mehr berücksichtigungsfähigen Kinder, die bereits zu einem erhöhten und verstetigten Bemessungssatz bei einem Beihilfeberechtigten geführt haben, sind als ‚verbraucht‘ anzusehen und können bei keinem anderen Beihilfeberechtigten mehr zu

einem höheren Bemessungssatz führen.

57.3.19.1 Beispiele

57.3.19.1.1 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung erhält B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent. Die Berücksichtigungsfähigkeit von K1 entfällt ab 1. Juni 2025. Ab 1. Oktober 2025 ist das neu geborene Kind K2 berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K2 wird einvernehmlich ab 1. Oktober 2025 zu Gunsten von B2 abgegeben.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 70 Prozent. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Der verstetigte BMS von 70 Prozent bei B1 gilt auch ab 1. Oktober 2025. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B2 ab 1. Oktober 2025 wegen K2 den erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b.

Abwandlung: Die Berechtigtenbestimmung für K2 wird einvernehmlich ab 1. Oktober 2025 zu Gunsten von B1 abgegeben.

Der verstetigte BMS von 70 Prozent von B1 gilt ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Anmerkung: Die Änderung der Berechtigtenbestimmung für K1 ist ab 1. Juni 2025 ausgeschlossen (§ 57 Absatz 3 Satz 7).

57.3.19.1.2 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung erhält B1 den erhöhten BMS von 90 Prozent. Die Berücksichtigungsfähigkeit von K1 und K2 entfällt ab 1. Juni 2025. Ab 1. Oktober 2025 ist das neu geborene Kind K3 berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K3 wird einvernehmlich ab 1. Oktober 2025 zu Gunsten von B2 abgegeben.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Der verstetigte BMS von 90 Prozent bei B1 gilt auch ab 1. Oktober 2025. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B2 ab 1. Oktober 2025 wegen K3 den erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b.

Abwandlung: Die Berechtigtenbestimmung für K3 wird einvernehmlich ab 1. Oktober 2025 zu Gunsten von B1 abgegeben.

Der verstetigte BMS von 90 Prozent von B1 gilt ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Berechtigtenbestimmung für K3 wirkt sich nicht auf die BMS von B1 und B2 aus.

57.3.20 Werden Kinder erneut und zusätzlich neue Kinder berücksichtigungsfähig, sind die Nummern 57.3.17 bis 57.3.19 zu beachten. Dabei ist chronologisch vorzugehen.

57.3.20.1 Beispiele

57.3.20.1.1 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung erhält B1 den erhöhten BMS von 90 Prozent. Die Berücksichtigungsfähigkeit von K1 und K2 entfällt ab 1. Juni 2025. Ab 1. Oktober 2025 ist das neu geborene Kind K3 berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K3 wird einvernehmlich ab 1. Oktober 2025 zu Gunsten von B2 abgegeben. Ab 1. November 2025 ist auch K2 wieder berücksichtigungsfähig.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Der verstetigte BMS von 90 Prozent bei B1 gilt auch ab 1. Oktober 2025. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B2 ab 1. Oktober 2025 wegen K3 den erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b.

Da für K2 ab 1. November 2025 keine abweichende Berechtigtenbestimmung getroffen wurde, gelten die vorgenannten BMS unverändert weiter.

Abwandlung: Die Berechtigtenbestimmung für K2 wird ab 1. November 2025 zu Gunsten von B2 abgegeben.

Die geänderte Berechtigtenbestimmung für K2 zu Gunsten von B2 führt ab 1. November 2025 dazu, dass B2 den BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c erhält. Eine

Anderung der Berechtigtenbestimmung für K1 ist nicht möglich, da das Kind nicht mehr berücksichtigungsfähig ist (vergleiche Nummer 57.3.17). Dennoch wird mit der geänderten Berechtigtenbestimmung für K2 in diesem Falle die Verstetigungsregelung in § 57 Absatz 3 Satz 8 einvernehmlich nach § 57 Absatz 3 Satz 5 abgeändert und es gelten die vorrangig anzuwendenden Regelungen in § 57 Absatz 3 Satz 1 bis 3. Da aufgrund des Zusammenspiels von § 57 Absatz 3 Satz 7 in Verbindung mit Satz 2 und 5 die Berechtigtenbestimmung nur für alle noch berücksichtigungsfähigen Kinder gemeinsam abgeändert werden kann, kann auch bei B1 keine ‚Teilverstetigung‘ des bisherigen BMS in Höhe von 70 Prozent für das nicht mehr berücksichtigungsfähige Kind K1 bestehen bleiben. Der BMS für B1 beträgt mithin 50 Prozent und für B2 90 Prozent

57.3.20.1.2 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung erhält B1 den erhöhten BMS von 90 Prozent. Die Berücksichtigungsfähigkeit von K1 und K2 entfällt ab 1. Juni 2025. Ab 1. Oktober 2025 ist K2 erneut berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K2 wird einvernehmlich ab 1. Oktober 2025 zu Gunsten von B2 abgeändert. Ab 1. November 2025 ist das neu geborene Kind K3 berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K3 wird einvernehmlich ab 1. November 2025 zu Gunsten von B2 abgegeben.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Dieser gilt grundsätzlich auch nach Wiedereintritt der Berücksichtigungsfähigkeit von K2 ab 1. Oktober 2025 fort. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Die geänderte Berechtigtenbestimmung für K2 zu Gunsten von B2 führt ab 1. Oktober 2025 dazu, dass B2 den BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b erhält. Eine Änderung der Berechtigtenbestimmung für K1 ist nicht möglich, da das Kind nicht mehr berücksichtigungsfähig ist (vergleiche Nummer 57.3.17). Dennoch wird mit der geänderten Berechtigtenbestimmung für K2 in diesem Falle die Verstetigungsregelung in § 57 Absatz 3 Satz 8 einvernehmlich nach § 57 Absatz 3 Satz 5 abgeändert und es gelten die vorrangig anzuwendenden Regelungen in § 57 Absatz 3 Satz 1 bis 3. Der BMS von B1 beträgt daher 50 Prozent. K1 kann dann bei keinem Beihilfeberechtigten mehr zu einem erhöhten BMS führen (vergleiche Beispiel in Nummer 57.3.20.1.1, Abwandlung).

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B2 wegen K2 und K3 ab 1. November 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Der BMS von B1 beträgt weiterhin 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Abwandlung 1: Die Berechtigtenbestimmung für K3 wird einvernehmlich ab 1. November 2025 zu Gunsten von B1 abgegeben.

Da ab 1. November 2025 K2 und K3 berücksichtigungsfähig sind, erhält nur ein Beihilfeberechtigter den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c.

Mit den abgegebenen Berechtigtenbestimmungen für K2 und K3 kann der erhöhte BMS auch nach § 57 Absatz 3 Satz 4 nicht eindeutig zugeordnet werden. Demnach verbleibt es zunächst bei beiden Beihilfeberechtigten bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung beim bisherigen BMS (vergleiche Nummern 57.3.6 und 57.3.8), das heißt bei B1 50 Prozent und bei B2 70 Prozent.

Abwandlung 2: Für das ab 1. Oktober 2025 erneut berücksichtigungsfähige Kind K2 wird keine neue Berechtigtenbestimmung abgegeben. Ab 1. November 2025 ist das neu geborene Kind K3 berücksichtigungsfähig. Die Berechtigtenbestimmung für K3 wird einvernehmlich ab 1. November 2025 zu Gunsten von B2 abgegeben.

Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B1 bis 31. Mai 2025 den erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Wegen der Verstetigung nach § 57 Absatz 3 Satz 8 erhält B1 auch ab 1. Juni 2025 einen BMS von 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2).

Der nach § 57 Absatz 3 Satz 8 verstetigte BMS von 90 Prozent bei B1 gilt auch ab 1. Oktober 2025 beziehungsweise ab 1. November 2025. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 4 erhält B2 ab 1. November 2025 aber wegen K3 den erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b. Weil die Kinder K1 und K2 bereits bei B1 zu einem verstetigten BMS geführt haben und damit als ‚verbraucht‘ gelten, sind nur neue, erstmalig berücksichtigungsfähige Kinder im Rahmen der Bemessungssatzbestimmung nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und c bei B2 maßgeblich. Dass K2 erneut berücksichtigungsfähig ist, ist dabei unerheblich, weil die bisherige Zuordnung (zu B1) nicht verändert wurde.

57.3.21 Eine Verstetigung des Bemessungssatzes von 70 oder 90 Prozent nach Satz 8 kommt auch dann zur Anwendung, wenn dem Beihilfeberechtigten auf Grund der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern ein erhöhter Bemessungssatz zustand, zwischenzeitlich aber der Anspruch auf Leistungen der

Beihilfe entfallen ist (zum Beispiel auf Grund des Anspruchs auf Heilfürsorge oder bei Beurlaubung ohne Dienstbezüge), und dieser nicht bei einem anderen Beihilfeberechtigten zu einem erhöhten Bemessungssatz geführt hat.

Beispiel:

Ein Beamter des Polizeivollzugsdienstes mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern wurde wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt und hatte vor der Versetzung in den Ruhestand Anspruch auf Heilfürsorge. Er hat deshalb als Versorgungsempfänger einen Bemessungssatz von 90 Prozent (Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b). Bei einer Reaktivierung auf Grund der Wiederherstellung der Dienstfähigkeit im Polizeivollzugsdienst besteht erneut Anspruch auf Heilfürsorge, womit der Anspruch auf Beihilfeleistungen entfällt. Tritt der Beamte erneut in den Ruhestand (zum Beispiel wegen Erreichens der Altersgrenze), beträgt sein Bemessungssatz 90 Prozent, wenn zu diesem Zeitpunkt noch beide Kinder berücksichtigungsfähig sind (Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b). Sind die Kinder nicht mehr berücksichtigungsfähig, beträgt sein Bemessungssatz auf Grund der Verstetigung nach Satz 8 ebenfalls 90 Prozent. Dies gilt allerdings nicht, wenn die Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig waren und diesem der erhöhte Bemessungssatz zugeordnet wurde.

57.4 **Zu Absatz 4**

57.4.1 Absatz 4 gilt nur für Beihilfeberechtigte, denen nach § 57 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustand oder im Fall einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge zugestanden hätte, wenn keine Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 2 des **Sächsischen Beamtengesetzes** bestand, und bei denen ab 1. Januar 2024 keine Kinder mehr berücksichtigungsfähig sind. Sind bei am 31. Dezember 2023 vorhandenen Beihilfeberechtigten Kinder (gegebenenfalls erneut) nach dem 31. Dezember 2023 berücksichtigungsfähig, finden ausschließlich § 57 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b oder c und nach Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern § 57 Absatz 3 Satz 8 Anwendung.

57.4.2 Beispiele:

57.4.2.1 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Beziehung mit S1, die jedoch beide vor dem 1. Januar 2024 und nach 2013 aus dem Familienzuschlag herausgefallen und damit nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. B1 ist nun mit B2 verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Sie haben ein gemeinsames Kind K3. Bis zum 31. Dezember 2023 erhielt B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent.

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Der BMS beträgt auf Grund der Verstetigung damit bei B1 am 31. Dezember 2023 70 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 8 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Ist K3 vor dem 1. Januar 2024 geboren, ist ab 1. Januar 2024 bei B1 und B2 noch ein Kind (K3) berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weitere Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b vorrangig anzuwenden ist.

Ein nach § 57 Absatz 4 verstetigter BMS (von 70 Prozent) kann nur bis zur Geburt des Kindes K3 vorliegen, wenn dieses nach dem 31. Dezember 2023 geboren wird.

57.4.2.2 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Beziehung mit S1, von denen K1 vor dem 1. Januar 2024 und nach 2013 aus dem Familienzuschlag herausgefallen und damit nicht mehr berücksichtigungsfähig ist. B1 ist nun mit B2 verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Sie haben ein gemeinsames Kind K3. K2 lebt im gemeinsamen Haushalt. Bis zum 31. Dezember 2023 erhielt B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent.

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Ist K3 nach dem 31. Dezember 2023 geboren, beträgt der BMS auf Grund der Verstetigung damit bei B1 am 31. Dezember 2023 70 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 8 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Ist K3 vor dem 1. Januar 2024 geboren, sind ab 1. Januar 2024 bei B1 und B2 noch zwei Kinder (K2 und K3) berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weitere Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c vorrangig anzuwenden

ist.

Ist K3 nach dem 1. Januar 2024 geboren, ist bei B1 und B2 zunächst ein Kind (K2) berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weiter Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b vorrangig anzuwenden ist. Nach der Geburt des Kindes K3 gelten dann die oben genannten Ausführungen.

- 57.4.2.3 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2 und K1 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben ein gemeinsames Kind K2 (vor dem 1. Januar 2024 geboren) und sind verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Bis zum 31. Dezember 2023 erhielt B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent.
- Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).
- Am 1. Januar 2024 sind bei B1 und B2 zwei Kinder berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weiter Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c vorrangig anzuwenden ist.
- Für den Fall der Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023 wird auf Beispiel 57.3.11.1.9 verwiesen.
- 57.4.3 Der dauerhaft erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent nach Absatz 4 gilt in Fortschreibung von § 57 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung nur für Beihilfeberechtigte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung am 1. Januar 2013 mindestens zwei berücksichtigungsfähige Kinder oder ab einem späteren Zeitpunkt hatten, die am 1. Januar 2024 nicht mehr vorhanden waren (hierzu auch Nummer 57.4.1) und deren aktives Dienstverhältnis oder Versorgungsanspruch ohne Unterbrechung seit dem Wegfall bestand.
- 57.4.4 Beispiel:
- Bei einem Beamten wurden am 1. Januar 2013 zwei Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt. Er hat den Bemessungssatz von 70 Prozent erhalten. Ab 1. März 2013 endete sein Dienstverhältnis zum Freistaat Sachsen aufgrund einer Versetzung zu einem anderen Dienstherrn (zum Beispiel Bund). Ab 1. August 2013 sind die Voraussetzungen für den Erhalt des Familienzuschlags für eines der Kinder weggefallen. Bei Zurückversetzung zum Freistaat Sachsen am 1. Januar 2015 hat er Anspruch auf Berücksichtigung eines Kindes im Familienzuschlag. Ihm steht ab diesem Zeitpunkt daher nur noch ein Bemessungssatz von 50 Prozent zu. Anders ist der Fall zu bewerten, wenn das Dienstverhältnis zum Freistaat Sachsen während der Unterbrechung des Dienstes weiter bestanden hätte (zum Beispiel Beurlaubung aus privaten Gründen). Nimmt der Beamte seinen Dienst nach einer Beurlaubung wieder auf, steht ihm weiterhin der Bemessungssatz von 70 Prozent zu, auch wenn für ein Kind zwischenzeitlich kein Anspruch auf Familienzuschlag mehr besteht. Gleiches gilt, wenn die Versetzung zu einem anderen Dienstherrn und die Rückversetzung oder eine Beurlaubung nach dem 31. Dezember 2023 erfolgt.
- 57.5 Zu Absatz 5**
- 57.5.1 Der abweichende Bemessungssatz betrifft ausschließlich Aufwendungen in Pflegefällen im Sinne der §§ 28 und 28a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die inhaltsgleich nach Abschnitt 6 gewährt werden.
- 57.5.2 Können die Aufwendungen nicht eindeutig dem Bereich der Kranken- oder Pflegeversicherung zugeordnet werden, ist im Zweifel auf die zwischen privater Kranken- und Pflegeversicherung beziehungsweise gesetzlicher Krankenkasse und sozialer Pflegeversicherung vorgenommene Zuordnung abzustellen. Dies kann durch Vorlage einer entsprechenden Abrechnungsmitteilung nachgewiesen werden.
- 57.5.3 Werden in den Fällen der Nummer 57.5.2 die Aufwendungen den Pflegefällen zugeordnet und weist der Beihilfeberechtigte nach, dass seine Krankenversicherung die Aufwendungen erstattet hat, ist die sich aus den Bemessungssätzen nach Absatz 2 und 5 ergebende Differenz nachzuzahlen.
- 57.5.4 Zum dauerhaft erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent nach Satz 4 gelten die Ausführungen in Nummer 57.4 entsprechend.
- 57.6 Zu Absatz 6 (bleibt frei)**
- 57.7 Zu Absatz 7**
- 57.7.1 Nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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.

- 57.7.2 Übersteigen die Leistungen der Beihilfe die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (zum Beispiel § 49 Absatz 5), gelten für den übersteigenden Teil die sich aus Absatz 5, 6, 10 und 11 ergebenden allgemeinen Bemessungssätze. Die Sonderregelungen der Absätze 8, 9 und 12 bleiben unberührt, da hiervon Leistungen erfasst sind, die regelmäßig ohnehin nicht von der sozialen Pflegeversicherung umfasst sind.
- 57.7.3 Berücksichtigungsfähige Angehörige können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls unter die Halbierungsregelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Bei berücksichtigungsfähigen Kindern kommt es für die Anwendung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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.

57.8 Zu Absatz 8

- 57.8.1 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.
- 57.8.2 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.
- 57.8.3 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.

57.9 Zu Absatz 9

- 57.9.1 Die besonderen Erstattungsregelungen gelten nur für die in § 5 Absatz 3 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.
- 57.9.2 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.

- 57.9.3 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.
- 57.10 Zu Absatz 10**
- 57.10.1 Der Bemessungssatz erhöht sich in den Fällen des § 49 Absatz 5 (häusliche Pflegehilfe, die durch Berufspflegekräfte erbracht wird, vergleiche hierzu Nummer 49.1.1) und des § 50 Absatz 1 Satz 2 (teilstationäre Pflege) auf 100 Prozent. Dieser gilt nur für die Aufwendungen, die die jeweiligen Höchstbeträge nach § 49 Absatz 1 oder 3 sowie nach § 50 Absatz 1 übersteigen. Werden Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch genommen oder besteht keine Pflegeversicherung, ist die Differenz zwischen Höchstbetrag und Beihilfeleistungen zum Bemessungssatz nach Absatz 5 oder 7 nicht beihilfefähig.
- 57.10.2 Die verbleibenden Aufwendungen sowie Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind beihilfefähig, soweit sie den sich aus § 55 Absatz 4 Satz 2 bis 4 ergebenden Eigenanteil überschreiten. Der Beihilfebemessungssatz beträgt für diese Aufwendungen 100 Prozent.
- 57.11 Zu Absatz 11** (bleibt frei)
- 57.12 Zu Absatz 12** (bleibt frei)
- 57.13 Zu Absatz 13**
- 57.13.1 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 Dienstatunfall herbeigeführten Beschädigung kommt nicht in Betracht.
- 57.13.2 In den Fällen des § 52 Absatz 4 Satz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** (Versetzung in den Ruhestand ohne Antrag) kann regelmäßig ab dem Zeitpunkt, zu dem die die Versorgungsbezüge übersteigende Besoldung einbehalten wird, vom Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalles im Sinne der Nummer 2 ausgegangen werden, bei dem die Erhöhung des Bemessungssatzes im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist. Für den staatlichen Bereich wird bestimmt, dass mit dem Ablauf der drei Monate, die auf den Monat der Mitteilung der Entscheidung zur Fortführung des Verfahrens nach § 52 Absatz 4 des **Sächsischen Beamtengesetzes** folgen, der sich nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 ergebende Bemessungssatz auf Antrag des Beihilfeberechtigten zu Grunde zu legen ist, der sich bei einer Versetzung in den Ruhestand ergeben würde. Wird das Verfahren zur Versetzung in den Ruhestand später eingestellt, gilt ab diesem Zeitpunkt der reguläre Bemessungssatz nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 5 Satz 1 Nummer 1.
- 57.13.3 Bei der von der obersten Dienstbehörde getroffenen Teilentscheidung handelt sich nicht um einen selbständigen anfechtbaren Verwaltungsakt mit unmittelbarer Wirkung gegenüber dem Beihilfeberechtigten, sondern um einen verwaltungsgerichtlich nicht nachprüfbaren innerdienstlichen Vorgang. Die Rechtmäßigkeit der Entscheidung der obersten Dienstbehörde wird bei einer eventuellen Anfechtung des Beihilfebescheides der Festsetzungsstelle mitgeprüft.
- 57.14 Zu Absatz 14** (bleibt frei)
- 58 Zu § 58** (weggefallen)
- 59 Zu § 59 Eigenbeteiligungen**
- 59.1 Zu Absatz 1**
- 59.1.1 Neben den in § 59 genannten Eigenbeteiligungen sind in einzelnen Vorschriften Eigenanteile (zum Beispiel § 23 Absatz 4, Absatz 8 Nummer 3 und 4, Absatz 9, § 32 Absatz 3 Satz 3, § 55 Absatz 5) geregelt.
- 59.1.2 Die Abzugsbeträge sind in Abhängigkeit vom Bemessungssatz vorzunehmen. Beispiel: Der mit einem Bemessungssatz von 70 Prozent zu berücksichtigende Beihilfeberechtigte reicht ein für 30 Euro gekaufte 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.
- 59.1.3 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 der Gebührenordnung für Ärzte, § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte). Gleiches gilt bei einer Behandlung durch Heilpraktiker (§ 9 Satz 2). § 59 Absatz 1 findet auf von Hebammen angewandte Arzneimittel (§ 44 Absatz 2 Satz 6) und Impfstoffe (§ 40 Absatz 2) keine Anwendung;

Eigenbeteiligungen sind daher in diesen Fällen ebenfalls nicht abzuziehen.

- 59.1.4 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.
- 59.1.5 Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg auch für Arznei- und Verbandmittel und stoffliche Medizinprodukte aus Versandapotheken. Gewährte Sofort-Rabatte von Versandapotheken sind, sofern sie nicht bereits im Abgabepreis verrechnet sind, vor Ansatz des Abzugsbetrages vom beihilfefähigen Betrag abzuziehen. Erhält der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige durch den Erwerb des verordneten Arzneimittels eine Gutschrift für künftige Einkäufe bei der (Versand-)Apotheke, ist diese Gutschrift bei der Beihilfefestsetzung nicht anzurechnen. Der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige hat in diesem Fall für das auf Rezept verordnete Arzneimittel den vollen Preis gezahlt, während der Vorteil sich für ihn erst realisiert, wenn ein weiterer Kauf (in der Regel von nicht verschreibungspflichtigen Produkten) bei der Apotheke erfolgt. Er hat damit Anspruch auf Festsetzung der Beihilfe auf Grundlage der von ihm für das Arzneimittel in voller Höhe gezahlten Aufwendungen (vergleiche BGH, Urteil vom 20. Februar 2020, I ZR 5/19).
- 59.1.6 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).
- 59.1.7 Eigenbeteiligungen sind bei Ruhestandsbeamten nur abzuziehen, wenn deren Versorgungsbezüge das um 10 Prozent erhöhte Mindestruhegehalt gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** unter Berücksichtigung des Familienzuschlages der Stufe 1 nach § 55 Absatz 1 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** in Verbindung mit § 40 Absatz 1 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes**, übersteigen. Das Mindestruhegehalt beträgt 66,47 Prozent der Summe der in Nummer 1 und 3 der Anlage zum **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** genannten Beträge (Stand 1. Januar 2024: 2 814,84 Euro + 115,41 Euro). Der Familienzuschlag der Stufe 1 (Stand 1. Januar 2024: 246 Euro) ist ebenfalls mit 66,47 Prozent zu berücksichtigen. Dies gilt auch für Hinterbliebene, soweit diese nicht bereits von § 59 Absatz 1 Satz 3 Nummer 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 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** verwiesen. Maßgebend sind die Bruttoversorgungsbezüge vor Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften; dies gilt nicht bei der Kürzung von Versorgungsbezügen nach § 77 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** (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 (= Antragsingang bei der Festsetzungsstelle, vergleiche Nummer 62.1.9).
- 59.1.8 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 Absatz 1, die bei Aufwendungen von Spendern nach § 47 Absatz 4 für Arzneimittel, stoffliche Medizinprodukte und Verbandmittel anfallen, sind nicht zu abzuziehen. Dies gilt unabhängig vom Versicherungsstatus des Spenders. Auf Nummer 47.4.2 wird hingewiesen.
- 59.3.2 Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung nach § 20 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b oder Absatz 2 Nummer 3 ist die Eigenbeteiligung nur abzuziehen, wenn diese Leistungen nicht vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Dies entspricht § 27 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wonach der Spender auch Anspruch auf Leistungen hat, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.
- 60 Zu § 60 (weggefallen)**

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 Absatz 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 sind somit nur entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes nach § 57 zu berücksichtigen. Die Befreiung umfasst sowohl die Eigenbeteiligungen für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten als auch seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
- 61.1.3 Eine Befreiung von Eigenbeteiligungen und Minderungsbeträgen für Fahrtkosten 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 Absatz 3 Satz 3) und Eigenbeteiligungen (§ 59), 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 darlegen (zum Beispiel ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn die chronische Erkrankung offenkundig fortbesteht. Dies entbindet jedoch nicht von der jährlichen Antragstellung.

61.3 Zu Absatz 3

- 61.3.1 Nicht zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtete Personen, zum Beispiel Personen, für deren Einkommen eine Veranlagung nach § 43 Absatz 5 oder § 46 des Einkommensteuergesetzes unterbleibt (§ 25 Absatz 1 des Einkommensteuergesetzes), 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 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 § 5 Absatz 1 Nummer 1 der [Sächsischen Bezügezuständigkeitsverordnung](#) 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 Im Verwaltungsrecht ist die Schriftform im Gegensatz zum Zivilrecht (§ 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches) weder auf Bundes- noch auf Landesebene gesetzlich definiert. Das hat zur Folge, dass anders als bei § 126 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches eine verkörperte, eigenhändig unterzeichnete Urkunde nur dann erforderlich ist, wenn dies nach dem Zweck der Schriftform im jeweiligen Kontext der Regelung notwendig ist. Anders als § 80a Absatz 1 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#) im Zusammenhang mit der Beantragung der pauschalen Beihilfe fordert Absatz 1 lediglich eine schriftliche Antragstellung, jedoch keine förmliche Schriftform nach § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts

kann dem Erfordernis der Schriftlichkeit auch ohne eigenhändige Namenszeichnung genügt sein, wenn sich aus anderen Anhaltspunkten eine der Unterschrift vergleichbare Gewähr für die Urheberschaft und den Rechtsverkehrswillen ergeben (BVerwG, Urteil vom 6. Dezember 1988, 9 C 40/87 und Beschluss vom 19. Dezember 2001, 3 B 33/01; OVG Koblenz, Urteil vom 24. April 1996, 2 A 11716/95, jeweils zu einer nichtunterzeichneten Klageschrift). Die Festsetzungsstelle kann daher regelmäßig davon ausgehen, dass dem Erfordernis der Schriftlichkeit der Antragstellung auch ohne eigenhändige Namenszeichnung genüge getan ist, wenn sich nicht nach den Umständen des Einzelfalles Zweifel an der Urheberschaft und des Verkehrswillens ergeben. Zweifel können sich beispielsweise aus dem Umstand ergeben, dass persönliche Angaben unvollständig oder fehlerhaft sind (zum Beispiel keine oder fehlerhafte Angabe der Personalnummer im Antragsformular). Bestehen keine Zweifel, darf die Beihilfe allerdings nur auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten überwiesen werden. Auf die eigenhändige Namenszeichnung darf nicht verzichtet werden, wenn die Beihilfe an Dritte ausgezahlt werden soll oder wenn Abschlagszahlungen beantragt werden (vergleiche Absatz 5).

- 62.1.4 Beihilfe ist mit den von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblättern, die den vom Staatsministerium der Finanzen vorgegebenen Festlegungen nach den Anlagen 8 bis 11 zu § 62 Absatz 1 entsprechen, zu beantragen. Dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. 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.
- 62.1.5 Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen 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 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner“ (Anhang 2) entsprechend dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt erforderlich.
- 62.1.6 Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, ist Beihilfe zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 erfüllt waren.
- 62.1.7 Satz 4 lässt die elektronische Übermittlung der Belege nur in Verbindung mit einem elektronischen Beihilfeantrag zu.
- 62.1.8 Verlangt die Festsetzungsstelle nach Satz 5 trotz zugelassener elektronischer Übermittlung einen Beihilfeantrag in Papierform, so kann sie auch die Belege in Papierform anfordern. Nummer 62.1.3 ist zu beachten.
- 62.1.9 Der Beihilfeantrag ist gestellt, wenn er bei der Festsetzungsstelle eingegangen ist. Eine Erweiterung des Beihilfeantrags durch das Nachreichen von Belegen ist nicht zulässig. Die Beihilfe kann für diese Aufwendungen nur mit einem separaten Antrag beantragt werden.
- 62.1.10 Die bei der Bearbeitung der Beihilfe bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.
- 62.2 Zu Absatz 2**
- 62.2.1 Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, so liegt eine Unterlage im Sinne von Satz 1 vor, wenn die Rechnung
- a) den Erbringer der Leistungen (zum Beispiel Heim, Anstalt),
 - b) den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - c) die Art (zum Beispiel Pflege, ärztliche Behandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
 - d) die Leistungshöhe
- enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt sein. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.
- 62.3 Zu Absatz 3**
- 62.3.1 Bei der Gestaltung des Beihilfebescheides und von gesonderten Vordrucken durch die Festsetzungsstelle sind die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen gemäß §§ 7 und

8 des **Sächsischen Integrationsgesetzes** zu berücksichtigen. Danach können zum Beispiel Blinde und sehbehinderte Menschen zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren verlangen, dass ihnen Bescheide und Vordrucke ohne zusätzliche Kosten auch in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich gemacht werden. Solange der Festsetzungsstelle ein solcher Antrag nicht vorliegt, können Bescheide auch an blinde und sehbehinderte Menschen in üblicher Schriftform wirksam bekanntgegeben werden (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. In diesem Fall kann die Festsetzungsstelle die eingereichten Belege vernichten, um Datenschutzbestimmungen zu erfüllen und das Persönlichkeitsrecht des Beamten zu schützen (VG München, Urteil vom 22. September 2016, M 17 K 15.5180). Arzneimittelbelege, die für die Geltendmachung von Arzneimittelrabatten benötigt werden, sind so lange aufzubewahren, 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 zehn Jahren nach deren Eingang bei der Festsetzungsstelle (§ 117 Absatz 3 Satz 5 des **Sächsischen Beamtengesetzes**).
- 62.3.3 Die Festsetzungsstelle hat dem Beihilfeberechtigten zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 2 500 Euro auf Verlangen detaillierte Auskünfte zu erteilen. Für geringere Aufwendungen und für Aufenthalte in Privatkliniken sind Auskünfte zur grundsätzlichen Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausreichend. Bei Rechnungsbeträgen unter 1 000 Euro kann die Festsetzungsstelle auf allgemeine Informationen auf der Internetseite oder in Merkblättern verweisen.

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.
- 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 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 beispielsweise 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. Abschlagszahlungen sind in Ausnahmefällen auch dann möglich, wenn hohe Rechnungsbeträge sofort zu begleichen sind.
- 62.4.5 In den Fällen des § 49 Absatz 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, 31 Absatz 2, § 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 oder § 55, kann er den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Der Leistungserbringer oder Rechnungssteller übersendet in diesen Fällen der Festsetzungsstelle neben der Rechnung einen vom Beihilfeberechtigten unterschriebenen Antrag auf Gewährung von Beihilfe und Direktabrechnung mit den von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblättern, die den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 6, 7 oder 8 entsprechen, und fügt die in dem Antrag geforderten begründenden Unterlagen (Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige, Wahlleistungsvereinbarung) bei. Als Antrag des Beihilfeberechtigten kann auch ein Formblatt nach Anlage 2 des Rahmenvertrags der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Bundesministerium des Innern vom 11. Juli 2018 in der Fassung vom 3. Januar 2022 verwendet

werden. Die Festsetzungsstelle überweist die Beihilfe an den Rechnungssteller. Der Beihilfeberechtigte erhält einen Bescheid über die geleistete Zahlung zusammen mit den Rechnungsbelegen. Bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann auch das Verfahren des Rahmenvertrags der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Bundesministerium des Innern angewendet werden. Das Staatsministerium der Finanzen wird den Vertrag den sächsischen Festsetzungsstellen zur Verfügung stellen. Bei Aufwendungen für einen Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 55 ist nach Nummer 62.5.2 zu verfahren.

- 62.5.2 Bei der Direktabrechnung mit vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 55 ist Folgendes zu beachten:
- 62.5.2.1 Das Verfahren verläuft entsprechend Nummer 62.5.1. Als Antrag des Beihilfeberechtigten ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 8 entspricht, zu verwenden.
- 62.5.2.2 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 Absatz 1) sowie die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 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 Absatz 1 oder Anlage 9 zu § 62 Absatz 1) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2 entsprechend dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt) zur Prüfung der Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorzulegen. Es steht dabei dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über den Leistungserbringer oder Rechnungssteller gemeinsam mit dem Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung nach Anhang 8 entsprechend dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt oder diese unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet.
- 62.5.2.3 Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag lediglich Änderungen im Hinblick auf den Pflegegrad beziehungsweise auf den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung ergeben, ist es ausreichend, wenn der Festsetzungsstelle abweichend von Nummer 62.5.2.2 nur die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1) zugeleitet wird.
- 62.5.2.4 Wird Beihilfe nach § 55 Absatz 4 wegen Überschreitung der Höchstbeträge nach § 55 Absatz 1 sowie für Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten beantragt, ist in jedem Kalenderjahr bei erstmaliger Antragstellung die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1) vorzulegen.
- 62.5.2.5 Der Beihilfeberechtigte erhält einen Bescheid über die in Direktabrechnung geleisteten (monatlichen) Zahlungen. 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, des Pflegegrades, im Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder). Wenn Rechnungen für den laufenden Monat eingereicht werden und etwaige Unterbrechungszeiten noch nicht bekannt sind und daher bei der Erstellung der Rechnung noch nicht berücksichtigt werden können, erfolgt die Beihilfegewährung unter dem Vorbehalt des Widerrufs, dass durch den Leistungserbringer oder Rechnungssteller spätestens jeweils mit der Rechnung für den übernächsten Monat etwaige Unterbrechungszeiten und sich daraus ergebende Überzahlungen mitzuteilen sind.
- 62.5.2.6 Liegen keine etwaigen Unterbrechungszeiten vor, ist dies formlos (zum Beispiel auf der Folgerechnung) zu vermerken. Kommt der Leistungserbringer oder Rechnungssteller dieser Verpflichtung nicht nach, wird die Direktabrechnung ab dem darauffolgenden Monat bis zur Erfüllung der Verpflichtung nicht mehr durchgeführt. Überzahlungen aufgrund von Unterbrechungszeiten können mit folgenden Beihilfezahlungen verrechnet werden.
- 62.5.3 Die Nummern 62.1.7 und 62.1.8 gelten entsprechend.

62.6 Zu Absatz 6

- 62.6.1 Die Regelung schafft keinen eigenständigen Beihilfeanspruch. Dieser steht materiell unverändert dem Beihilfeberechtigten zu. Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen; maßgebend ist, ob die Nichtgewährung einer Beihilfe zu einer unbilligen Härte führen würde. Eine unbillige Härte kann unter anderem dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen den berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Antragstellung durch den Beihilfeberechtigten nicht zuzumuten ist. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass der Beihilfeberechtigte die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährten Beihilfen nicht

zweckentsprechend einsetzt.

62.6.2 Der Beihilfeberechtigte ist vor einer Entscheidung anzuhören.

62.6.3 Der Beihilfebescheid wird dem Beihilfeberechtigten und eine Kopie dem Angehörigen (Antragsteller) beziehungsweise seinem gesetzlichen Vertreter übersandt. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt an den Antragsteller, der auch die Belege zurückerhält.

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 des Pflegegrades, wenn eine Pflegeversicherung nicht besteht. Die Festsetzungsstelle veranlasst insbesondere Gutachten zur Feststellung der Notwendigkeit einer Behandlung im Ausland (§ 7 Absatz 2 Satz 3), einer Begleitung eines Kindes ins Krankenhaus (§ 20 Absatz 3 Satz 2) oder wenn die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen (§ 38 Absatz 3) oder einer Kur (§ 39 Absatz 4 und 5) durch die vorgelegten ärztlichen Unterlagen nicht ausreichend begründet ist. 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 (§ 12 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des [Verwaltungskostengesetzes des Freistaates Sachsen](#)). Die Erhebung von Auslagen im Sinne des § 13 des [Verwaltungskostengesetzes des Freistaates Sachsen](#) 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 Datenschutz-Umsetzungsgesetzes](#) 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 Absatz 1 des Verpflichtungsgesetzes ist im staatlichen Bereich das Landesamt für Steuern und Finanzen zuständig.
- 62.9 Zu Absatz 9**
- 62.9.1 Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro soll eine Übersetzung beigelegt werden. In den Fällen des § 7 Absatz 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 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vorliegen (VG Dresden, Urteil vom 29. April 2014, 11 K 1536/13; zu den Folgen der Verwendung veralteter Beihilfeformulare im Zusammenhang mit der Berechnung der Antragsfrist vergleiche OVG Weimar, Urteil vom 13. November 2024, 4 KO 658/20).
- 64 Zu § 64 Verwaltungsvorschriften** (bleibt frei)
- 65 Zu § 65 Antragstellung und Bewilligung**
- 65.0.1 Abschnitt 9 ergänzt die Regelungen in § 80a des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#).
- 65.0.2 Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder vollständig (im Umfang von 100 Prozent) in einer privaten Krankenversicherung (im Folgenden: Krankenvollversicherung) versicherte Beihilfeberechtigte können seit dem 1. Januar 2024 anstelle der bisherigen „individuellen“ Beihilfe, die jeweils zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird, eine pauschale Beihilfe wählen, mit der der Dienstherr einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. Die Wahl der pauschalen Beihilfe ist eine freiwillige und unwiderrufliche Entscheidung, die einen schriftlichen Antrag erfordert. Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe wirkt auch gegen die berücksichtigungsfähigen Angehörigen, für die dann anstelle der individuellen Beihilfe nur pauschale Beihilfe gewährt werden kann.
- 65.0.3 Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer notwendigen Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz besteht. Beim Beihilfeberechtigten ist die pauschale Beihilfe auf den auf die Besoldung (vergleiche hierzu § 2 des [Sächsischen Besoldungsgesetzes](#)) oder die Versorgungsbezüge (vergleiche hierzu § 3 des [Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes](#)) entfallenden Beitragsanteil beschränkt, soweit sich die Höhe des Beitrages – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nach der Höhe des Einkommens bestimmt. Hierbei ist es unerheblich, ob die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten wird. Werden neben Besoldung oder Versorgungsbezügen weitere beitragspflichtige Einnahmen berücksichtigt (vergleiche § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), erfolgt keine anteilige Kürzung der pauschalen Beihilfe. Die zum Beispiel im Rahmen von Nebentätigkeiten – auch für den Dienstherrn – gewährten Bezüge sind keine Besoldung oder Versorgungsbezüge im Sinne des § 80a Absatz 3 Satz 1 des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) und damit für die Höhe der pauschalen Beihilfe unerheblich.
- 65.0.4 Bei einer privaten Krankenvollversicherung ist Voraussetzung, dass deren Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mindestens vergleichbar sind. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn das Versicherungsunternehmen die Versicherung nach § 257 Absatz 2a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreibt beziehungsweise bei Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.
- 65.0.5 Pauschale Beihilfe wird so lange gewährt, wie die Beihilfeberechtigung besteht. Entfällt die Beihilfeberechtigung (zum Beispiel bei einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge), entfällt auch der Anspruch auf Zahlung der pauschalen Beihilfe sowohl für den Beihilfeberechtigten selbst als auch seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
- 65.0.6 Bei einer Abordnung oder einer Zuweisung zu einem anderen Dienstherrn wird die pauschale Beihilfe weitergewährt, da sich der Beihilfeanspruch weiterhin nach dem Recht des bisherigen (abgebenden) Dienstherrn richtet.
- 65.0.7 Der Antrag auf pauschale Beihilfe bindet nur den aktuellen Dienstherrn (zum Beispiel Freistaat Sachsen). Bei einer Versetzung zu einem anderen Dienstherrn (zum Beispiel vom Freistaat Sachsen an einen kommunalen Dienstherrn oder den Freistaat Thüringen) ist ein neuer Antrag erforderlich, wenn pauschale Beihilfe weiter bezogen werden soll. Bei einer Versetzung zu einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches des [Sächsischen Beamtenengesetzes](#) kommt dort die Bewilligung von pauschaler Beihilfe in Betracht, wenn dies in den entsprechenden beamtenrechtlichen

Vorschriften vorgesehen ist.

- 65.0.8 Der Anspruch auf pauschale Beihilfe bleibt auch im Ruhestand bestehen. Eine erneute Antragstellung ist nicht erforderlich. Umgekehrt ist auf Grund der Unwiderruflichkeit der Entscheidung eine Rückkehr in die individuelle Beihilfe auch bei Eintritt in den Ruhestand ausgeschlossen.
- 65.0.9 Ein neues Wahlrecht zu Gunsten der pauschalen oder individuellen Beihilfe besteht auch nicht im Falle einer sogenannten Reaktivierung (zum Beispiel bei erneuter Berufung in ein Beamtenverhältnis nach vorausgegangener Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit).
- 65.0.10 Wird beim selben Dienstherrn ein neues Beamtenverhältnis begründet, ist ein erneuter Antrag auf Gewährung von pauschaler Beihilfe notwendig, da damit gleichzeitig ein neuer Beihilfeanspruch entsteht; auf Nummer 65.0.7 wird verwiesen. Dies gilt nicht in den Fällen der Umwandlung eines bestehenden Beamtenverhältnisses (zum Beispiel Umwandlung eines Beamtenverhältnisses auf Probe in ein solches auf Lebenszeit oder eines Beamtenverhältnisses auf Widerruf in ein solches auf Probe noch vor Entlassung aus dem Beamtenverhältnis auf Widerruf kraft Gesetzes nach § 40 Absatz 1 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#)).
- 65.0.11 Im Falle des Todes des Beihilfeberechtigten haben berücksichtigungsfähige Angehörige als Witwen und Waisen dann grundsätzlich Anspruch auf Witwen- oder Waisengeld und damit (erstmalig) einen eigenen Beihilfeanspruch. Damit können sie selbständig nach § 80a Absatz 1 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#) entscheiden, ob sie pauschale oder individuelle Beihilfe erhalten wollen, auch wenn für sie zuvor als berücksichtigungsfähige Angehörige pauschale Beihilfe gewährt wurde. Die Gewährung von pauschaler Beihilfe kommt in diesen Fällen aber nur dann in Betracht, wenn der Beihilfeberechtigte freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder vollständig in einer privaten Krankenversicherung versichert ist. Sind Witwen und Waisen jedoch in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert (zum Beispiel in der Krankenversicherung der Rentner), kommt die Gewährung einer pauschalen Beihilfe nicht in Betracht.
- 65.0.12 Da Beihilfe nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt wird, wenn diese aufgrund eines Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind oder Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen des Bundes oder eines anderen Landes erhalten, haben diese einen eigenen Anspruch auf pauschale Beihilfe. Der eigene Beihilfeanspruch geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor. Pauschale Beihilfe kann für diese berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht gewährt werden, vielmehr müssen diese im Rahmen ihres eigenen Beihilfeanspruches einen eigenen Antrag auf pauschale Beihilfe stellen.
- 65.0.13 Über die Leistungen bei privater Krankenvollversicherung im Basistarif hinausgehende Versicherungen, wie etwa Beihilfeergänzungstarife, Zusatztarife, Krankengeld-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherungen werden bei der pauschalen Beihilfe nicht berücksichtigt. Dies gilt entsprechend für Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel Zahnzusatzversicherungen). Ebenso wird pauschale Beihilfe nicht für Anwartschaftsversicherungen gewährt.
- 65.0.14 Der Zuschuss zu den maßgeblichen Krankenversicherungsbeiträgen beträgt immer 50 Prozent und ist unabhängig vom individuell geltenden Beihilfebemessungssatz nach § 57.
- 65.0.15 Die Bewilligung von pauschaler Beihilfe berührt nicht den Anspruch auf Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit. In diesen Fällen besteht also trotz Gewährung einer pauschalen Beihilfe ein Anspruch auf individuelle Beihilfe. Dies gilt auch für den Anspruch auf individuelle Beihilfe zu den Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Der Bemessungssatz beträgt hier bei Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund von § 28 Absatz 2 des Elften Gesetzbuches 50 Prozent (vergleiche § 57 Absatz 7). Bei Versicherung in der privaten Pflegeversicherung gilt der individuelle Bemessungssatz nach § 57 Absatz 5.
- 65.0.16 Beamte sind wegen ihrer Zugehörigkeit zum beihilferechtlichen Fürsorgesystem nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch krankenversicherungsfrei, auch wenn bei ihnen neben ihrem den Beihilfeanspruch vermittelnden Dienstverhältnis ein dem Grunde nach versicherungspflichtiger Tatbestand nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder 5 bis 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt. Dies gilt nicht in Fällen, in denen Beamten Bürgergeld (zum Beispiel als sogenannte Aufstockungsleistungen) bewilligt wird. Hier tritt Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein. Die Regelung des § 6 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sieht für diese Fallgestaltung keinen Ausschluss der Versicherungspflicht vor, so dass keine pauschale Beihilfe gewährt werden kann. Ist der Beamte jedoch zuletzt vor dem Beginn des Leistungsbezugs von Bürgergeld privat oder gar nicht krankenversichert gewesen, ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Bürgergeld nach § 5 Absatz 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen, womit eine Gewährung der pauschalen Beihilfe nicht von vornherein ausgeschlossen ist.

- 65.0.17 Auf Grund von § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterliegen Ruhestandsbeamte mit Eintritt in den Ruhestand und gleichzeitigem Bezug einer Rente nicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben die nach § 6 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfreien Personen auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 bis 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllen. Ruhestandsbeamte sind nach § 6 Absatz 1 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei. Gehen sowohl gesetzliche Krankenversicherung als auch die Deutsche Rentenversicherung davon aus, dass für einen Ruhestandsbeamten eine Versicherungspflicht wegen des Bezugs einer Rente auf Grund von § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe, ist dies für die Gewährung der pauschalen Beihilfe unerheblich. Um eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, sollte die Festsetzungsstelle allerdings eine Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung einholen, dass sich die Versicherungspflicht nicht aus anderen Vorschriften ergibt und bei denen § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht zum Tragen kommt.
- 65.0.18 § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für Hinterbliebene (Witwen/Waisen) von Beamten oder Ruhestandsbeamten. Diese bleiben oder werden bei gleichzeitigem Bezug einer Rente nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Hinterbliebenen von Beamten oder Ruhestandsbeamten kann keine pauschale Beihilfe bewilligt werden, wenn diese in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Diese Ausnahme besteht nur bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen (vergleiche § 80a Absatz 1 und 7 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#)).
- 65.1 Zu Absatz 1**
- 65.1.1 Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe bedarf es eines schriftlichen Antrags. Dieser ist bei der zuständigen Festsetzungsstelle einzureichen. Der Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe und der Verzicht auf die individuelle Beihilfe sind unwiderruflich und in Schriftform nach § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches einzureichen. Hierzu ist im staatlichen Bereich das Antragsformular nach Anlage 12 der [Sächsischen Beihilfeverordnung](#) zu verwenden.
- 65.1.2 Mit dem Antrag ist auch der Nachweis für das Bestehen einer gesetzlichen oder privaten Krankenvollversicherung einzureichen.
- 65.1.3 Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge soll mit dem Antrag ebenso wie gegebenenfalls die Höhe von Zuschüssen zur Krankenversicherung (zum Beispiel vom Rententräger oder vom Jobcenter) nachgewiesen werden.
- 65.1.4 Zur Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Erwachsenen ist zudem ein Nachweis über die Summe aus dem Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes und vergleichbarer ausländischer Einkünfte in den drei Kalenderjahren vor der Antragstellung vorzulegen. Auf Nummer 4.2 wird verwiesen.
- 65.1.5 Die Antragstellung kann auch bereits vor dem Eintritt der Beihilfeberechtigung (zum Beispiel bei anstehender Berufung in ein Beamtenverhältnis) erfolgen, um eine zeitgleiche Gewährung der pauschalen Beihilfe sicherzustellen. Wird ein Antrag bereits vor Vorliegen der Voraussetzungen für den Beihilfeanspruch eingereicht, soll dieser in der Regel zurückgestellt werden, bis die Anspruchsvoraussetzungen bei der Festsetzungsstelle nachgewiesen sind (zum Beispiel durch entsprechende Information der Personal verwaltenden Stelle). Auf Nummer 65.2.2 wird verwiesen.
- 65.1.6 Bei Begründung eines neuen Beamtenverhältnisses ist grundsätzlich erneut eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe zu treffen. Dies betrifft neben den in Nummer 65.0.10 genannten Beamten auf Widerruf beispielsweise auch Beamte auf Zeit, bei denen nach Ablauf der Zeit ein neues Beamtenverhältnis (zum Beispiel wieder auf Zeit) begründet wird. Damit eine nahtlose Fortgewährung der pauschalen Beihilfe erfolgen kann, bedarf es einer erneuten Antragstellung aufgrund von § 80a Absatz 1 Satz 3 des [Sächsischen Beamtengesetzes](#) bereits im Vormonat der Begründung des neuen Beamtenverhältnisses. Gegen den Verzicht auf Vorlage des Antragsformulars nach Anlage 12 der [Sächsischen Beihilfeverordnung](#) bestehen keine Bedenken, weil es sich im weiteren Sinne nicht um einen Erstantrag handelt und die maßgeblichen persönlichen Verhältnisse bereits bekannt sind. Bei einer formlosen „Folgeantrag“-Stellung sollte aber darauf geachtet werden, dass die unter Ziffer 6 des Antragsformulars nach Anlage 12 der [Sächsischen Beihilfeverordnung](#) enthaltenen Erklärungen abgegeben werden.
- 65.2 Zu Absatz 2**
- 65.2.1 Die pauschale Beihilfe wird dem Grunde nach durch Verwaltungsakt nach § 35 des Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 1 des Gesetzes zur Regelung des Verwaltungsverfahrens- und des Verwaltungszustellungsrechts für den Freistaat Sachsen bewilligt.

- 65.2.2 Die pauschale Beihilfe wird ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang des Antrags bei der Festsetzungsstelle folgt, bewilligt. Eine rückwirkende Bewilligung der pauschalen Beihilfe ist nicht möglich.
- 65.2.3 In den in Nummer 65.1.5 genannten Fällen ist ein Antrag abzulehnen, wenn nicht absehbar ist, dass bei dem Antragsteller eine eigene Beihilfeberechtigung in absehbarer Zeit eintreten wird (zum Beispiel wenn ein berücksichtigungsfähiger Ehegatte pauschal einen Antrag auf pauschale Beihilfe im Hinblick auf die spätere eigene Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Witwengeld stellt).
- 65.2.4 Der Bewilligung des Antrages auf pauschale Beihilfe dem Grunde nach steht nicht entgegen, wenn mit dem Antrag die Nachweise zur Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und gegebenenfalls die Höhe von Zuschüssen zur Krankenversicherung noch nicht erbracht wurden (vergleiche Nummer 65.1.3).
- 65.2.5 Die zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Beihilfe ist unverzüglich nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres (spätestens bis zum 30. April des jeweils folgenden Kalenderjahres) nachzuweisen. Mit dem Bewilligungsbescheid sollen daher bereits entsprechende Hinweise ergehen, dass
- die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge nachzuweisen ist,
 - Veränderungen der Beitragshöhe der Festsetzungsstelle unverzüglich mitzuteilen sind,
 - die regelmäßig von den Krankenversicherungen jährlich erstellten Mitteilungen über die zu zahlenden oder gezahlten Krankenversicherungsbeiträge vorzulegen sind und
 - gegebenenfalls der Gesamtbetrag der Einkünfte von berücksichtigungsfähigen Erwachsenen regelmäßig nachzuweisen ist.
- 65.2.6 Den Festsetzungsstellen wird empfohlen, dass bei bestimmten Beamtengruppen, in denen das Beamtenverhältnis auf Grund seiner Natur von vornherein nur für einen begrenzten Zeitraum begründet wird (also bei Beamtenverhältnissen auf Widerruf und auf Zeit), bereits in der Grundentscheidung zur Bewilligung der pauschalen Beihilfe darauf hingewiesen wird, dass bei einer erneuten Begründung eines Beamtenverhältnisses die Entscheidung über die pauschale Beihilfe erneut getroffen werden muss und hierfür ein entsprechender Antrag erforderlich ist, der zur nahtlosen Weitergewährung der pauschalen Beihilfe bereits im Vormonat der Begründung des neuen Beamtenverhältnisses zu stellen ist.
- 66 Zu § 66 Zahlung der pauschalen Beihilfe**
- 66.1 Zu Absatz 1**
- 66.1.1 Die Höhe der pauschalen Beihilfe ist in § 80a Absatz 3 des **Sächsischen Beamtengesetzes** gesetzlich geregelt und wird deshalb nicht durch Verwaltungsakt festgesetzt. Sie wird vielmehr von Amts wegen gezahlt. Dies kann auch mit den laufenden Bezügen (Besoldung oder Versorgungsbezüge) verbunden werden.
- 66.1.2 Die pauschale Beihilfe wird monatlich an den Beihilfeberechtigten gezahlt. Es erfolgt keine Zahlung an eine Krankenversicherung.
- 66.1.3 Wird mit dem Antrag auf pauschale Beihilfe die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und gegebenenfalls die Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung (zum Beispiel vom Rententräger oder vom Jobcenter) nicht nachgewiesen, sind diese vom Beihilfeberechtigten vorzulegen. Eine – gegebenenfalls auch abschlagsweise – Zahlung der dem Grunde nach bewilligten pauschalen Beihilfe kommt nicht in Betracht.
- 66.1.4 Die pauschale Beihilfe ist bei privater Krankenversicherung begrenzt auf die Hälfte des Beitrags einer Krankenversicherung im Basistarif. Beim Basistarif müssen dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe reicht grundsätzlich eine einfache Bescheinigung über die Beitragshöhe (ohne detaillierte Berechnung) aus und es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Berechtigte Vertragsleistungen vereinbaren, die dem vorgenannten Umfang entsprechen. Eine Begrenzung der pauschalen Beihilfe erfolgt nur, wenn der Beitrag den Höchstbeitrag für den Basistarif übersteigt.
- 66.1.5 Sogenannte Risikozuschläge, die aufgrund bestimmter Vorerkrankungen des Versicherungsnehmers von der privaten Krankenversicherung erhoben werden, sind für die pauschale Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dieser Risikozuschlag ist Teil des Beitrages, der für den gewählten Versicherungsschutz zu zahlen ist und dient damit der Grundabsicherung des Versicherungsnehmers und nicht einer zusätzlichen Leistung.
- 66.1.6 Beiträge eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung sind gemäß § 80a Absatz 4 des **Sächsischen Beamtengesetzes** auf die pauschale Beihilfe anzurechnen. Dies betrifft beispielsweise

die hälftige Beitragstragung versicherungspflichtiger Rentner (§ 249a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) aus der Krankenversicherung der Rentner. Gleiches gilt für berücksichtigungsfähige Angehörige, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Durch die Anrechnung der Beitragsanteile des Arbeitgebers (§ 249 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) auf die pauschale Beihilfe wird diese auf Null reduziert.

- 66.1.7 Ein Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften ist gemäß § 80a Absatz 4 des **Sächsischen Beamtengesetzes** ebenfalls auf die pauschale Beihilfe anzurechnen. Dies ist zum Beispiel der Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Zahlt ein Rentenversicherungsträger auf Grund der Gewährung einer Rente einen Zuschuss zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung, ist bei einer Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze auf Grund von Besoldung oder Versorgung sowie Renten zu prüfen, ob eine anteilige Anrechnung des Beitragszuschusses erforderlich ist. In der Summe darf der Beitragszuschuss und die pauschale Beihilfe die Hälfte des Beitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Gegebenenfalls ist die pauschale Beihilfe auf Grund der Anrechnungsvorschrift des § 80a Absatz 4 des **Sächsischen Beamtengesetzes** entsprechend zu kürzen.

Beispiel (Stand 1. Januar 2024):

Ein Versorgungsempfänger bezieht neben seinen Versorgungsbezügen (5 000 Euro) eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 1 000 Euro. Der Rentenversicherungsträger zahlt hierauf einen Beitragszuschuss nach § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in Höhe der Hälfte des Krankenversicherungsbeitrages zum Beitragssatz von 14,6 Prozent (= 146 Euro/2 = 73 Euro) sowie zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag von 2,0 Prozent (= 20 Euro/2 = 10 Euro). Der vom Versorgungsempfänger zu zahlende Gesamtbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt auf Grund der Beitragsbemessungsgrenze von 5 175,00 Euro unter Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages 859,05 Euro (50 Prozent = 429,53 Euro).

Die pauschale Beihilfe berechnet sich auf Grundlage der Versorgungsbezüge und beträgt 415,00 Euro (= 5 000 Euro x [14,6 Prozent + 2,0 Prozent]/100 Prozent/2). Da die Summe aus pauschaler Beihilfe und Beitragszuschuss nach § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrages um 68,47 Euro (= 83 Euro + 415,00 Euro ./ 429,53 Euro) übersteigt, ist die pauschale Beihilfe um 68,47 Euro zu kürzen.

- 66.1.8 Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften sind daneben insbesondere die Erstattung von Kranken- (und Pflege-)versicherungsbeiträgen in der Elternzeit nach § 27 der **Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung**. Werden die Beiträge nicht in voller Höhe erstattet, sind die Anteile für die Krankenversicherung anteilig zu berücksichtigen, in dem das Verhältnis des Krankenversicherungsbeitrages am Gesamtbeitrag für Kranken- und Pflegeversicherung ermittelt wird.
- 66.1.9 Die pauschale Beihilfe kann nur für die Zeit gewährt werden, in denen auch eine Beihilfeberechtigung besteht. Besteht der Beihilfeanspruch nicht den vollen Monat, ist der Monatsbeitrag zu ermitteln, der anteilig auf die Zeit der Beihilfeberechtigung entfällt. Eine volle Erstattung des Monatsbetrages kommt nicht in Betracht.
- 66.1.10 Bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst werden die Anwärterbezüge wegen § 69 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** bis zum Ablauf des Monats weitergewährt, in dem das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 40 Absatz 1 des **Sächsischen Beamtengesetzes** endet. In diesem Fall besteht bis zum Ablauf dieses Monats die Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des **Sächsischen Beamtengesetzes** fort, so dass für diesen Zeitraum auch pauschale Beihilfe gewährt werden kann.

66.2 Zu Absatz 2

- 66.2.1 Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge ist nachzuweisen und Veränderungen der Beitragshöhe sind der Festsetzungsstelle unverzüglich mitzuteilen. Von den Krankenversicherungen gewährte Beitragsrückerstattungen für nicht in Anspruch genommene Leistungen für Zeiten, in denen pauschale Beihilfe gezahlt wurde, sind hiervon ausgenommen.
- 66.2.2 Ungeachtet von Absatz 2 sind zudem Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (zum Beispiel Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens, Änderung des Krankenversicherungsumfanges, Veränderungen zum Familienstand, Wegfall eines berücksichtigungsfähigen Kindes im Familienzuschlag, Änderungen des Einkommens des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen) unmittelbar und unverzüglich der Festsetzungsstelle schriftlich mitzuteilen. Dies gilt auch für Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder bei Bestehen eines Anspruches auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften (zum Beispiel nach § 27 der Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung) oder eines Beschäftigungsverhältnisses.
- 66.2.3 Ergeben sich aus den Nachweisen Änderungen in der Höhe der pauschalen Beihilfe, sind

resultierende Überzahlungen mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe zu verrechnen. Die in Nummer 2.1.2 Satz 2 erfolgte Billigkeitsentscheidung greift in diesen Fällen nicht, da bei einer pauschalen Beihilfe keine Aufwendungen im Sinne des § 1 Absatz 5 Nummer 1, § 4 Absatz 1 entstanden sind, für die eine Kostenerstattung gewährt wurde und deren Rückabwicklung zu unbilligen Ergebnissen führen würde.

- 66.2.4 Bei einem Wechsel der Krankenversicherung, zum Beispiel von freiwilliger gesetzlicher Krankenversicherung in eine private Krankenversicherung oder umgekehrt, bleibt eine – frühere – Entscheidung für die pauschale Beihilfe weiterhin bindend. Die pauschale Beihilfe wird höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.
- 66.2.5 Ein Wechsel der privaten Krankenversicherung stellt regelmäßig eine Änderung des Umfangs der Krankenversicherung im Sinne des § 80a Absatz 6 des **Sächsischen Beamtengesetzes** dar, da mit dem neuen Vertrag gegebenenfalls andere Leistungen vereinbart werden, wenngleich sich die Tarifbestimmungen oftmals an Musterbestimmungen des PKV-Verbandes orientieren. Erfolgt ein Wechsel des Vertragsumfangs mit in der Regel besseren Leistungen – sowohl beim selben als auch beim Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen – und damit verbundenen höheren Versicherungsbeiträgen, so ist die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe zu gewähren.
- 66.2.6 In den Fällen der Nummern 66.2.4 und 66.2.5, wonach die pauschale Beihilfe weiterhin in der vor der Änderung gewährten Höhe zu gewähren ist, ist der maßgebliche bisherige Betrag nicht zu dynamisieren, sondern wird dauerhaft fortgeführt (vergleiche § 80a Absatz 6 des **Sächsischen Beamtengesetzes**).
- 66.2.7 Ein Wechsel der gesetzlichen Krankenversicherung stellt keine Änderung des Umfangs der Krankenversicherung im Sinne des § 80a Absatz 6 des **Sächsischen Beamtengesetzes** dar, auch wenn sich hieraus ein höherer kassenindividueller Zusatzbeitrag ergibt. Sich hieraus ergebende verbesserte sogenannte „Satzungsleistungen“ der gesetzlichen Krankenkasse sind hierbei unerheblich.

67 Zu § 67 Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge

- 67.1 Bei einem Anspruch auf Heilfürsorge wird individuelle Beihilfe nicht gewährt (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a). Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge im Sinne des § 135 des **Sächsischen Beamtengesetzes** haben bei Vorliegen der Voraussetzungen aber Anspruch auf individuelle Beihilfe für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Ihnen kann anstelle der individuellen Beihilfe für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine pauschale Beihilfe gewährt werden. Diese Entscheidung ist ebenso unwiderruflich und gilt somit auch bei Eintritt des Beamten in den Ruhestand fort, auch wenn er selbst dann Anspruch auf individuelle Beihilfe beziehungsweise für sich selbst keine pauschale Beihilfe beantragt hat.
- 67.2 Wurde beihilfeberechtigten Beamten des Justizvollzugsdienstes oder in Abschiebungshaft- und Ausreisegewahrsamseinrichtungen pauschale Beihilfe bewilligt und erklären diese nach § 164b in Verbindung mit § 143 Absatz 1 des **Sächsischen Beamtengesetzes** innerhalb der Ausschlussfrist von drei Monaten ab dem 1. Juli 2025, dass sie Heilfürsorge in Anspruch nehmen werden, entfällt der Anspruch auf pauschale Beihilfe für seine freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung. Ungeachtet dessen wird pauschale Beihilfe für die gesetzliche oder private Krankenversicherung seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitergewährt. Dieser Anspruch bleibt unberührt und besteht unverändert fort.

68 Zu § 68 Übergangsvorschriften

68.1 Zu Absatz 1

- 68.1.1 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 der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung der **Sächsischen Beihilfeverordnung** weiterhin anzuwenden. Das kann dazu führen, dass gegebenenfalls die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden müssen. Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.
- 68.1.2 Der Selbstbehalt nach § 60 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ist für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2024 entstanden sind, weiterhin in Abzug zu bringen.

68.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

69 Zu § 69 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes

69.1 Zu Absatz 1

- 69.1.1 Es wird in Anlehnung an § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch der erforderliche Schutz des Besitzstandes für Beihilfeleistungen zur Pflege nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht im Bereich der häuslichen Pflege geregelt. Danach gilt als Grundsatz, dass die dort genannten

- regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, die den Beihilfeberechtigten bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auch weiterhin ein Anspruch auf diese Beihilfeleistungen besteht. Auf Nummer 50.2.3 wird hingewiesen.
- 69.1.2 Der Besitzstand bezieht sich auf die monatlich regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Bei einmaligen Leistungen, wie zum Beispiel Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, bedarf es keines Besitzstandsschutzes, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolgen. Auch bei der Kurzzeitpflege hat Besitzstandsschutz keine Bedeutung, weil der Leistungsbetrag nicht verändert wird.
- 69.1.3 Voraussetzung für die Geltung des Besitzstandsschutzes ist stets, dass die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen, die unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades vorliegen müssen, erfüllt sind. Das bedeutet auch, dass der Besitzstandsschutz endet, wenn kein Pflegebedarf mehr besteht.
- 69.1.4 Allgemeine Leistungsausschlussregelungen, wie das Ruhen von Leistungen nach § 34 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, finden Anwendung. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des ab 1. Januar 2017 geltenden Rechts sind für die Gewährung des Besitzstandsschutzes ohne Bedeutung, zum Beispiel wenn die Leistungen wegen eines Krankenhausaufenthaltes im Monat vor der Rechtsänderung ruhten. Kurzfristige Unterbrechungen nach Inkrafttreten des ab 1. Januar 2017 geltenden Rechts lassen den Besitzstandsschutz ebenfalls unberührt.
- 69.1.5 Der Besitzstandsschutz umfasst nicht nur die Leistungsbeträge im Dauerrecht des Vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 28 bis 45d des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), sondern auch die des Übergangsrechts in den §§ 123 und 124 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, die bereits von § 49 Absatz 1 bis 3 und § 50 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfasst waren.
- 69.1.6 Der Besitzstandsschutz bezieht sich auf die jeweiligen Leistungshöchstbeträge der oben genannten Leistungen der jeweiligen Pflegestufe zum Umstellungszeitpunkt, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug. Kommt es zu einer Leistungsumstellung im häuslichen Bereich, werden ebenfalls die jeweiligen bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Leistungshöchstbeträge als Vergleichswerte herangezogen.
- 69.1.7 Der Besitzstandsschutz für den erhöhten Betrag für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 53 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie für vollstationäre Pflege nach § 55 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich nach Absatz 2.
- 69.1.8 Für Personen, die am 31. Dezember 2016 nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung arbeitslosenversicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit nach § 446 Absatz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch fort.
- 69.1.9 Die beitragspflichtige Behandlung richtet sich weiterhin nach den §§ 345 Nummer 8, § 347 Nummer 10, § 349 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, mit der Folge, dass die beitragsrechtliche Behandlung weiterhin auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen von 10 Prozent der (aktuellen) Bezugsgröße erfolgt.
- 69.2 Zu Absatz 2**
- 69.2.1 Die Höhe des Zuschlags errechnet sich aus der Differenz zwischen dem am 31. Dezember 2016 geltenden erhöhten Betrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung – das sind 208 Euro – und dem Entlastungsbetrag, der jeweils in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung festgelegt ist. Derzeit (Stand 1. Januar 2024) beträgt der Entlastungsbetrag 125 Euro monatlich, so dass der Zuschlag dann bei 83 Euro monatlich liegt. Wird der Entlastungsbetrag in der Folge angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend, so dass stets eine Leistungshöhe von bis zu 208 Euro monatlich für Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 2) erreicht wird.
- 69.2.2 Die Höchstleistungsansprüche sind jeweils getrennt voneinander zu vergleichen. Ist beispielsweise der ab 1. Januar 2017 geltende Höchstbetrag für die Pflegesachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1) nicht um mindestens 83 Euro höher als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, ist ein Zuschlag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Höhe von 83 Euro auf den Entlastungsbetrag zu gewähren, und zwar unabhängig davon, ob sich bei anderen Leistungen eine entsprechende Erhöhung ergibt (zum Beispiel bei Inanspruchnahme von

Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 bei entsprechender Erhöhung der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 um mindestens 83 Euro).

69.2.3 Aufgrund der ab 1. Januar 2017 geltenden Höchstbeträge für die Pflegesachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1), das Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2) und die teilstationäre Pflege nach § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 50) kommt die Regelung derzeit nur bei Pflegebedürftigen zum Tragen, die am 31. Dezember 2016 der Pflegestufe III zugeordnet waren und bei denen ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand im Sinne des § 36 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung vorlag. Bei einer künftigen Änderung der jeweiligen Höchstleistungsbeträge im Elften Buch Sozialgesetzbuch für das Pflegegeld (Pauschalbeihilfe), die Pflegesachleistung, die teilstationäre Pflege und den Entlastungsbetrag kann sich der betroffene Personenkreis ändern.

69.3 **Zu Absatz 3**

69.3.1 Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflege rentenversicherungspflichtig waren, besteht die Rentenversicherungspflicht nach § 141 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Eine gesonderte Prüfung der Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung ab 1. Januar 2017 für den Fortbestand der Rentenversicherungspflicht erfolgt nicht. Hiervon werden alle laufenden Versicherungsverhältnisse von Pflegepersonen erfasst.

69.3.2 Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person ermittelt als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt der höhere Pflegegrad nach § 140 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend. Die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung richtet sich in diesen Fällen nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgt.

69.3.3 Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich in den Bestandsfällen ab 1. Januar 2017 nach § 141 Absatz 4 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltendem Recht, soweit sich nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung unter Anwendung der aktuellen Bezugsgröße beziehungsweise der Bezugsgröße (Ost) jeweils ab 2017 keine höheren beitragspflichtigen Einnahmen ergeben. Für die Fortsetzung der Beitragszahlung ab 1. Januar 2017 sind in diesen Bestandsfällen daher Vergleichsberechnungen erforderlich.

69.3.4 In den Fällen der Additionspflege nach altem Recht (§ 166 Absatz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), bei der insgesamt eine beitragspflichtige Einnahme von 26,6667 Prozent der jeweiligen Bezugsgröße für alle Pflegetätigkeiten zu Grunde zu legen war, ist zu beachten, dass sich die beitragspflichtige Einnahme nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht für jede einzelne Pflegetätigkeit nach dem Pflegegrad und der Art des Leistungsbezugs des jeweiligen Pflegebedürftigen (§ 166 Absatz 2 Satz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch), bei Mehrfachpflege zusätzlich nach dem Anteil am Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen, richtet.

69.3.5 Der nach § 141 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch begründete Bestandsschutz gilt nach § 141 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu dem Zeitpunkt, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

- für den Pflegebedürftigen keine Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt,
- die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr ist,
- ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch eintritt oder
- eine Änderung in den Pflegeverhältnissen eintritt, die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen führt (zum Beispiel bei Änderung der Art der bezogenen Leistung wie Kombinationspflege statt Sachleistung).

69.3.6 Fällt der Grund für das Ende der Übergangsregelung wieder weg (zum Beispiel Wegfall eines Ausschlussgrundes nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) kann Versicherungs- und Beitragspflicht nur noch unter den Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nummer 1a und § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung bestehen.

69.4 **Zu Absatz 4**

69.4.1 Für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ambulant oder stationär zugelassene

Pflegeeinrichtungen kommt es nicht darauf an, ob diese eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben. Für Aufwendungen von Pflegebedürftigen, die unter den Anwendungsbereich des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fallen, sind abweichend von Abschnitt 6 die am 31. Dezember 2016 beihilfefähigen Höchstbeträge zu Grunde zu legen, wenn diese günstiger sind.

69.4.2 Aufgrund der Überleitungsregelungen und den damit verbundenen höheren beihilfefähigen Höchstbeträgen kommt die Regelung nur in wenigen Einzelfällen zum Tragen. Dies betrifft derzeit nur Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II ohne eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung im Bereich der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1).

69.4.3 Durch den Beihilfeberechtigten ist nachzuweisen, dass ein Anwendungsfall des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt. Hierzu ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.

II.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt mit Wirkung vom 24. März 2016 in Kraft. Gleichzeitig tritt die [Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung](#) vom 21. Oktober 2014 (SächsABl. SDR. S. S 265), enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 9. Dezember 2015 (SächsABl. SDR. S. S 374), außer Kraft.

Dresden, den 24. Februar 2016

Der Staatsminister der Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Anhänge

[Anhang 1](#)

[Anhang 2](#)

[Anhang 3](#)

[Anhang 4](#)

[Anhang 5](#)

[Anhang 6](#)

[Anhang 7](#)

[Anhang 8](#)

Änderungsvorschriften

Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zur Änderung der Verwaltungsvorschrift zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung

vom 10. Januar 2018 (SächsABl. SDR. S. S 74)

Zweite Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung (VwV-SächsBhVO)

vom 10. April 2019 (SächsABl. S. 663)

Dritte Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung

vom 1. Juni 2021 (SächsABl. S. 705)

Vierte Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung

vom 23. Oktober 2024 (SächsABl. S. 1285)

Fünfte Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen

Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung

vom 16. Mai 2025 (SächsABl. S. 582)

Sechste Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen
Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung (VwV-SächsBhVO)

vom 22. Juli 2025 (SächsABl. S. 803)

Zuletzt enthalten in

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

vom 1. Dezember 2023 (SächsABl. SDr. S. S 253)