

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

Vom 10. April 2019

I.

Die **VwV-SächsBhVO** vom 24. Februar 2016 (SächsABl. SDr. S. S 266), die durch die Verwaltungsvorschrift vom 10. Januar 2018 (SächsABl. SDr. S. S 74) geändert worden ist, enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 8. Dezember 2017 (SächsABl. SDr. S. S 378), wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1.1.1 Satz 3 werden nach dem Wort „verlangt“ die Wörter „(vergleiche zur Pflege auch BVerwG, Urteil vom 26. April 2018, 5 C 4/17)“ eingefügt.
2. In Nummer 3.5.1 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
3. Nummer 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 4.2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4.2.2 Satz 2 wird die Angabe „7k“ durch die Angabe „7i“ ersetzt.
 - bb) Nummer 4.2.5 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Es ist regelmäßig davon auszugehen, dass der Beihilfebescheid bei einer nachträglich festgestellten Überschreitung der Einkommensgrenze rückwirkend unrichtig geworden ist und insoweit nach § 48 des Verwaltungsverfahrensgesetzes binnen Jahresfrist zurückgenommen werden kann. 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 Beamtengesetzes 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).“
 - cc) Nummer 4.2.6 wird gestrichen.
 - b) Nummer 4.3.3 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„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 (vergleiche interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur ‚Prävention und Therapie der Adipositas‘, <http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/ADIP-6-2010.pdf>). Eine Notwendigkeit ist insbesondere bei folgenden Indikationen gegeben (vergleiche Nummer 3.2 der Leitlinie):

 1. BMI ≥ 40 kg/m² ohne Kontraindikationen bei Erschöpfung der konservativen Therapie,
 2. BMI zwischen 35 und 40 kg/m² und mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Folge-/Begleiterkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheit), sofern die konservative Therapie erschöpft ist.“
 - c) Nummer 4.4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 4.4.4 wird wie folgt gefasst:

„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 Physikalischen Therapie nicht gegeben. Die Physikalische Therapie fasst medizinische Behandlungsformen (im Wesentlichen physiotherapeutische Maßnahmen) zusammen, die natürliche Reaktionen auf äußere Reizsetzungen nutzen (Reiz-Reaktions-Prinzip). 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 ist gegeben, wenn ein Lipödem fortgeschrittenem 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 S1-Leitlinie 037/012: Lipödem). Zur Feststellung der Notwendigkeit soll insbesondere in Zweifelsfällen (Abgrenzung zu kosmetischen Eingriffen) ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes herangezogen werden.“

- bb) In Nummer 4.4.6 Satz 1 wird die Angabe „Buchstabe a“ durch die Angabe „Buchstabe b“ ersetzt.
- cc) Nach Nummer 4.4.6 wird die folgende Nummer 4.4.7 Nummer eingefügt:
 „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).“
- dd) Die bisherige Nummer 4.4.7 wird Nummer 4.4.8 und in Satz 1 werden nach dem Wort „Genexpressionsdiagnostik“ die Wörter „bei Mammakarzinom (zum Beispiel Mammaprint, OncotypeDX, EndoPredict und Prosigna-Test)“ eingefügt.
- d) Die Nummer 4.5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4.5.3 Satz 2 wird die Angabe „16“ durch die Angabe „16b“ ersetzt.
 - bb) Nummer 4.5.7 wird wie folgt gefasst:
 „4.5.7 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 9. Juli 2018 [ÄBS S. 368] 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. Pauschale Verwaltungsgebühren oder sonstige Gebühren sind nicht beihilfefähig.“
 - cc) Nummer 4.5.9 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Der Nummer 4.5.9.1.2 wird folgender Satz angefügt:
 „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“
 - bbb) In Nummer 4.5.9.1.4 wird Satz 5 und 6 aufgehoben.
 - ccc) Die folgenden Nummern 4.5.9.1.5 und 4.5.9.1.6 werden angefügt:
 „4.5.9.1.5 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.

4.5.9.1.6 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.“

ddd) In Nummer 4.5.9.2.10 Buchstabe c Satz 1 werden nach dem Wort „beihilfefähig“ die Wörter „(vergleiche OVG Bautzen, Urteil vom 24. August 2018, 2 A 887/16)“ eingefügt.

eee) Nummer 4.5.9.2.27 wird wie folgt gefasst:
„4.5.9.2.27Zu 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.“

fff) Nach Nummer 4.5.9.2.29 wird folgende Nummer 4.5.9.2.30 eingefügt:
„4.5.9.2.30Zu 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.“

ggg) Die bisherige Nummer 4.5.9.2.30 wird Nummer 4.5.9.2.31.

4. Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

„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 (Beamte 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 der Beamte 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 Beamte 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 3 (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 4 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 einzubeziehen. Darüber hinaus sind die von § 55 Absatz 4 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.

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 4 gilt der Bemessungssatz von 100 Prozent (§ 57 Absatz 8).

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.“

5. Nummer 9 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 9.2 Satz 4 wird die Angabe „Buchstabe M“ durch die Wörter „Großbuchstabe M Buchstabe b“ ersetzt.

b) In Nummer 9.5 Satz 2 werden die Wörter „§ 26 Absatz 2 und 5“ durch die Angabe „§ 26 Absatz 2“ ersetzt.

6. Die Nummern 16 bis 19 werden wie folgt gefasst:

„16 Zu § 16 Psychotherapeutische Leistungen

16.1 Zu Absatz 1

16.1.1 Als psychotherapeutischen Leistungen im engeren Sinne gelten die Psychotherapieverfahren mit den Behandlungsformen der psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie. Darüber hinaus sind Aufwendungen für probatorische Sitzungen, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die psychosomatische Grundversorgung beihilfefähig. Hinsichtlich der Behandlungsformen und Definitionen wird auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) hingewiesen.

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 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]).

16.3 Zu Absatz 3

- 16.3.1 Ist eine somatische Abklärung erforderlich, müssen Psychotherapeuten im Gutachterverfahren nach § 16b Absatz 3 Nummer 3 zusätzlich zu dem Bericht an den Gutachter mit dem Formblatt 2a im Anhang 3 den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vergleiche § 1 Absatz 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen. Auf Nummer 16b.3.6 wird hingewiesen.

16.4 Zu Absatz 4

- 16.4.1 Im gleichen Behandlungszeitraum sind nur Aufwendungen für ein Behandlungsverfahren beihilfefähig. Werden im Verlauf der Behandlung daneben (nicht genehmigte) Leistungen anderer Behandlungsverfahren abgerechnet, sind diese Aufwendungen nicht beihilfefähig. Aus Fürsorgegründen ist davon abzusehen, die Beihilfegewährung für die gesamte Maßnahme in Frage zu stellen und bereits gewährte Beihilfe zurückzufordern. Der Beihilferechtigte ist darüber zu informieren, dass bei einem weiteren Abweichen der Behandlung von der Genehmigung nach § 16b Absatz 3 eine Beihilfefähigkeit der künftigen Aufwendungen für die Behandlungsmaßnahme nicht mehr gegeben ist.

16a Zu § 16a Psychotherapeutische Akutbehandlung

- 16a.1 Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an mindestens eine probatorische Sitzung. Ziel ist es, die Fixierung oder Chronifizierung der psychischen Symptomatik zu vermeiden und die Symptomatik kurzfristig zu verbessern. Bei der Akutbehandlung ist ein Verfahren nach den § 17 oder § 18, für das die Anerkennung beantragt wurde, anzuwenden. Der Behandlungsbeginn erfolgt in der Akutsituation sofort, ohne dass bereits eine Anerkennung erteilt wurde. Die durchgeführten Sitzungen werden auf das später anerkannte Sitzungskontingent nach § 17 oder § 18 angerechnet. Beihilfefähig sind die Aufwendungen nach den Gebühren der Nummern 860 bis 865 oder 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Das Ermessen über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Akutbehandlungen über 24 Sitzungen hinaus ist streng auszuüben. Die Beihilfefähigkeit ist insbesondere dann gegeben, wenn der Bescheid über die Anerkennung der Behandlung aus Gründen, die dem Gutachter oder der Verwaltung zuzurechnen sind, nicht rechtzeitig erteilt werden konnte.
- 16a.2 Ein Krankheitsfall umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode

16b Zu § 16b Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

16b.1 Zu Absatz 1 (bleibt frei)

16b.2 Zu Absatz 2

16b.2.1 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.

16b.3 Zu Absatz 3

16b.3.1 Für probatorische Sitzungen sind die Aufwendungen im Rahmen der Gebühren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte ohne die Feststellung der Notwendigkeit der Behandlung durch einen Gutachter beihilfefähig (vergleiche Nummer 4.5.3).

16b.3.2 Für probatorische Sitzungen gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringer. Geeignete Gutachter für die Durchführung einer Begutachtung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 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 Obergutachter. Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) ist die jeweils geltende Fassung der Gutachterliste veröffentlicht. In besonderen Einzelfällen können auch von der Festsetzungsstelle benannte Gutachter herangezogen werden.

16b.3.3 Die Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben des Psychotherapeuten oder Arztes; dabei sind die Formblätter 1 und 2 im Anhang 3 zu verwenden. Die Einreichung der Unterlagen an den Gutachter hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. Die Festsetzungsstelle vergibt an den Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Code, der den Anfangsbuchstaben des Nachnamens und das Geburtsdatum enthalten soll. Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden.

16b.3.4 Hat die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des behandelnden Psychotherapeuten oder Arztes ergeben, kann auf die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens verzichtet werden.

16b.3.5 Der Beihilfeberechtigte hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 im Anhang 3 ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat der Beihilfeberechtigte oder der Patient den behandelnden Psychotherapeuten oder Arzt zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 im Anhang 3 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).

16b.3.6 Der Psychotherapeut oder Arzt soll das ausgefüllte Formblatt 2 im Anhang 3 und gegebenenfalls das Formblatt 2a im Anhang 3 (vergleiche Nummer 16.3.1) in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln und dabei auf das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder Patienten verweisen.

16b.3.7 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 3 im Anhang 3 einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 4 im Anhang 3 und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Arztes oder Psychotherapeuten (ungeöffnet!),
- b) das ausgefüllte Formblatt 1 im Anhang 3 (als Kopie),
- c) das Formblatt 4 im Anhang 3, in dreifacher Ausfertigung,
- d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache

gekennzeichneten Freiumschlag.

- 16b.3.8 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach dem Formblatt 4 im Anhang 3 – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung an den Psychotherapeuten oder Arzt weiter. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 5 im Anhang 3.
- 16b.3.9 Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte oder der Patient den behandelnden Psychotherapeuten oder Arzt zu ersuchen, den Erstbericht an den Gutachter auf dem Formblatt 2 im Anhang 3 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle und des Gutachters eingegangen werden sollte. Der Psychotherapeut oder Arzt soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln und dabei auf das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder des Patienten verweisen.
- 16b.3.10 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. Die Festsetzungsstelle leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Arztes oder Psychotherapeuten (ungeöffnet!),
 - b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
 - c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten. Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Psychotherapeut oder Arzt die in den §§ 16, 17 und 18 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 16b.3.11 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- 16b.3.12 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den vom Psychotherapeuten oder Arzt begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag) nach Formblatt 2 im Anhang 3 mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 im Anhang 3 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 16b.3.6 bis 16b.3.9 entsprechend.
- 16b.3.13 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
- 16b.3.14 Die Kosten des Gutachtens in Höhe von derzeit 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von derzeit 82 Euro jeweils zuzüglich Umsatzsteuer trägt die Festsetzungsstelle, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte für die Einleitung des Gutachterverfahrens.
- 16b.3.15 Für Beamte 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.
- 16b.4 Zu Absatz 4**
- 16b.4.1 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.
- 16b.4.2 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.

16b.5 Zu Absatz 5

16b.5.1 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 bis 4 oder des § 18 Absatz 3 bis 5 erfüllen.

16b.5.2 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.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 kann es notwendig sein, Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen. Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, 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.

17.3.2 Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte).

17.4 Zu Absatz 4

17.4.1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte).

- 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 ‚Symbol drama‘ bekannt.
- 18 Zu § 18 Verhaltenstherapie**
- 18.1 Zu Absatz 1**
- 18.1.1 Die Nummern 16a.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 (§ 16b Absatz 1) 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**
- 18.2.1 Eine Verhaltenstherapie, die nicht mehr als 10 Einzel- oder 20 Gruppensitzungen beansprucht, kann ohne Durchführung eines Begutachtungsverfahrens genehmigt werden. In diesen Einzelfällen sind die Qualifikation des Behandlers und die Indikation durch die Festsetzungsstelle zu prüfen.
- 18.3 Zu Absatz 3** (bleibt frei)
- 18.4 Zu Absatz 4**
- 18.4.1 Ob die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind, kann in der Regel nach den Angaben des Psychotherapeuten beurteilt werden.
- 18.5 Zu Absatz 5**
- 18.5.1 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Absätzen 3 oder 4 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Absätzen 3 oder 4 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 18.6 Zu Absatz 6** (bleibt frei)
- 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.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.“

7. In Nummer 20.2.3 Satz 1 werden nach dem Wort „in“ die Wörter „der Bundesrepublik“ eingefügt.

8. Nummer 21.3.2 wird wie folgt gefasst:

„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 10 Sibutramin	
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S; RECATOL mono
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	Antiadiposium Riemser
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 10 BX 07 Liraglutid	Saxenda
Fucus vesiculosus	Fucus-Gastreu S R59 Gracia Redumax
Calotropis gigantea (madar)	Cefamadar

Abmagerungsmittel (peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	alli; XENICAL; alle generischen Orlistat-Fertigarzneimittel

Sexuelle Dysfunktion

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil	CAVERJECT; CAVERJECT Impuls; MUSE; VIRIDAL; Vitaros HEXAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA; alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	Procomil; YOCON GLENWOOD; YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (Ausnahme Tadalafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern)	CIALIS alle generischen Tadalafil Fertigarzneimittel
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 10 Avanafil	SPEEDRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin- Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	PRILIGY
Turnera diffusa	Cefagil; DESEO; Neradin
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex Virilis – Gastreu S R41
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin

Nikotinabhängigkeit

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

Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	
Turnera diffusa	Cefagil; DESEO; Neradin; Remisens
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex; Virilis – Gastreu S R 41; Yohimbin Vitalkomplex

Ein nach Absatz 3 Nummer 1 ausgeschlossenes Arzneimittel kann im Einzelfall aus Fürsorgegründen als medizinisch notwendig und beihilfefähig anerkannt werden, sofern das Mittel ausschließlich für die 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.“

9. Nummer 22.4.1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „sogenannte ‚Lifestyleprodukte‘“ durch die Wörter „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“ ersetzt.
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„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).“

10. Nummer 23.2 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 23.2.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Großbuchstabe B Buchstabe s werden nach dem Wort „Glukosemesssysteme“ die Wörter „zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung“ eingefügt.
 - bb) Großbuchstabe C Buchstabe a und b wird wie folgt gefasst:
 - „a) Clavicula-Bandage
 - b) Cochlea-Implantat einschließlich Zubehör“
 - cc) Großbuchstabe E wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nach Buchstabe c wird folgender Buchstabe e eingefügt:

„e) Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde (zum Beispiel OrCam MyEye/MyReader)“
 - bbb) Der bisherige Buchstabe e wird Buchstabe f.
 - ccc) Nach Buchstabe f wird folgender Buchstabe g eingefügt:

„g) Elektroscooter bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung“
 - ddd) Die bisherigen Buchstaben f bis i werden Buchstaben h bis k.
 - dd) In Großbuchstabe F wird Buchstabe g aufgehoben und der bisherige Buchstabe h wird Buchstabe g.
 - ee) Großbuchstabe I wird wie folgt geändert:
 - aaa) Folgender Buchstabe d wird eingefügt:

„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 Dermatitis) oder wenn neben der Blasen- oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne Inkontinenzhilfe der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht. Inkontinenzhilfen sind auch beihilfefähig, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht wird.“
 - bbb) Die bisherigen Buchstaben d und e werden Buchstaben e und f.
 - ff) Großbuchstabe K wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nach Buchstabe r wird folgender Buchstabe s eingefügt:

„s) Krankenfahrstuhl und Zubehör“
 - bbb) Die bisherigen Buchstaben s bis v werden Buchstaben t bis w.
 - gg) In Großbuchstabe L Buchstabe c werden nach dem Wort „Auflagegestell“ ein Komma und die Wörter „Vorlesebrille/-kamera“ eingefügt.
 - hh) Großbuchstabe N wird wie folgt geändert:
 - aaa) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

„a) Nagelkorrekturspange (zum Beispiel Orthonyxie-Spange)“
 - bbb) Die bisherigen Buchstaben a und b werden Buchstaben b und c.
 - ii) Großbuchstabe O wird wie folgt geändert:
 - aaa) Buchstabe d wird aufgehoben.
 - bbb) Der bisherige Buchstabe e wird Buchstabe d.
 - jj) Großbuchstabe P wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nach Buchstabe f wird folgender Buchstabe g eingefügt:

„g) Phonator“
 - bbb) Die bisherigen Buchstaben g und h werden Buchstaben h und i.
 - kk) Großbuchstabe R wird wie folgt geändert:
 - aaa) Buchstabe e wird aufgehoben.
 - bbb) Der bisherige Buchstabe f wird Buchstabe e.
 - ll) In Großbuchstabe S Buchstabe v werden nach dem Wort „Strickleiter“ die Wörter „zum Aufrichten, Heben und Umsetzen Gelähmter“ angefügt.

mm) Großbuchstabe T wird wie folgt geändert:

aaa) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

„c) Therapiestuhl“

bbb) Die bisherigen Buchstaben c bis f werden die Buchstaben d bis g.

nn) Großbuchstabe U Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) Umsetzhilfen (Drehscheibe, Aufrichteschlaufe und Ähnliches)“

b) Nummer 23.2.3 wird wie folgt geändert:

aa) Großbuchstabe E wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe l wird aufgehoben.

bbb) Die Buchstaben m und n werden Buchstaben l und m.

bb) Großbuchstabe F wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe a wird aufgehoben.

bbb) Die Buchstaben b bis d werden Buchstaben a bis c.

cc) Großbuchstabe K Buchstabe h wird wie folgt gefasst:

„h) Krankenunterlagen (zum Beispiel Bettunterlagen, Gummiunterlagen), es sei denn, es handelt sich um eine Inkontinenzhilfe im Sinne von Nummer 23.2.1 Großbuchstabe l Buchstabe d“.

dd) Großbuchstabe Z Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Zweirad“.

11. In Nummer 24.2.1 Satz 2 wird die Angabe „Buchstabe a“ durch die Angabe „Buchstabe b“ ersetzt.

12. Die Nummern 26.2 bis 26.4 werden wie folgt gefasst:

„26.2 Zu Absatz 2

26.2.1 Die von Vertretern von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandten Heilmittel sind unter den Voraussetzungen und bis zu den Höchstbeträgen der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2 beihilfefähig. Die dortige Liste ist abschließend. Aufwendungen über die genannten Höchstbeträge hinaus sind nicht beihilfefähig; die Höchstbeträge für Beamte im Ausland bemessen sich nach den ortsüblichen Gebühren (§ 4 Absatz 7). Aufwendungen für osteopathische Behandlungen sind bis zu dem Höchstbetrag für manuelle Therapie beihilfefähig.

26.2.2 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.

26.2.3 Die schriftliche Verordnung eines Heilmittels kann auch von einem Zahnarzt für seinen Fachbereich erfolgen (vergleiche Nummer 26.1.1).

26.2.4 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- und Sprachtherapie
 - 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)
- 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,
 - Oecotrophologe,
 - Ernährungswissenschaftler

26.2.5 Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen.

26.2.6 Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Kunsttherapeuten, Malthérapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonder- oder Förderschullehrern, Sportlehrern, Motopäden, Orthoptisten oder Diplom-Ökotrophologen erbracht werden.

26.2.7 Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur, gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2.

26.2.8 Bei den in Anlage 3 zu § 26 Absatz 2 aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. Die vorgegebene Mindestbehandlungsdauer ist die Regelbehandlungszeit. Bei einer durch den verordnenden Arzt, Zahnarzt oder dem Leistungserbringer begründeten Abweichung von der Mindestbehandlungszeit ist eine anteilige Kürzung oder Erhöhung des 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).

26.3 Zu Absatz 3

26.3.1 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.

- 26.3.2 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.
- 26.3.3 Andere ärztlich verordnete Arten der Gerätegestützten Krankengymnastik (mit Sequenztrainingsgeräten für die oberen und unteren Extremitäten und den Rumpf oder Hebel- und Seilzugapparate für die Rumpf- und Extremitätenmuskulatur) sind nicht an die Voraussetzungen des Absatzes 3 gebunden und ohne Begrenzung der Sitzungszahl beihilfefähig.
- 26.3.4 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.
- 26.3.5 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.

26.4 Zu Absatz 4

- 26.4.1 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),
 - d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
 - e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
 - f) Anwendung entstauender Techniken,
 - g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
 - h) ergänzende Beratung,
 - i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
 - j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
 - k) Hilfsmittelversorgung,
 - l) interdisziplinäre Absprachen.“

13. Nummer 27 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 27.1.2 Satz 1 werden vor den Wörtern „sozialmedizinische Nachsorge“ die Wörter „Echotherapie bei benignen Schilddrüsenknoten und Fibroadenomen (zum Beispiel beim Gesundheitsverbund Nord),“ eingefügt.
- b) Nummer 27.3.1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„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.“
- c) In Nummer 27.5.3 Satz 2 wird die Angabe „und 5“ gestrichen.

14. Nummer 30.1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 30.1.1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
„Sie kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein.“
- b) Nummer 30.1.10 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„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).“

15. Nummer 31 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 31.1.3 wird wie folgt gefasst:

„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 SGB V von der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Vergütung. Erhöhte Aufwendungen, die auf Grund der besonderen Belange von zu betreuenden Kindern anfallen, sind beihilfefähig.“.

b) Nummer 31.2.2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Palliativversorgung in“ die Wörter „der Bundesrepublik“ eingefügt.

bb) Der Tabelle nach Satz 4 wird folgende Zeile angefügt:

Zeitraum	Ost	West
„1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019	258,30	280,35“

16. In Nummer 32.1.5 erster Anstrich werden die Wörter „§ 146 Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „§ 229 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

17. In Nummer 34.2 Satz 3 werden nach den Wörtern „ab 1. Januar 2014:“ die Wörter „im Regelfall“ eingefügt.

18. Nummer 37.2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 37.2.5 Satz 2 wird die Angabe „§ 16 Absatz 11“ durch die Angabe „§ 19 Absatz 5“ ersetzt.

b) In Nummer 37.2.7.1 Satz 1 werden die Wörter „§ 44 Absatz 1 Nummer 3 oder 4“ durch die Wörter „§ 64 Absatz 1 Nummer 3 oder 4“ ersetzt.

19. Nummer 38 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 38.1.1 Satz 3 Halbsatz 2 wird die Angabe „§ 16 Absatz 3 Satz 2“ durch die Angabe „§16b Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.

b) Nummer 38.2.3 wird wie folgt gefasst:

„38.2.3 Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- krankengymnastische Einzeltherapie,
- physikalische Therapie 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.“

20. Nummer 41 wird wie folgt geändert

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„41 Zu § 41 Früherkennungsuntersuchungen“

b) Nummer 41.0.3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 4“ die Angabe „und 5“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für das SCID-Screening für Kinder wird auf Nummer 42.5 verwiesen.“

c) Nummer 41.2 wird wie folgt geändert

aa) In Nummer 41.2.1 werden nach den Wörtern „(Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL)“ die Wörter „und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ eingefügt.

bb) In Nummer 41.2.2 Buchstabe c werden die Wörter „des Rektums und des übrigen Dickdarms“ durch die Wörter „der Früherkennung von Darmkrebs“ ersetzt.

d) Nummer 41.4 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 41.4.1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zugelassene 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, Frauenklinik
- Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Humangenetik
- 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
- Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- 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, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Universität Würzburg, Institut für Humangenetik“

bb) Folgende Nummer wird angefügt:

„41.4.4 Bei gesunden Männern, die potentielle Überträger der einschlägigen Genmutation sein können, ist bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen nur die Pauschale nach Nummer 2 Buchstabe b der Anlage 5 zur Sächsischen Beihilfeverordnung beihilfefähig.“

e) Nummer 41.5 wird wie folgt gefasst:

„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-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
 - 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 Für die Einschlusskriterien sind die Revidierten Bethesda-Kriterien zu Grunde zu legen. Danach muss mindestens ein Kriterium erfüllt sein:
- Patient mit kolorektalem Karzinom vor dem 50. Lebensjahr
 - Patient mit synchronen oder metachronen kolorektalen Karzinomen oder anderen HNPCC-assoziierten Tumoren (Tumoren in: Kolorektum, Endometrium, Magen, Ovarien, Pankreas, Ureter oder Nierenbecken, Gallengang, Dünndarm und Gehirn (meist Glioblastome wie bei Turcot-Syndrom) sowie Talgdrüsenadenome und Keratoakanthome (beim Muir-Torre-Syndrom), unabhängig vom Alter
 - Patient mit kolorektalem Karzinom mit MSI-H Histologie (Vorliegen von Tumorinfiltrierenden Lymphozyten, Crohn-ähnlicher lymphozytärer Reaktion, muzinöser/Siegelring-Differenzierung oder medullärem Wachstumsmuster) vor dem 60. Lebensjahr
 - Patient mit kolorektalem Karzinom (unabhängig vom Alter), der einen Verwandten 1. Grades mit einem kolorektalen Karzinom oder einem HNPCC-assoziierten Tumor vor dem 50. Lebensjahr hat
 - Patient mit kolorektalem Karzinom (unabhängig vom Alter), der mindestens zwei Verwandte 1. oder 2. Grades hat, bei denen ein kolorektales Karzinom oder ein HNPCC-assoziiertes Tumor (unabhängig vom Alter) diagnostiziert wurde
- 41.5.4 Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen. Die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen richtet sich nach Maßgabe des Abschnitts 2.
- 41.5.5 Im Ergebnis werden den Ratsuchenden in der sich der Genanalyse anschließenden interdisziplinären Beratung, die die Fachrichtungen Humangenetik, Gastroenterologische Onkologie, Gynäkologie und Chirurgie umfassen, individuelle Empfehlungen für die Krebsfrüherkennung gegeben. Aufwendungen für die Krebsfrüherkennung aufgrund der individuellen Empfehlungen sind beihilfefähig.“
- f) Nach Nummer 41.5 wird folgende Nummer angefügt:
- „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.“
21. Nach Nummer 42.4 wird folgende Nummer angefügt:
- „42.5 Beihilfefähig sind nach der Kinder-Richtlinie auch Aufwendungen für das Neugeborenen-Screening auf schwere kombinierte Immundefekte (Severe combined Immunodeficiency, SCID).“
22. Nach Nummer 43.3 wird folgende Nummer angefügt:
- „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 SGB V).“

23. Nummer 45 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 45.1.11 werden folgende Nummern eingefügt:

„45.1.12 Die dem berücksichtigungsfähigen Ehegatten zuzurechnenden Aufwendungen sind aufgrund von § 5 Absatz 4 Satz 1 nicht beihilfefähig, wenn dieser gesetzlich krankenversichert ist.

45.1.13 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.“

b) Die Nummern 45.3.3 bis 45.3.5 werden wie folgt gefasst:

„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 dreimal 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 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.“

c) Nummer 45.4 wird wie folgt gefasst:

„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.“

24. In Nummer 47.4.4 Satz 1 werden die Wörter „von Organ- oder Gewebespendern vom 15. November 2012“ durch die Wörter „der Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen vom 18. November 2015“ ersetzt.

25. Der Nummer 49.6.2 wird folgender Satz angefügt:

„Beihilfefähig ist der sich aus § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Betrag. Für die jeweilige beratende Stelle sind die Vergütungssätze von 23 beziehungsweise 33 Euro nach § 37 Absatz 3 Satz 5 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange beihilfefähig, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird (§ 146 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).“

26. Nummer 49b wird wie folgt geändert:

a) Nummer 49b.1.1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 49b.1.1.3 Satz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Nach der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2019 beträgt die monatliche Bezugsgröße im Kalenderjahr 2019 3 115 Euro (West) beziehungsweise 2 870 Euro (Ost). Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt damit im Jahr 2019 monatlich 1 038,33 Euro (West) beziehungsweise 956,67 Euro (Ost).“

bb) In Nummer 49b.1.1.4 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2018“ durch die Angabe „1. Januar 2019“ ersetzt.

cc) In Nummer 49b.1.1.4 Satz 2 werden die Wörter „1. Januar 2018: 1,0 Prozent“ durch die Wörter „1. Januar 2019: 0,9 Prozent“ ersetzt.

dd) In Nummer 49b.1.1.4 Satz 3 werden die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „158,34“ durch die Angabe „160,94“ und die Angabe „140,14“ durch die Angabe „148,28“ ersetzt.

ee) In Nummer 49b.1.1.5 wird die Angabe „2018: 2,55“ durch die Angabe „2019: 3,05“ und die Wörter „2018 monatlich höchstens 25,88 Euro und 28,42 Euro [West] beziehungsweise 22,91 Euro und 25,15 Euro [Ost]“ werden durch die Wörter „2019 monatlich höchstens 31,67 Euro und 34,26 Euro [West] beziehungsweise 29,18 Euro und 31,57 Euro [Ost]“ ersetzt.

b) In Nummer 49b.1.2.1 Satz 3 werden die Wörter „2018: 4 425,00 Euro monatlich/147,50 Euro täglich, 70 Prozent hiervon sind 3 097,50 Euro monatlich/103,25“ durch die Wörter „2019: 4 537,50 Euro monatlich/151,25 Euro täglich, 70 Prozent hiervon sind 3 176,25 Euro monatlich/105,88“ ersetzt.

c) In Nummer 49b.2.7.5 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

d) Nummer 49b.2.9 wird wie folgt gefasst:

„49b.2.9 Beispiel zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes und der hierauf entfallenden Beiträge (Stand: 1. Januar 2019)

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 1 280 Euro und netto 855,56 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 8 Kalendertage anzusetzen.

Das für einen Kalendertag ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt:

- Brutto: $1\,280 \text{ Euro} / 8 =$ 160,00 Euro
- Netto: $855,56 \text{ Euro} / 8 =$ 106,95 Euro

Die kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenzen betragen in der

- Krankenversicherung: $54\,450 \text{ Euro} / 360 =$ 151,25 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: $73\,800 \text{ Euro} / 360 =$ 205,00 Euro

Für die Beiträge zur Krankenversicherung ist das kalendertägliche ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Beitragsbemessungsgrenze zu kürzen: 151,25 Euro

Für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung ist weiter zu rechnen mit: 160,00 Euro

Nach Kürzung auf 80 Prozent ergeben sich folgende beitragspflichtige Einnahmen:

- Krankenversicherung: $151,25 \text{ Euro} \times 80 \text{ Prozent} =$ 121,00 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: $160 \text{ Euro} \times 80 \text{ Prozent} =$ 128,00 Euro

Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes:

- 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts: $106,95 \text{ Euro} \times 90 \text{ Prozent} =$ 96,26 Euro
- begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung: $151,25 \text{ Euro} \times 70 \text{ Prozent} =$ 105,88 Euro

Die Höchstgrenze wird nicht überschritten, das Pflegeunterstützungsgeld beträgt daher kalendertäglich für acht Kalendertage 770,08 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Krankenversicherung:

- allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent
- voller allgemeiner Beitrag: $121 \text{ Euro} \times 14,6 \text{ Prozent} =$ 17,67 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: $96,26 \text{ Euro} \times 7,3 \text{ Prozent} =$ 7,03 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 10,64 Euro
- Zusatzbeitrag: $121 \text{ Euro} \times 0,8 \text{ Prozent} =$ 0,97 Euro
- Gesamtbeitrag: $17,67 \text{ Euro} + 0,97 \text{ Euro} =$ 18,64 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Rentenversicherung:

- Beitragssatz: 18,6 Prozent
- voller Beitrag: $128 \text{ Euro} \times 18,6 \text{ Prozent} =$ 23,81 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: $96,26 \text{ Euro} \times 9,3 \text{ Prozent} =$ 8,95 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 14,86 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung:

- Beitragssatz: 2,5 Prozent
- voller Beitrag: $128 \text{ Euro} \times 2,5 \text{ Prozent} =$ 3,20 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: $96,26 \text{ Euro} \times 1,25 \text{ Prozent} =$ 1,20 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 2,00 Euro

27. In Nummer 50.2.2 Satz 2 wird das Wort „Nachrhythmusses“ durch das Wort „Nachrhythmus“

ersetzt.

28. Nummer 55 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 55.1.13 Satz 1 werden die Wörter „von der Pflegestufe“ durch die Wörter „vom Pflegegrad“ ersetzt.

b) Der Nummer 55.5.3 wird folgender Satz angefügt:

„Das gilt auch für Renten, die zwar aus eigenen Mitteln finanziert werden, für die aber daneben staatliche Zulagen gewährt werden oder die zum Sonderausgabenabzug berechtigten (zum Beispiel „Riester-Rente“).“

29. In Nummer 59.3.2 Satz 1 werden die Wörter „§ 20 Absatz 1 Nummer 3“ durch die Wörter „§ 20 Absatz 1 Nummer 4“ ersetzt.

30. Nummer 60.3.1 wird wie folgt gefasst:

„60.3.1 Bei einem Wechsel eines bisher beim Bund oder einem anderen Land Beschäftigten sind die beim bisherigen Dienstherrn im Kalenderjahr angefallenen Selbstbehalte, Kostendämpfungspauschalen oder vergleichbare Eigenbehalte zu berücksichtigen. Wird nach dem Tod des Beihilfeberechtigten die Witwe selbst beihilfeberechtigt, ist der beim Verstorbenen schon für das Kalenderjahr einbehaltene Selbstbehalt bei der Beihilfefestsetzung für die Witwe entsprechend Satz 1 zu berücksichtigen.“

31. Der Nummer 61.4.1 wird folgender Satz angefügt:

„Entsprechendes gilt für Fälle im Sinne der Nummer 60.3.1 Satz 2.“

32. Nummer 62.5 wird wie folgt gefasst:

„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 nach Anhang 6, 7 oder 8 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 verwendet werden. Die Festsetzungsstelle überweist die Beihilfe an den Rechnungssteller. Der Beihilfeberechtigte erhält einen Bescheid über die geleistete Zahlung zusammen mit den Rechnungsbelegen. Ein gegebenenfalls noch offener Selbstbehalt ist bei dem nächsten Beihilfebescheid außerhalb einer Direktabrechnung zu berücksichtigen. Der Beihilfeberechtigte ist darauf entsprechend hinzuweisen. Bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 SGB V 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 Formblatt nach Anhang 8 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) 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 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.
- 65.5.2.4 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.“

33. Nummer 65 wird wie folgt gefasst:

„65 Zu § 65 Übergangsvorschriften

65.1 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. Januar 2019 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.“

34. In Anhang 1.1 und 1.2 wird jeweils der ersten Unterschriftenzeile folgender Absatz vorangestellt:

„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“

35. In Anhang 2 wird der Unterschriftenzeile folgender Absatz vorangestellt:

„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“

36. Anhang 3 wird wie folgt geändert:

- a) Der Verweis in der Zeile unter der Bezeichnung „Anhang 3“ wird wie folgt gefasst:
„(VwV zu § 16b Absatz 3)“
- b) Formblatt 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Verweis nach der Bezeichnung „Formblatt 1“ wird wie folgt gefasst:
„(zu VwV 16b.3)“
 - bb) Abschnitt IV Nummer 2 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Nummer 2.1 wird der Absatz nach der Zeile „□ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ wie folgt gefasst:
„Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene ‚vertiefte Ausbildung‘ nach § 8 Absatz 1, 3 PsychThG und entsprechend § 17 Absatz 3 Satz 1 und 2 oder § 18 Absatz 4 Satz 1 SächsBhVO vor?“
- bbb) In Nummer 2.2 wird der Absatz vor der Zeile „□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ wie folgt gefasst:
„Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit § 17 Absatz 3 Satz 2 und 3 sowie § 18 Absatz 4 Satz 2 SächsBhVO und § 95c Satz 2 Nummer 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.“
- c) Formblatt 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Der Verweis nach der Bezeichnung „Formblatt 2“ wird wie folgt gefasst:
„(zu VwV 16b.3)“
- bb) In Abschnitt IV Unterabschnitt „Bericht des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie“ Nummer 5 Satz 1 wird das Wort „Verhaltensexessen“ durch das Wort „Verhaltensexzessen“ ersetzt.
- d) In Formblatt 2a bis 5 wird jeweils der Verweis nach der Formblattbezeichnung wie folgt gefasst:
„(zu VwV 16b.3)“.
37. In Anhang 5 wird nach Nummer 6 eine Leerzeile und folgender Absatz eingefügt:
„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung
Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“
38. Anhang 6 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift des Antrages werden die Wörter „bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 3 Tagen“ gestrichen.
- b) Nummer 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach dem Abschnitt „Erklärungen der beihilfeberechtigten Person“ wird nach dem letzten Anstrich folgender Absatz eingefügt:
„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung
Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“
- bb) Nach dem Abschnitt „Erklärungen der behandelten volljährigen Person“ wird nach dem letzten Anstrich folgender Absatz eingefügt:
„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung
Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“
39. Anhang 7 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift des Antrages werden die Wörter „bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 3 Tagen“ gestrichen.
- b) Nummer 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach dem Abschnitt „Erklärungen der beihilfeberechtigten Person“ wird nach dem letzten Anstrich folgender Absatz eingefügt:

„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“

- bb) Nach dem Abschnitt „Erklärungen der behandelten volljährigen Person“ wird nach dem letzten Anstrich folgender Absatz eingefügt:

„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“

40. Anhang 8 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift des Antrages werden die Wörter „bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 3 Tagen“ gestrichen.
- b) Nummer 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Im Abschnitt „Hinweise“ Absatz 3 werden die Wörter „oder das Einkommen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des § 55 Absatz 5 SächsBhVO“ gestrichen und nach der Angabe „§ 62 Absatz 1“ wird die Angabe „SächsBhVO“ eingefügt.

- bb) Im Abschnitt „Hinweise“ wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„Wird Beihilfe nach § 55 Absatz 4 SächsBhVO wegen Überschreitung der Höchstbeträge nach § 55 Absatz 1 SächsBhVO 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 SächsBhVO) vorzulegen.“

- cc) Nach dem Abschnitt „Erklärungen der beihilfeberechtigten Person“ wird nach dem letzten Anstrich folgender Absatz eingefügt:

„Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.“

- c) Nummer 5 wird wie folgt geändert:

- aa) Im Abschnitt nach der Überschrift wird Absatz 1 wie folgt gefasst:

„Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit der Rechnung an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden.“

- bb) Der Abschnitt „Hinweise“ wird wie folgt gefasst:

„Hinweise:

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.

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.“

II.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Dresden, den 10. April 2019

Der Staatsminister der Finanzen
Dr. Matthias Haß