

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

Vom 1. Juni 2021

I.

Die **Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung** vom 24. Februar 2016 (SächsABl. SDr. S. S 266), die zuletzt durch die Verwaltungsvorschrift vom 10. April 2019 (SächsABl. S. 663) geändert worden ist, zuletzt enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 9. Dezember 2019 (SächsABl. SDr. S. S 352), wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1.2.4 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden die Wörter „oder während der Inanspruchnahme von Elternzeit“ gestrichen.

bbb) Die Absatzbezeichnung „a)“ wird gestrichen.

ccc) Buchstabe b wird aufgehoben.

bb) Nummer 1.2.5 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.

bbb) Folgender Satz wird angefügt:

„Werden Beamte oder Richter nach § 99 Absatz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes oder § 8b Absatz 1 des Sächsischen Richtergesetzes unter Feststellung wichtiger dienstlicher Interessen ohne Dienstbezüge beurlaubt, ist das Einvernehmen des Staatsministeriums der Finanzen für das Fortbestehen der Beihilfeberechtigung bis zum Beginn des Ruhestandes im Sinne des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Sächsischen Beamtengesetzes generell erteilt.“

cc) Nummer 1.2.6 wird wie folgt gefasst:

„1.2.6 Nach Ablauf der Monatsfrist des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 des Sächsischen Beamtengesetzes besteht eine Beihilfeberechtigung nur noch, wenn wieder Anspruch auf Dienstbezüge besteht oder eine Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 oder 4 des Sächsischen Beamtengesetzes gegeben ist. Liegt ein neuer Freistellungsgrund im Sinne des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 des Sächsischen Beamtengesetzes vor, beginnt die Monatsfrist erneut, wenn vor der erneuten Freistellung eine Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 Nummer 1, 2, 3 oder 4 des Sächsischen Beamtengesetzes bestanden hat. Für die Berechnung gelten die allgemeinen Bestimmungen der §§ 186 bis 193 des Bürgerlichen Gesetzbuches.“

b) Nummer 1.3.3 wird wie folgt gefasst:

„1.3.3 Eine Aufrechnung gegen Beihilfeansprüche ist nicht zulässig (BVerwG, Urteil vom 10. April 1997, 2 C 7/96; BGH, Beschluss vom 5. November 2004, IXa ZB 17/04), auch wenn der Anspruch, mit dem der Dienstherr aufrechnen will, auf einer vorsätzlichen unerlaubten Handlung beruht (OVG Münster, Beschluss vom 26. November 2018, 1 B 1281/18). Im Unterschied zur früheren Rechtslage ist die Vererblichkeit des Beihilfeanspruchs nicht ausgeschlossen (BVerwG, Urteil vom 29. April 2010, 2 C 77/08).“

c) In Nummer 1.4.2 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

2. In Nummer 2.2.1 Satz 2 wird nach dem Wort „Beispiel“ ein Komma eingefügt.

3. Nummer 3.2.2 wird wie folgt gefasst:

„3.2.2 Selbst beihilfeberechtigt ist ein Angehöriger auch dann, wenn er einen eigenständigen Anspruch auf Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilfe Regelungen für Beamte mit Anspruch auf Besoldung des anderen Dienstherrn hat. Regelungen anderer Dienstherrn, wonach Beihilfeansprüche oder vergleichbare Krankenfürsorgeansprüche entfallen, wenn der Beamte berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wird (beispielsweise § 92 Absatz 5 Satz 2 des Bundesbeamtengesetzes, § 64 Absatz 5 Satz 2

des Beamten-gesetzes Nordrhein-Westfalen, Artikel 89 Absatz 4 des Bayerischen Beamten-gesetzes), entfalten wegen fehlender Gesetzgebungskompetenz und Regelungsbefugnis keine Wirkung auf sächsisches Recht, sondern können nur im Geltungsbereich des jeweils anderen Beamten-gesetzes gelten. Der andere Dienstherr kann seine aus dem bei Beurlaubung weiterbestehenden Dienstverhältnis des Beamten zu ihm bestehende Einstands- und Fürsorgepflicht auch durch gesetzliche Regelungen nicht auf einen außerhalb seines Rechtskreises stehenden Dienstherrn abwälzen.“

4. Nummer 4 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4.2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4.2.1 Satz 1 wird das Wort „mehr“ gestrichen.

bb) Nummer 4.2.2 wird wie folgt geändert:

aaa) Satz 3 wird aufgehoben.

bbb) Der bisherige Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Hat der berücksichtigungsfähige Angehörige eine rückwirkende Zahlung auf Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes erhalten (zum Beispiel Nachzahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente), ist diese dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem der Zahlungsanspruch bestanden hat. Nachzahlungen für mehrere Kalenderjahre sind entsprechend aufzusplitten. Wird dadurch der Ehegattengrenzbetrag rückwirkend überschritten, ist bereits ausgezahlte Beihilfe für Aufwendungen des berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus den Jahren vor der erfolgten Nachzahlung zu belassen.“

b) Nummer 4.3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4.3.1 Satz 1 wird das Wort „Vorsorgemaßnahmen“ durch die Wörter „Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen“ ersetzt.

bb) Nummer 4.3.8 Satz 6 wird aufgehoben.

cc) Nach Nummer 4.3.8 wird folgende Nummer 4.3.9 eingefügt:

„4.3.9 Zu prüfen ist auch, ob der Härtefall eingetreten ist, weil der Beihilfeberechtigte seiner in § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes statuierten Krankenversicherungspflicht beziehungsweise in § 23 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Pflegeversicherungspflicht nicht nachgekommen ist; gegebenenfalls ist der Beihilfeberechtigte auf die Bußgeldvorschrift des § 121 Absatz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Dies gilt ebenso für den berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Mit Urteil vom 26. April 2018, 5 C 4/17 hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass ein Beamter über die Beihilfevorschriften hinausgehende Beihilfe zu pflegebedingten Aufwendungen nicht unmittelbar aus dem Fürsorgegrundsatz beanspruchen kann, wenn er oder sein berücksichtigungsfähiger Ehegatte es unterlassen haben, zumutbare Eigenvorsorge durch den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung zu betreiben.“

dd) Die bisherige Nummer 4.3.9 wird Nummer 4.3.10 und nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Allein aus der Tatsache, dass eine Behandlung möglicherweise sinnvoll ist, folgt jedoch nicht, dass sie im Rahmen der Beihilfe als Härtefall zu erstatten wäre. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode im konkreten Einzelfall zu einem therapeutischen Erfolg geführt hat, da eine solche ‚Erfolgsabhängigkeit‘ dem Beihilferecht fremd ist (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94; OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 8. Oktober 2020, OVG 10 N 62/20 zu einer Beihilfe für eine Protonentherapie zur Behandlung eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms).“

ee) Die bisherigen Nummern 4.3.9.1 bis 4.3.9.3 werden die Nummern 4.3.10.1 bis 4.3.10.3.

ff) Die bisherige Nummer 4.3.10 wird die Nummer 4.3.11.

c) Nummer 4.4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4.4.4 Satz 1 werden die Wörter „Physikalischen Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt und Satz 2 wird gestrichen.

bb) Nummer 4.4.8 wird wie folgt gefasst:

„4.4.8 Die Aufwendungen für biomarkerbasierte Testverfahren zur Durchführung einer Genexpressionsdiagnostik beim primären Mammakarzinom sind dem Grunde nach

im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlung beihilfefähig. Diese Tests bestimmen das Rezidivrisiko beziehungsweise die Chancen einer Chemotherapie (vergleiche auch Nummer 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung). Die Notwendigkeit von Genexpressionsanalysen ist gegeben, wenn die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten medizinischen Indikationen und Voraussetzungen (vergleiche Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2) vorliegen oder diese im Einzelfall nachvollziehbar begründet ist. Die Durchführung kann auch außerhalb der ASV erfolgen. Im Rahmen einer stationären Behandlung sind die Aufwendungen ebenfalls gesondert beihilfefähig. Beihilfefähig sind insbesondere die Aufwendungen für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen Tests (Stand 1. Januar 2021: MammaPrint®, Oncotype DX Breast Recurrence Score®, EndoPredict® und Prosigna®) sowie die von der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfohlenen Genexpressionstests. Zur Beurteilung der wirtschaftlichen Angemessenheit der Aufwendungen können zur Orientierung die für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Vergütungen herangezogen werden. Solange es keine Vergütungsvereinbarungen hierzu gibt, sind Aufwendungen bis zu 4 000 Euro dem Grunde nach beihilfefähig. Sofern Vereinbarungen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen geschlossen werden, sind diese maßgeblich für die Beihilfefähigkeit. Das Staatsministerium der Finanzen wird über Vereinbarungen der PKV informieren. Die Auslagen müssen nicht gesondert aufgeschlüsselt sein.“

cc) Folgende Nummer 4.4.9 wird angefügt:

„4.4.9 Bei der Behandlung der sogenannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), der fettig-degenerativen Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen oder ähnlichen Diagnosen, handelt es sich um medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist. Darüber hinaus ist das vermeintliche Krankheitsbild der NICO weder nach ICD10 Schlüssel noch in den Verzeichnissen der WHO als Erkrankung gelistet. Es besteht daher keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik und der Behandlungen dieser Erkrankung, wie zum Beispiel Cavitat-Diagnostik, OroTox-Tests sowie die Entfernung eines chronischen NICOSTörfeldes. Aufwendungen für diese Maßnahmen sind nicht beihilfefähig.“

d) Nummer 4.5.9.2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4.5.9.2.10 Buchstabe c Satz 1 werden die Wörter „OVG Bautzen, Urteil vom 24. August 2018, 2 A 887/16“ durch die Wörter „BVerwG, Urteil vom 5. März 2021, 5 C 11/19, OVG Bautzen, Urteile vom 24. August 2018, 2 A 887/16 und 5. Juli 2019, 2 A 301/17“ ersetzt und in Satz 6 werden nach dem Wort „hierzu“ die Wörter „OVG Bautzen, Urteil vom 5. Juli 2019, 2 A 301/17,“ eingefügt.

bb) Nach Nummer 4.5.9.2.23 wird folgende Nummer 4.5.9.2.24 eingefügt:

„4.5.9.2.24 Zu Nummer 5210

Im Falle einer sattelfreien, rein parodontal abgestützten teleskopierenden Brücke – im Gegensatz zu einer Teleskopprothese – sind die Aufwendungen für die Nummer 5210 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte nicht zusätzlich zu den Nummern 5040 und 5070 beihilfefähig.“

cc) Die bisherige Nummer 4.5.9.2.24 wird Nummer 4.5.9.2.25.

dd) Die bisherige Nummer 4.5.9.2.25 wird aufgehoben.

ee) Der Nummer 4.5.9.2.26 wird folgender Satz angefügt:

„Zusätzliche Aufwendungen in analoger Anwendung der Nummern 6100 und 6140 sind nicht beihilfefähig (BVerwG, Urteil vom 26. Februar 2021, 5 C 7/19).“

ff) Folgende Nummer 4.5.9.2.32 wird angefügt:

„4.5.9.2.32 Analogabrechnung gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte

a) Wurzelamputation

Die Entfernung einer oder mehrerer Wurzeln eines mehrwurzeligen Zahnes (Wurzelamputation) unter Belassung der klinischen oder prothetischen Krone stellt eine selbstständige Leistung dar und wird

gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet. Angemessen sind insbesondere – je nach Aufwand – Aufwendungen für die Gebühren nach den Nummern 3110, 3120 oder 3130.

b) ‚Table Tops‘

‚Table Tops‘ als langzeitprovisorische Maßnahme im indirekten Verfahren (laborgefertigt) stellen eine selbstständige Leistung dar und werden gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet. Angemessen sind insbesondere Aufwendungen nach Nummer 7080. Im Falle einer adhäsiven Befestigung sind zusätzlich Aufwendungen nach Nummer 2197 beihilfefähig.

c) ‚Table Tops‘ als definitive Maßnahme sind als Oberbegriff für die Versorgung von verlorengegangenen Funktionsflächen als Folge einer Fehlfunktion der Okklusion und Artikulation zu verstehen. Entsprechend des Defektes unterscheiden sich die Table Tops in ihrer Ausdehnung voneinander. Dementsprechend richtet sich die Beihilfefähigkeit der analog abgerechneten Aufwendungen nach der konkreten Ausdehnung der verlorengegangenen Funktionsflächen. Table Tops sind nur beihilfefähig, wenn alle notwendigen Schritte einer Funktionsdiagnostik/-therapie durchgeführt worden sind (zum Beispiel Schienentherapie).

d) Das Umarbeiten einer definitiven Krone oder Brücke zu einem Provisorium sowie die Wiederbefestigung der definitiven Krone oder Brücke zum provisorischen Verbleib sind im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben. Die Leistung wird gemäß § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet. Angemessen sind die Aufwendungen insbesondere – je nach Aufwand – für die Nummern 2260, 2270 oder 5120 je Zahn beziehungsweise Brückenpfeiler. Das Wiedereingliedern dieses Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Analoggebühr abgegolten und nicht gesondert beihilfefähig.

e) Nummer 4.6.1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden. Beispiele sind:

- a) Vergütungsvereinbarungen des PKV-Verbandes mit Cyberknife-Zentren,
- b) Kooperationsvereinbarung des PKV-Verbandes mit der Tele-Arzt-GmbH,
- c) Rahmenvereinbarung des PKV-Verbandes mit dem Universitätsklinikum Köln und Kooperationspartnern über die Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie bei Lungenkrebs im Netzwerk Genomische Medizin (NGM).“

f) Folgende Nummer 4.8 wird angefügt:

„4.8 Zu Absatz 8

4.8.1 Das Staatsministerium der Finanzen gibt die vorübergehenden Änderungen einschließlich deren Geltungsdauer bekannt.“

5. Nummer 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 5.1.1 Satz 1 werden die Wörter „der Sprachheilpädagogik,“ gestrichen.
- b) Nummer 5.2 wird aufgehoben.
- c) Die bisherige Nummer 5.3 wird Nummer 5.2 und wie folgt geändert:
 - aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.
 - bb) Die bisherigen Nummern 5.3.1 und 5.3.2 werden die Nummern 5.2.1 und 5.2.2.
- d) Die bisherige Nummer 5.4 wird Nummer 5.3 und wie folgt geändert:
 - aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
 - bb) Die bisherigen Nummern 5.4.1 bis 5.4.4 werden die Nummern 5.3.1 bis 5.3.4.
- e) Die bisherige Nummer 5.5 wird Nummer 5.4 und wie folgt geändert:
 - aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
 - bb) Die bisherige Nummer 5.5.1 wird die Nummer 5.4.1.

6. Nummer 6 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 6.1.4 werden folgende Nummern 6.1.5 und 6.1.6 eingefügt:

„6.1.5 Erstattungsleistungen können zum Beispiel auch aufgrund von Vorschriften, die auf § 10 Absatz 2, 4 oder 6 des Bundesversorgungsgesetzes Bezug nehmen (zum Beispiel § 4 des Häftlingshilfegesetzes, § 1 des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, §§ 80 ff. des Soldatenversorgungsgesetzes) bestehen.

6.1.6 Die Leistung einer die Beihilfe ergänzenden privaten Krankenversicherung ist keine anrechenbare vorrangige Erstattungsleistung im Sinne dieser Vorschrift (vergleiche Nummer 58.1.4).“

b) Nummer 6.2.1 wird wie folgt gefasst:

„6.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss. Der Festzuschuss umfasst ab 1. Oktober 2020 60 Prozent (zuvor 50 Prozent) der jeweiligen Regelversorgung. Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann sich der Festzuschuss maximal auf 75 Prozent (zuvor 65 Prozent) erhöhen. Der maximal zu erreichende Festzuschuss der jeweiligen Regelversorgung wird sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von einer tatsächlichen Zahlung der gesetzlichen Krankenversicherung stets angerechnet.“

c) Nummer 6.3.1 wird wie folgt gefasst:

„6.3.1 Absatz 3 bezieht sich auf die in Absatz 1 genannten Erstattungs- und Sachleistungen. Die Höhe der auf den beihilfefähigen Betrag anzurechnenden Erstattungsleistung ergibt sich aus der Differenz zwischen der gegenüber dem Dritten dem Grunde nach zustehenden Anspruchshöhe und etwaiger Eigenbeteiligungen und Selbstbehalte.“

7. Nummer 7.1.2 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Für die übrigen Mitglieder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) Island, Liechtenstein und Norwegen sowie für lediglich mit der EU assoziierte Länder und Hoheitsgebiete im Sinne des Anhangs II zum AEUV (zum Beispiel Grönland, Französisch-Polynesien, Aruba, Curaçao) und sonstige besondere Gebiete (zum Beispiel Färöer – Artikel 355 Absatz 5 AEUV) beurteilt sich die Beihilfefähigkeit nach Absatz 2. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die ab dem 1. Januar 2021 im Vereinigten Königreich und Nordirland entstanden sind, ist ebenfalls nach Absatz 2 zu beurteilen.“

8. In Nummer 8.1 Satz 2 wird das Wort „Vorsorgeuntersuchung“ durch die Wörter „Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchung“ ersetzt.

9. Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10 Zu § 10 Zahnärztliche Leistungen

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

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

10. In Nummer 11.2.1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Ausnahmeindikationen sind eng zu interpretieren.“

11. Die Nummern 12 und 13 werden wie folgt gefasst:

„12 Zu § 12 Kieferorthopädische Leistungen

12.1 Zu Absatz 1

12.1.1 Kieferorthopädische Behandlungen beginnen im Regelfall ab Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss). Im Einzelfall können auch frühere Behandlungen notwendig sein. Auf Absatz 3 und Nummer 12.3 wird hingewiesen.

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

aus 7 000 Euro, somit bis zu 4 375 Euro beihilfefähig. Die Höhe der bei der Krankenkasse geltend gemachten Quartalspauschalen (zum Beispiel Zwölftel-Anteile oder Sechzehntel-Anteile) ist nicht zu berücksichtigen.

- 12.1.10 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.
- 12.1.11 Mit der myofunktionellen Therapie werden Fehlfunktionen der Zungen-, Lippen-, Wangen- und Kaumuskulatur behandelt, um daraus entstehende Zahn- und Kieferfehlstellungen zu verhindern. Ist die myofunktionelle Therapie Bestandteil der kieferorthopädischen Behandlung, sind die Höchstbeträge nach § 12 anzuwenden. Findet die myofunktionelle Therapie außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung statt, sind die Aufwendungen nach § 10 beihilfefähig. Im Rahmen der myofunktionellen Therapie entstehende Aufwendungen für vom Zahnarzt oder Kieferorthopäden verordnete Heilmittel (zum Beispiel gezielte Übungsbehandlungen, manuelle Therapie oder logopädische Behandlungen) sind nach § 26 in Verbindung mit der Anlage 3 im notwendigen Umfang beihilfefähig. Erbringt der Zahnarzt oder Kieferorthopäde im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung auch Leistungen einer kieferorthopädischen Abschirmtherapie (Einsatz spezieller kieferorthopädischer Geräte, zum Beispiel Mundvorhofplatten, Face Former, Zungengitter) sind diese Aufwendungen den kieferorthopädischen Leistungen zuzuordnen und im Rahmen des § 12 beihilfefähig.
- 12.1.12 Die Höchstbetragsregelungen sind nicht auf die vor Inkrafttreten der Vierten Verordnung zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung am 28. November 2020 schon begonnene oder von der Festsetzungsstelle bereits genehmigte Behandlungen anzuwenden. Diese richten sich nach der bis zum 27. November 2020 geltenden Fassung der Sächsischen Beihilfeverordnung.

12.2 Zu Absatz 2

- 12.2.1 Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, sind beihilfefähig, wenn die in Abschnitt B Nummer 4 und Anlage 3 der Kieferorthopädie-Richtlinien genannten Indikationen vorliegen. Die Festsetzungsstelle kann für die Dokumentation Formblätter zur Verfügung stellen.
- 12.2.2 Die Nummern 12.1.2 Satz 6 und 12.1.3 Satz 1 und 2 sind entsprechend anzuwenden.

12.3 Zu Absatz 3

- 12.3.1 Frühbehandlungen sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die in Abschnitt B Nummer 8 der KFO-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen einschließlich der in der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Auslegung der Anlage 2 Abschnitt B Nummer 2 der geltenden KFO-Richtlinien zur Frühbehandlung genannten ergänzenden Einstufung vorliegen.
- 12.3.2 Der beihilfefähige Höchstbetrag umfasst sämtliche im Behandlungszeitraum erbrachten Leistungen des Kieferorthopäden einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten. Bei notwendigen Behandlungen, die Kosten über den Höchstbetrag hinaus verursachen, ist zur Feststellung der Beihilfefähigkeit (Vorliegen der entsprechenden Indikationen, Angemessenheit der Kosten) ein Heil- und Kostenplan vor Beginn der Frühbehandlung der Festsetzungsstelle zur Anerkennung vorzulegen. Die Nummern 12.1.3, 12.1.9, 12.1.11 und 12.1.12 sind entsprechend anzuwenden.

12.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)

13 Zu § 13 (weggefallen)

12. Nummer 14.1 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 14.1.2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Eine Versorgung mit Inlays, Zahnkronen Zahnersatz oder Suprakonstruktionen beinhaltet alle erbrachten zahnärztlichen Leistungen im Behandlungszeitraum, unabhängig davon, welcher konkreten Leistung sie zuzuordnen sind. Wurde eine der in Satz 1 genannten Leistungen erbracht, ist die Beihilfefähigkeit der Material-, Labor- und Praxiskosten im gesamten Behandlungszeitraum auf 65 Prozent begrenzt.“

b) Nummer 14.1.3 wird aufgehoben.

13. Nummer 16 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 16.1.1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Verhaltenstherapie“ werden die Wörter „und der Systemischen Therapie“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Akutbehandlung“ die Wörter „im Rahmen der Kurzzeittherapie“ eingefügt.
 - b) In Nummer 16.2.1 Satz 2 werden die Wörter „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie]“ durch die Wörter „Psychotherapie-Richtlinie“ ersetzt.
 - c) Die Nummern 16.3 und 16.4 werden wie folgt gefasst:
 - „16.3 Zu Absatz 3**
 - 16.3.1 Eine Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz im Sinne des Satzes 2 Nummer 1 liegt nicht mehr vor, wenn es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch kommt und nicht unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz ergriffen werden.
 - 16.4 Zu Absatz 4**
 - 16.4.1 Ist eine somatische Abklärung erforderlich, müssen Psychotherapeuten im Gutachterverfahren nach § 16a Absatz 5 Satz 2 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 2 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen. Auf Nummer 16a.5.5 wird hingewiesen.“
14. Nummer 16a wird wie folgt gefasst:
- „16a Zu § 16a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie**
 - 16a.1 Zu Absatz 1**
 - 16a.1.1 Die psychotherapeutische Behandlung ist je nach Behandlungserfordernis in Kurzzeit- oder Langzeittherapie beihilfefähig. Grundsätzlich ist ein persönlicher Psychotherapeut-Patienten-Kontakt erforderlich. In begründeten Ausnahmefällen (zum Beispiel Kontaktverbot aufgrund einer Epidemie) können einzelne Sitzungen auch per Videosprechstunde erbracht werden. Auf die Ausnahme in Nummer 17.1.2 wird hingewiesen.
 - 16a.2 Zu Absatz 2**
 - 16a.2.1 Probatorische Sitzungen werden grundsätzlich als Einzelbehandlung durchgeführt. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich. Satz 2 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In der Systemischen Therapie können auch probatorische Sitzungen im Mehrpersonensetting stattfinden.
 - 16a.2.2 Für probatorische Sitzungen gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringer.
 - 16a.3 Zu Absatz 3**
 - 16a.3.1 Die Kurzzeittherapie ist durch die Festsetzungsstelle nicht genehmigungspflichtig. Hier liegt es in der Sorgfalt des Psychotherapeuten, die Feststellungen und Analyseergebnisse nach Satz 1 vor Behandlungsbeginn zu dokumentieren. Ist Langzeittherapie erforderlich, werden die Angaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens benötigt (vergleiche Nummer 16a.5).
 - 16a.3.2 Bei der Systemischen Therapie kann die behandlungsbedürftige Person zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting), auch in Kombination mit Einzel- und Gruppenbehandlung, behandelt werden.
 - 16a.4 Zu Absatz 4**
 - 16a.4.1 Ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an mindestens eine probatorische Sitzung (Akutbehandlung) erforderlich, ist diese im Rahmen der Kurzzeittherapie als Einzelbehandlung beihilfefähig. Ziel ist es, die Fixierung oder Chronifizierung der psychischen Symptomatik zu vermeiden und die Symptomatik kurzfristig zu verbessern. Für Akutbehandlungen sieht das Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Ärzte keine eigenständige Leistungsposition vor. Grundsätzlich sind die in §§ 17 und 18 genannten Gebührennummern der Gebührenordnung für Ärzte (analog) beihilfefähig. Aufwendungen für Akutbehandlungen sind deshalb auch dann angemessen, wenn sie von dem Rechnungssteller unter Hinweis auf § 18 Absatz 2 Satz 1 der Bundesbeihilfeverordnung in Höhe von bis zu 51 Euro je Sitzung für Einheiten von

mindestens 25 Minuten berechnet wurden. Die erfolgten Sitzungen sind auf die beihilfefähige Höchstzahl an Sitzungen in Kurzzeittherapie anzurechnen. Dabei sind zwei Sitzungen Akutbehandlung (Einzeltherapie, mindestens 25 Minuten) einer Sitzung (mindestens 50 Minuten) Einzelbehandlung nach einem in den §§ 17 oder 18 genannten Verfahren gleichzusetzen.

16a.5 Zu Absatz 5

- 16a.5.1 Ist eine Langzeittherapie erforderlich, ist vor Beginn der Behandlung oder spätestens vor Abschluss der Kurzzeittherapie die Einleitung eines Begutachtungsverfahrens notwendig.
- 16a.5.2 Geeignete Gutachter für die Durchführung einer Begutachtung nach Satz 2 sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. bestellten Gutachter und Zweitgutachter. 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.
- 16a.5.3 Die Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben des Psychotherapeuten oder Arztes; dabei sind die Formblätter im Anhang 3 zu verwenden. Die Einreichung der Unterlagen an den Gutachter hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. Die Festsetzungsstelle vergibt dem Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Code. Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden.
- 16a.5.4 Hat die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des behandelnden Psychotherapeuten oder Arztes ergeben, kann auf die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens verzichtet werden.
- 16a.5.5 Zur Beantragung einer psychotherapeutischen Behandlung erhält der Beihilfeberechtigte von der Festsetzungsstelle die mit einem Pseudonymisierungscode versehenen Formblätter 1 bis 5. Das Formblatt 1 (Antrag) ist vom Beihilfeberechtigten und das Formblatt 2 (Schweigepflichtentbindung) von der zu behandelnden Person oder dessen gesetzlichen Vertreter oder, wenn der Beihilfeberechtigte selbst behandelt wird, von dem Beihilfeberechtigten auszufüllen. Der Beihilfeberechtigte oder die zu behandelnde Person hat den behandelnden Psychotherapeuten oder Arzt zu ersuchen, auf dem Formblatt 3 die geplante Behandlung einzutragen und den Fachkundenachweis zu erbringen sowie auf dem Formblatt 4 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen. Die Aufwendungen für den Bericht sind Bestandteil der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Werden neben der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte auch Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 80, 85 oder 95 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte beantragt, sind diese nicht als beihilfefähig anzuerkennen (vergleiche OVG Münster, Urteil vom 18. September 2012, 1 A 2836/10). Wird die Behandlung durch einen Psychotherapeuten durchgeführt, ist zusätzlich von einem Arzt eine somatische Abklärung vorzunehmen und ein Konsiliarbericht (Formblatt 5) zu erstellen (vergleiche Nummer 16.4.1).
- 16a.5.6 Der Psychotherapeut oder Arzt soll die ausgefüllten Formblätter möglichst insgesamt der Festsetzungsstelle übermitteln. Die Formblätter 4 und (wenn relevant) 5 sind dabei getrennt von den Formblättern 1 bis 3 in einem verschlossenen, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag an die Festsetzungsstelle zu senden.
- 16a.5.7 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 6 in zweifacher Ausfertigung. Dem Gutachter ist dabei mitzuteilen, dass eine Schweigepflichtentbindung vorliegt, da diese aufgrund der Unterschrift und der daraus möglichen Rückschlüsse auf die zu behandelnde Person nicht mehr mit zu übersenden ist. Sofern bereits ein Vorgutachten erstellt wurde, sind die diesbezüglichen Angaben (Datum und Namen des Vorgutachters) ebenfalls anzugeben. Die Übernahme der Kosten entsprechend der Nummer 16a.5.14 ist dem Gutachter zu erklären.

Dem Schreiben sind folgende Unterlagen beizufügen:

- a) das ausgefüllte Formblatt 3 (als Kopie),
- b) den als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag des Arztes

- oder Psychotherapeuten mit den Formblättern 4 und gegebenenfalls 5 (ungeöffnet!),
- c) das Formblatt 6, in dreifacher Ausfertigung,
- d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Freiumschlag.

Die Formblätter 1 und 2 sind nicht mit zu übersenden.

- 16a.5.8 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach dem Formblatt 6 – 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. Der Bescheid beinhaltet:
- a) die anerkannte Therapieform,
 - b) die zu behandelnde Person,
 - c) den Namen des Therapeuten,
 - d) die Anzahl der genehmigten Sitzungen in Einzel- oder Gruppenbehandlung/Mehrpersonensetting oder von überwiegend Einzel- oder Gruppenbehandlung bei Kombinationsbehandlung.
- 16a.5.9 Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Zweitgutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte oder der Patient den behandelnden Psychotherapeuten oder Arzt zu ersuchen, den Erstbericht an den Gutachter auf dem Formblatt 4 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle und des Gutachters eingegangen werden sollte. Der Psychotherapeut oder Arzt soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Zweitgutachter übermitteln und dabei auf das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder der zu behandelnden Person verweisen.
- 16a.5.10 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen geeigneten Zweitgutachter mit der Erstellung eines Zweitgutachtens. Die Festsetzungsstelle leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag des Psychotherapeuten oder Arztes (ungeöffnet!),
 - b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
 - c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Freiumschlag.
- Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Zweitgutachter, ist ein anderer Zweitgutachter einzuschalten. Ein Zweitgutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Psychotherapeut oder Arzt die in den §§ 16 bis 18a aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 16a.5.11 Der Zweitgutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- 16a.5.12 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den vom Psychotherapeuten oder Arzt begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag) nach Formblatt 4 mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Die Nummern 16a.5.6 bis 16a.5.9 gelten entsprechend.
- 16a.5.13 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern oder Zweitgutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
- 16a.5.14 Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 50 Euro und des Zweitgutachtens in Höhe von 85 Euro jeweils zuzüglich Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte für die Einleitung des Gutachterverfahrens trägt die Festsetzungsstelle.
- 16a.5.15 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.

16a.6 Zu Absatz 6

16a.6.1 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.

16a.6.2 Ein Krankheitsfall umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode.

16a.7 Zu Absatz 7

16a.7.1 Ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie anerkannt, kann diese Anerkennung nach Einholung eines erneuten Gutachtens in eine telekommunikationsgestützte Therapie umgewandelt werden.

16a.7.2 Die sich an eine in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführte ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung anschließende Behandlung kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder in Form einer sogenannten E-Mail-Brücke erfolgen. Beim Einzelkontakt mittels Telefon sind Aufwendungen für fest vereinbarte Termine mit der üblichen Dauer psychotherapeutischer Sitzungen (50 Minuten) beihilfefähig. Beim Therapieverfahren mittels E-Mail-Brücke steht der Psychotherapeut oder Arzt üblicherweise eine Woche lang für Mail-Kontakte zur Verfügung unter der Zusicherung, dass jede E-Mail innerhalb von 24 Stunden beantwortet wird. Die Abrechnung für diese netzgestützte psychotherapeutische Intervention erfolgt einmal wöchentlich nach der Ziffer für Einzelpsychotherapie (Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte). Anfallende Telefon- oder Internetkosten für das internetgestützte Therapieverfahren gehören nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

16a.8 Zu Absatz 8

16a.8.1 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.

16a.8.2 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.“

15. Nummer 16b wird aufgehoben.

16. Nummer 17 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 17.1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 17.1.1 wird die Angabe „Nummer 16a.2“ durch die Angabe „Nummer 16a.6.2“ ersetzt.

bb) Nummer 17.1.2 wird wie folgt gefasst:

„17.1.2 Bezugspersonen sind Personen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partner oder Familie) des Behandlungsbedürftigen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit einer geistigen Behinderung kann es notwendig sein, Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen. Die Sprechstunde kann auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden. Satz 3 gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Für eine eingehende psychiatrische Beratung der Bezugspersonen nach Satz 2 bis 4 einschließlich der Erläuterung der Therapie ist die Leistung nach Nummer 817 der Gebühren des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, und nicht geistig behindert sind, sind Sitzungen über das bewilligte Kontingent hinaus, nicht beihilfefähig.“

b) Nummer 17.3.2 wird aufgehoben.

c) Nummer 17.4 wird wie folgt gefasst:

„**17.4 Zu Absatz 4** (bleibt frei)“

17. Nummer 18 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 18.1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 18.1.1 wird die Angabe „Nummer 16a.2“ durch die Angabe „Nummer 16a.6.2“ ersetzt.

bb) In Nummer 18.1.3 Satz 1 wird die Angabe „§ 16b Absatz 1“ durch die Wörter „§ 16 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

b) Nummer 18.2 wird wie folgt gefasst:

„**18.2 Zu Absatz 2** (bleibt frei)“

c) Nummer 18.4.1 wird wie folgt gefasst:

„18.4.1 Nummer 17.3.1 gilt entsprechend.“

d) Nummer 18.5 wird wie folgt gefasst:

„**18.5 Zu Absatz 5** (bleibt frei)“

e) Nummer 18.6 wird aufgehoben.

18. Nach Nummer 18.5 wird folgende Nummer 18a eingefügt:

18a Zu § 18a Systemische Therapie

18a.1 Zu Absatz 1

18a.1.1 Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei. Symptome werden als kontraproduktiver Lösungsversuch psychosozialer und psychischer Probleme verstanden, die wechselseitig durch intrapsychische (kognitiv-emotive), biologisch-somatische sowie interpersonelle Prozesse beeinflusst sind. Theoretische Grundlage sind insbesondere die Kommunikations- und Systemtheorien, konstruktivistische und narrative Ansätze und das biopsychosoziale Systemmodell. Grundlage für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen ist die Analyse der Elemente der jeweiligen relevanten Systeme und ihrer wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch generationaler Perspektive und eine daraus abgeleitete Behandlungsstrategie. Der Behandlungsfokus liegt in der Veränderung von symptomfördernden, insbesondere familiären und sozialen Interaktionen, narrativen und intrapsychischen Mustern hin zu einer funktionaleren Selbst-Organisation der behandelten Person und des für die Behandlung relevanten sozialen Systems, wobei die Eigenkompetenz der Betroffenen genutzt wird. Schwerpunkte der systemischen Behandlungsmethoden sind insbesondere

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

18a.1.2 Aufwendungen für Leistungen der Systemischen Therapie sind nur bei Erwachsenen beihilfefähig.

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

18a.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

18a.3 Zu Absatz 3

18a.3.1 Nummer 17.3.1 gilt entsprechend.“

19. In Nummer 19.2.1 wird die Angabe „Nummer 16a.2“ durch die Angabe „Nummer 16a.6.2“ ersetzt.

20. Nummer 20 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 20.1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 20.1.1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

bb) Der Nummer 20.1.2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Findet ein Dienstherrwechsel während eines Krankenhausaufenthaltes statt, ist eine Kostenaufteilung vorzunehmen und Beihilfe nur anteilig zu gewähren. Im Wege der Direktabrechnung wird der gesamte Krankenhausaufenthalt grundsätzlich mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus leistungspflichtig war. Dies folgt aus den Festlegungen in § 10 der Fallpauschalenvereinbarung 2020 und § 9 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2020 und den entsprechenden Festlegungen in den Folgevereinbarungen. In diesen Fällen sollte von einer Direktabrechnung abgesehen oder mit dem Krankenhaus eine anteilige Abrechnung vereinbart werden.“

cc) Nummer 20.1.3 wird wie folgt gefasst:

„20.1.3Für die Beihilfefähigkeit der allgemeinen Krankenhausleistungen sind die für das jeweilige Kalenderjahr gemäß § 9 Absatz 1 Nummern 1 bis 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Kataloge (Fallpauschalen-Katalog, Katalog ergänzender Zusatzentgelte, Pflegeerlöskatalog) und die hierfür geltenden Abrechnungsbestimmungen maßgebend. Mit Artikel 1 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 wurde § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dahingehend geändert, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Jahr 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und in einen Pflegeerlöskatalog überführt werden. Die Vergütung der Pflegepersonalkosten wurde in eine separate Pflegepersonalkostenvergütung überführt. Die beihilfefähigen tagesbezogenen Pflegentgelte ergeben sich aus dem Produkt der Pflegerlös-Bewertungsrelation pro Tag (vergleiche Pflegerlöskatalog) und dem krankhausindividuellen Pflegentgelt. Aufwendungen für gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zusätzlich zu einer Fallpauschale in Rechnung gestellte Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge (siehe auch Nummer 20.1.5) sowie sonstige festgelegte Entgelte sind beihilfefähig.“

dd) Nummer 20.1.4 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 8 werden die Wörter „(vergleiche beispielsweise PEPPV 2018 für Krankenhausbehandlung im Jahr 2018)“ gestrichen.

bbb) Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„An den Tagen, an denen ein Aufwand für ergänzende Tagesentgelte (ET) angefallen ist, sind zusätzlich die ausgewiesenen Bewertungsrelationen der ergänzenden Tagesentgelte ansatzfähig.“

ccc) In Satz 19 wird das Wort „ist“ durch das Wort „war“ ersetzt.

- ddd) In Satz 20 wird das Wort „wird“ durch das Wort „wurde“ ersetzt.
- eee) In Satz 21 wird das Wort „wird“ durch das Wort „wurde“ ersetzt.
- fff) Satz 23 wird aufgehoben.
- ee) Nummer 20.1.5 wird wie folgt gefasst:
- „20.1.5Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die pauschalen Entgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 1 (DRG-System) oder § 17d Absatz 2 Satz 3 (PEPP-System) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einbezogen sind, richten sich diese nach Vereinbarungen für Zu- oder Abschläge auf Bundesebene (§ 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Sie werden in der Regel jährlich neu vereinbart. Die möglichen Zu- und Abschläge für das jeweilige Kalenderjahr veröffentlicht der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite. Die Liste enthält auch den Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus, der auf einer vom AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen, dem PKV-Verband sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 16. September 2004 getroffenen Vereinbarung nach § 17b Absatz 1 Satz 4 (aktuell § 17b Absatz 1a Nummer 3) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beruht. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren vollstationären Aufenthaltstag ist ein Zuschlag in Höhe von 45 Euro für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson vereinbart. Dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Aufwendungen für berechnete Zuschläge sind im Fall der medizinisch notwendigen Aufnahme der Begleitperson beihilfefähig. Aufwendungen in dieser Höhe können auch bei der Ermittlung des beihilfefähigen Höchstbetrages für Krankenhäuser, die nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind (Absatz 2), als beihilfefähig berücksichtigt werden. Die Ausnahmen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind abschließend in Absatz 3 Satz 2 und 3 geregelt.“
- b) Die Nummern 20.2.1 bis 20.2.6 werden wie folgt gefasst:
- „20.2.1 Der beihilfefähige Höchstbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen (Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen) bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern, die weder in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes noch in den der Bundespflegesatzverordnung fallen, richtet sich nach den Indikationen. Bei Indikationen, die über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, ist die Berechnung nach Nummer 1 vorzunehmen. Der beihilfefähige Betrag ergibt sich aus der Summe der nach Nummer 1 Buchstaben a bis c ermittelten Beträge.
- 20.2.1.1 Zu Nummer 1 Buchstabe a:
Der beihilfefähige Betrag berechnet sich aus dem Produkt des für das jeweilige Jahr gemäß § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten einheitlichen Basisfallwertes (im Jahr 2020: 3 679,62 Euro) und der Bewertungsrelation gemäß Teil a des DRG-Fallpauschalenkatalogs (Bewertungsrelation bei Versorgung durch Hauptabteilungen aufgrund der ermittelten Fallpauschale). Ab dem Jahr 2021 wird der jährliche Bundesbasisfallwert erst im März nach Festlegung der Landesbasisfallwerte vereinbart. Für Aufwendungen, die vor einer vorliegenden Vereinbarung für das laufende Jahr beantragt werden, ist die Beihilfe unter Anwendung des einheitlichen Basisfallwertes des Vorjahres festzusetzen. Wird die durchschnittliche Verweildauer über- oder unterschritten, ist dies mit dem entsprechenden Zu- oder Abschlag zu berücksichtigen.
- 20.2.1.2 Zu Nummer 1 Buchstabe b:
Für die Ermittlung der beihilfefähigen ausgegliederten Pflegepersonalkosten ist der Pflegeentgeltwert nach § 15 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes (ab 1. Januar 2021: 163,09 Euro) mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog für jeden Belegungstag zu multiplizieren.
- 20.2.1.3 Zu Nummer 1 Buchstabe c:
Sind in der Rechnung Zusatzentgelte ausgewiesen, sind diese bis zur Höhe des im Zusatzentgeltkatalog des Krankenhausentgeltgesetzes angegebenen Betrages beihilfefähig. Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen sind die gesondert berechenbare Walleistung ‚Unterkunft im Zweibettzimmer‘ pauschal bis zu einer Höhe von 1,5 Prozent der oberen Korridorgrenze des Bundesbasisfallwertes gemäß § 10

Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes abzüglich der Eigenbeteiligung von 14,50 Euro je Aufenthaltstag und wahlärztliche Leistungen oder von niedergelassenen Ärzten nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnete Leistungen (auch belegärztliche Leistungen) beihilfefähig (vergleiche § 59 Absatz 2). Diese sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen.

- 20.2.2 Bei Indikationen, die mit dem pauschaliertem Entgeltsystem PEPP in Krankenhäusern oder selbständigen Abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapie oder psychosomatischen Medizin abgerechnet werden, ist der beihilfefähige Betrag nach Nummer 2 zu ermitteln:
- 20.2.2.1 Zu Nummer 2 Buchstabe a:
Das PEPP-Entgelt ergibt sich entsprechend der Eingruppierung der erbrachten Leistung in eine PEPP nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkataloges. Die in Abhängigkeit von der Anzahl der Berechnungstage (Vergütungsklasse) sich ergebende Bewertungsrelation ist je Aufenthaltstag mit dem krankhausindividuellen Basisentgeltwert des dem Behandlungsort nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung zu multiplizieren. Welche PEPP bei einem Krankheitsbild für die Abrechnung heranzuziehen ist, kann in der Regel erst aufgrund der erbrachten therapeutischen Leistungen und Diagnosen am Ende des stationären Aufenthaltes festgestellt werden. Die Beihilfeberechtigten sind bei Kostenzusagen (vergleiche Nummer 62.3.3.) von der Festsetzungsstelle auf diese Unsicherheiten hinzuweisen.
- 20.2.2.2 Zu Nummer 2 Buchstabe b:
Zusatzentgelte sind zu berücksichtigen, wenn sie in der Rechnung ausgewiesen sind (Angabe der ZP_D). Sie sind bis zu der Höhe, des sich aus Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges ergebenden Betrages beihilfefähig.
- 20.2.2.3 Zu Nummer 2 Buchstabe c:
Sind in der Rechnung ergänzende Tagesentgelte ausgewiesen (Angabe der ET_D), sind diese bis zu der nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges angegebenen Höhe beihilfefähig. Das beihilfefähige Entgelt je Tag wird ermittelt, indem die in Anlage 5 des Entgeltkatalogs ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation je Berechnungstag mit dem Basisentgeltwert nach Nummer 2 Buchstabe a multipliziert wird. Wenn Angaben zu Zusatzentgelten und ergänzenden Tagesentgelten fehlen oder unvollständig sind und deshalb Aufwendungen ungedeckt bleiben, kann hierfür ein pauschales beihilfefähiges Entgelt in Höhe der Differenz des sich bei einer Vergleichsberechnung nach Nummer 3 Buchstaben a und b ergebenden beihilfefähigen Betrages und dem nach Nummer 2 ermittelten beihilfefähigen Betrages als beihilfefähig anerkannt werden.
- 20.2.3 Für psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Indikationen in Krankenhäusern sind auch DRG-Fallpauschalen festgelegt (Hauptdiagnosegruppe ‚MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen‘). Eine DRG-Abrechnung beziehungsweise eine Höchstbetragsberechnung nach Nummer 1 ist sachgerecht, wenn es sich um einen akuten Behandlungsbedarf im Akutkrankenhaus oder um eine Notfallversorgung handelt. Behandlungen in privaten Fachkliniken mit einem psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Charakter der individuell durchgeführten therapeutischen Maßnahmen sind dem PEPP-Verfahren zuzuordnen. Mit den beihilfefähigen Höchstbeträgen nach Nummer 1 und 2 ist das Spektrum der beihilfefähigen Krankenhausbehandlung grundsätzlich vollständig erfasst, sodass es sich bei anderen Fällen im Sinne von Nummer 3 um Ausnahmefälle, insbesondere um Aufwendungen für neurologische Frührehabilitation, handelt. Auf die Höchstbeträge nach Nummer 3 kann auch dann zurückgegriffen werden, wenn der beihilfefähige Betrag nach Nummer 2 durch die Festsetzungsstelle nicht ermittelt werden kann. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach Absatz 1 Nummer 2 sind. Wahlärztliche Leistungen sind neben den allgemeinen Krankenhausleistungen beihilfefähig. Als Kinder gelten Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Maßgebend sind die Verhältnisse am Aufnahmetag. Nummer 20.1.2 gilt entsprechend.
- 20.2.4 Die neurologische Frührehabilitation wird in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) als Rehabilitationsleistung oder als Krankenhausbehandlung nach dem Krankenhausentgeltgesetz im Rahmen des Fallpauschalensystems durchgeführt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt je nach Zuordnung nach tagesgleichen Sätzen oder als Komplexpauschale im G-DRG-Fallpauschalensystem. Beihilferechtlich wird eine

Frührehabilitation Phase A und B den Krankenhausleistungen zugeordnet. Die Beihilfefähigkeit der Summe aus täglichem Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz ist auf den in Nummer 3 Buchstabe c genannten Höchstbetrag begrenzt. Ein Kostenvergleich ist nicht durchzuführen. Darüber hinaus können Kosten im Einzelfall als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese Vergütungen in Verträgen der Einrichtung mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern oder im Rahmen von Modellvorhaben der Sozialversicherungsträger vereinbart sind.

- 20.2.5 Umsätze von Privatkliniken, die unter sozial vergleichbaren Bedingungen wie die einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung erbracht wurden, sind im Rahmen von Artikel 132 Absatz 1 Buchstabe b der Richtlinie 2006/112/EG des Rates über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem von der Umsatzsteuer befreit. Dies trifft insbesondere zu, wenn die Privatklinik die Voraussetzungen für die Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen würde (BFH, Urteil vom 23. Januar 2019, XI R 15/16). Wird von einer solchen Privatklinik die Umsatzsteuer in Rechnung gestellt, ist diese nur beihilfefähig und kann in die Vergleichsberechnung im Rahmen des errechneten beihilfefähigen Höchstbetrages einbezogen werden, wenn die Privatklinik nachweist, dass eine Umsatzsteuerbefreiung für die in der Rechnung ausgewiesenen Aufwendungen nicht vorliegt.
- 20.2.6 Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 kann der Beihilfeberechtigte eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit einreichen. Sind möglicherweise hohe nicht gedeckte Kosten zu erwarten, ist der Beihilfeberechtigte darüber zu informieren. Befindet sich das Krankenhaus, in dem die stationäre Heilbehandlung durchgeführt wird, in einem Kurort, kann je nach dem dort geltenden Kommunalabgabenrecht (Kommunalabgabenordnung, Kurtaxesatzung) eine Kurtaxe für die Aufenthaltsdauer anfallen. Die Aufwendungen hierfür sind beihilfefähig. Die Erhebung der Kurtaxe erfolgt insbesondere bei einer Behandlung in sogenannten gemischten Krankenanstalten. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Einwohner der betreffenden Kommune und in der Regel auch Patienten in reinen Akutkrankenhäusern sind von der Erhebung der Kurtaxe ausgenommen. Bei Maßnahmen nach Abschnitt 3 sind die dort geregelten Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zu berücksichtigen.“

c) Nummer 20.3 wird wie folgt gefasst:

„20.3 Zu Absatz 3

20.3.1 Bezüglich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen der medizinisch notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus wird auf Nummer 20.1.5 hingewiesen. Entsprechendes gilt auch für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Pflegekraft in das Krankenhaus.“

21 Nummer 21 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 21.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 21.2.2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Wurden Kontrazeptiva aus Anlass einer Krankheit verordnet, sind Aufwendungen hierfür beihilfefähig, wenn deren Anwendung medizinisch geboten und notwendig ist und es sich um eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode zur Heilung oder Linderung der Krankheit handelt. Die Krankheit/Diagnose sollte aus den Rechnungsbelegen oder anderen geeigneten Unterlagen ersichtlich sein. Die Beihilfefähigkeit besteht auch, wenn die arzneimittelrechtliche Zulassung des Kontrazeptivums auf die Empfängnisverhütung beschränkt ist. Nicht zu einem Ausschluss der Beihilfefähigkeit führt in diesen Fällen, dass Kontrazeptiva üblicherweise von Gesunden benutzt werden (Absatz 3 Nummer 2). Auch die Altersbegrenzung der Spezialregelung des § 44 Absatz 3 Satz 2 ist nicht anzuwenden (vergleiche BVerwG, Urteil vom 26. Juni 2020, 5 C 4/19).“

bb) In Nummer 21.2.3 Satz 1 wird nach dem Wort „BIO-H-TIN-Pharma,“ das Wort „Minoxicutan,“ eingefügt und das Wort „alpha“ wird gestrichen.

cc) Der Nummer 21.2.5 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Berücksichtigung von Rabatten bei der Beihilfefestsetzung wird auf Nummer 59.1.6 hingewiesen.“

dd) Der Nummer 21.2.6 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Zu den beihilfefähigen Versandkosten gehören auch Aufwendungen für Botendienste von

Apotheken bei der Abgabe verordneter Arzneimittel. Die Aufwendungen sind in Höhe des in § 129 Absatz 5g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für den GKV-Bereich geregelten pauschalen Betrages angemessen. Dieser beträgt ab dem 1. Januar 2021 je Lieferort und Tag 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer.“

- ee) Nummer 21.2.7 Satz 2 wird aufgehoben.
- ff) Folgende Nummer 21.2.8 wird angefügt:
 „21.2.8 Die Beihilfefähigkeit von Kontrazeptiva, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet sind, richtet sich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.“
- b) 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	
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 08 AX 02 Liraglutid A 10 BJ 02	Saxenda
A 08 AH 02 Fucus vesiculosus	Fucus-Gastreu S R59 Gracia Redumax
A 08 AH 01 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	YOCON GLENWOOD
V 03 AB 36 Phentolamin	
C 04 AB 01	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (Ausnahme Tadalafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern)	CIALIS alle generischen Tadalafil-Fertigarzneimittel

G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA alle generischen Vardenafil Fertigarzneimittel
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
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 Yohimbin Vitalkomplex
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin
Nikotinabhängigkeit	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN; NICOPASS; NICORETTE; NICOTINELL; NIKOFRENON
N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN
N 06 AX 12	
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 zur Behandlung einer anderen als in § 80 Absatz 5 Satz 1 Alternative 1 des Sächsischen Beamtengesetzes in Verbindung mit Absatz 3 Nummer 1 genannten Körperfunktionsstörung eingesetzt wird und es entweder kein anderes Mittel zur Behandlung der Krankheit gibt oder andere Mittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben (BVerwG, Urteil vom 18. Februar 2009, 2 C 23/08). Im Zweifel sind die Voraussetzungen durch eine Stellungnahme des behandelnden Arztes nachzuweisen.“

22. Nummer 22 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 22.1.1 wird folgende Nummer 22.1.2 eingefügt:

„22.1.2 Das Medizinproduktegesetz wird zum 26. Mai 2021 für alle Produkte im Anwendungsbereich der Verordnung (EU) 2017/745 durch das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz abgelöst. Für In-vitro-Diagnostika ist es übergangsweise noch bis zum 25. Mai 2022 anzuwenden (§ 2 Absatz 1 des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes). Der Medizinproduktebegriff wird somit künftig entsprechend der Begriffsbestimmung in Artikel 2 Nummer 1 und für Zubehör nach Nummer 2 der Verordnung (EU) 2017/745 definiert.“

b) Nummer 22.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 22.2.2 wird folgende Nummer 22.2.3 eingefügt:

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

bb) Die bisherige Nummer 22.2.3 wird Nummer 22.2.4.

23. Nummer 23 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 23.1 wird folgende Nummer 23.1.3 angefügt:

„23.1.3 Ein Eigenbehalt für Betriebs- und Unterhaltungskosten eines Hilfsmittels von höchstens 100 Euro ist nur dann vom beihilfefähigen Betrag abzuziehen, wenn die entsprechenden

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

b) Nummer 23.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 23.2.1 wird wie folgt geändert:

aaa) Dem Großbuchstaben C wird folgender Buchstabe e angefügt:

„e) CPM-Bewegungsschiene motorbetrieben (wenn Physiotherapie für einen alltagsrelevante Bewegungsumfang des Gelenks nicht ausreicht)“

bbb) Großbuchstabe D wird wie folgt geändert:

aaaa) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) Digitale Gesundheitsanwendungen, soweit im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte enthalten – <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>“

bbbb) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe d.

ccc) Großbuchstabe E wird wie folgt geändert:

aaaa) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) Einlagen, sensomotorische, wenn mit konventionellen orthopädischen Schuheinlagen kein ausreichender Behandlungserfolg erzielt werden kann“

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

cccc) Der bisherige Buchstabe g wird Buchstabe h und es werden die Wörter „, ausgenommen Zulassung und Versicherung“ gestrichen.

dddd) Die bisherigen Buchstaben h bis k werden die Buchstaben i bis l.

ddd) Großbuchstabe U wird wie folgt geändert:

aaaa) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Unterkiefer-Protrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe“

bbbb) Die bisherigen Buchstaben d und e werden die Buchstabe e und f.

bb) Nummer 23.2.6 wird wie folgt gefasst:

„23.2.6 Für Hilfsmittel ist eine vorherige schriftliche Verordnung durch einen Arzt oder bei Hilfsmitteln im Zahn- und Kieferbereich durch einen Zahnarzt erforderlich. Digitale Gesundheitsanwendungen können auch von einem Psychotherapeuten verordnet werden. Eine Verordnung durch einen Heilpraktiker genügt nicht.“

c) Nummer 23.4 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 23.4.1 wird folgender Satz angefügt:

„Aufwendungen für Zulassung und Versicherung von Hilfsmitteln (zum Beispiel für Elektroscooter) sind nicht den Betriebs- und Unterhaltungskosten zuzurechnen und somit nicht beihilfefähig.“

bb) Folgende Nummer 23.4.4 wird angefügt:

„23.4.4 Zu den Batterien für Hörgeräte zählen auch Akkus und Ladegeräte.“

d) Nummer 23.7 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 23.7.1 wird wie folgt gefasst:

„23.7.1 Zu den beihilfefähigen Hörhilfen zählen:

a) Hörgeräte (Luftleitungsgeräte und Knochenleitungsgeräte) und Zubehör (zum Beispiel: Fernbedienung),

b) Tinnitusgeräte (dazu zählen auch kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte, sogenannte Tinnitusinstrumente) und

c) Übertragungsanlagen (nur zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen).“

bb) Die bisherigen Nummern 23.7.1 und 23.7.2 werden die Nummern 23.7.2 und 23.7.3.

24. Nummer 24 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 24.4 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 24.4.1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 wird die Angabe „(80 Euro)“ durch die Wörter „100 Euro (für Sehhilfenkauf bis 27. November 2020 80 Euro)“ ersetzt.

bbb) In Satz 4 wird die Angabe „80 Euro“ durch die Angabe „100 Euro“ ersetzt.

bb) Nummer 24.4.2 wird wie folgt gefasst:

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

Beispiel:

Die Erstbeschaffung der Brille erfolgte am 10. September 2020. Der beihilfefähige Betrag von 160 Euro für zwei Gläser wurde bei der Beihilfefestsetzung ausgeschöpft. Der beihilfefähige Höchstbetrag könnte grundsätzlich erst wieder für ab dem 10. September 2022 entstehende Aufwendungen für Gläser in Anspruch genommen werden. Im Februar 2021 wird aber eine Augenoperation an beiden Augen durchgeführt, durch die die Fehlsichtigkeit teilweise ausgeglichen wird. Am 6. März 2021 werden neue Brillengläser mit den um mindestens 1 Dioptrie geänderten Sehstärkewerten gekauft. Die Aufwendungen sind pro Glas bis zur Höhe von 100 Euro beziehungsweise für beide Gläser bis zur Höhe von insgesamt 200 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für weitere Brillengläser sind erst ab einem Kauf am 6. März 2023 wieder bis zur Höhe von 100 Euro pro Glas beihilfefähig.“

b) In Nummer 24.6.1 Satz 1, 3 und 8 wird jeweils die Angabe „80 Euro“ durch die Angabe „100 Euro“ ersetzt.

25. Nummer 26.2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 26.2.1 wird wie folgt gefasst:

„26.2.1 Aufwendungen für die von Vertretern von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandten Heilmittel sind unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 4 und der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2 sowie den Voraussetzungen des § 38 Absatz 2 (Leistungen der Erweiterten Ambulanten Psychotherapie; vergleiche näher Nummer 38.2) beihilfefähig. Die Liste der Heilmittel ist abschließend. Bei den Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. Die vorgegebene Mindestbehandlungsdauer ist die Regelbehandlungszeit. Bei einer durch den Verordner oder dem Leistungserbringer begründeten Abweichung von der Mindestbehandlungszeit ist eine anteilige Kürzung oder Erhöhung des jeweiligen Höchstbetrages möglich. Sogenannte Doppelbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn Doppelbehandlungen verordnet oder zwei der verordneten Behandlungen hintereinander durchgeführt worden sind (vergleiche VG Dresden, Urteil vom 12. November 2013, 11 K 1709/12). Die Höchstbeträge für 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.“

b) Nummer 26.2.3 wird wie folgt gefasst:

„26.2.3 Die schriftliche Verordnung von Ergotherapie kann auch durch einen Psychotherapeuten (§ 16 Absatz 4 Satz 1) erfolgen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie (§ 16 Absatz 2 und 3), neuropsychologischer Therapie (§ 27 Absatz 5) oder aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V ,Psychische und

Verhaltensstörungen' der ICD-10-GM Version 2020 vorliegt (vergleiche Heilmittel-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses).“

- c) Nummer 26.2.4 wird wie folgt geändert:
- aa) In der Überschrift zu Buchstabe b werden die Wörter „Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.
 - bb) In der Überschrift zu Buchstabe c werden nach dem Wort „(Beschäftigungstherapie)“ die Wörter „einschließlich ergänzende Kälte- und Wärmebehandlung“ eingefügt.
 - cc) In Buchstabe e zweiter Anstrich wird das Wort „Oecotrophologe“ durch das Wort „Ökotrophologe“ ersetzt.
- d) In Nummer 26.2.6 wird das Komma nach dem Wort „Motopäden“ durch das Wort „oder“ ersetzt und es werden die Wörter „oder Diplom-Ökotrophologen“ gestrichen.
- e) Nummer 26.2.8 wird aufgehoben.
26. Nummer 27.1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 27.1.1 Satz 2 werden die Wörter „(§ 1 Absatz 1 Satz 4 des Psychotherapeutengesetzes)“ gestrichen.
 - b) Nummer 27.1.2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 „Zu den beihilfefähigen Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, integrierte Schmerztherapien, ambulante Tinnitustherapien, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Kasseler Stottertherapie, Echotherapie bei benignen Schilddrüsenknoten und Fibroadenomen (zum Beispiel beim Gesundheitsverbund Nord), sozialmedizinische Nachsorge im Sinne des § 43 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, medizinische Leistungen (Eingangs-, Quartalsuntersuchungen und Teamgespräche) im Rahmen einer Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sowie die besonderen Leistungen für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen mit psychischen Erkrankungen nach der Rahmenvereinbarung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. mit dem Land Rheinland-Pfalz vom 1. Juli 2020 (psyCardea).“
27. Nummer 29 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 29.0.1 wird wie folgt gefasst:
 „29.0.1 Die Regelung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie orientiert sich an § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Nach § 37a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmen sich Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien). Zwischenzeitliche Änderungen der Soziotherapie-Richtlinien, wie beispielsweise die Erweiterung des Personenkreises, der Soziotherapie verordnet wird, oder der Definition von schweren psychischen Erkrankungen können bei der Beihilfegewährung entsprechend berücksichtigt werden.“
 - b) In Nummer 29.1.2 Satz 3 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.
28. Nummer 30 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 30.1 wird wie folgt gefasst:
„30.1 Zu Absatz 1
 30.1.1 Häusliche Krankenpflege kommt für Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie gegebenenfalls der Behandlungspflege bedürfen. Sie kann sowohl kurativ als auch palliativ indiziert sein. Die vorübergehende häusliche Krankenpflege ist klar gegenüber den Leistungen der dauernden häuslichen Pflege nach § 49 abzugrenzen. Die dauernde häusliche Pflege bedarf der Feststellung des Medizinischen Dienstes der Pflegeversichersicherung oder des Amtsarztes. Sie liegt vor, wenn eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen nicht oder kaum zu erwarten ist und endet in der Regel erst mit dem Tod des Pflegebedürftigen. Dagegen ist für eine erforderliche vorübergehende häusliche Krankenpflege die Verordnung eines Arztes ausreichend. Eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit ist in der Regel dann anzunehmen, wenn eine Wiederherstellung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen in einem absehbaren Zeitraum wahrscheinlich und somit das Ende absehbar ist. Sie dauert grundsätzlich nicht länger als 4 Wochen. Ein vorübergehender Zeitraum kann im Einzelfall auch ein längerer Zeitraum sein, dessen Ende weder feststeht noch absehbar ist. Das trifft beispielsweise für Maßnahmen der speziellen

Krankenbeobachtung während des Schulbesuchs eines an einer Bluterkrankung leidenden schulpflichtigen Kindes zu. Häusliche Krankenpflegeleistungen für Palliativpatienten sind ebenso nicht an eine zeitliche Begrenzung gebunden.

- 30.1.2 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 30.1.3 Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (zum Beispiel Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (zum Beispiel Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
- 30.1.4 Hauswirtschaftliche Versorgung sind Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.
- 30.1.5.1 Behandlungspflege sind Maßnahmen, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden können. Behandlungspflege umfasst insbesondere
- Absaugen der oberen Luftwege und Bronchialtoilette,
 - Pflegeanleitung (des Patienten und ggf. anderer Personen im Haushalt),
 - Beatmungspflege (Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts),
 - Blasenspülung,
 - Blutdruckmessung,
 - Blutzuckermessung,
 - Interstitielle Glukosemessung (mit Real-Time-Messgeräten),
 - Dekubitusbehandlung (Positionswechsel),
 - Überprüfen und Versorgen von Drainagen,
 - Verrichtungen der Darm- und Blasenentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung, Katheterisierung der Harnblase),
 - Flüssigkeitsbilanzierung,
 - Verrichtungen bei Infusionen oder Injektionen,
 - Inhalationen,
 - Instillation,
 - Auflegen von Kälteträgern;
 - Versorgung eines suprapubischen Katheters,
 - Spezielle Krankenbeobachtung,
 - Symptomkontrolle bei Palliativpatienten,
 - Wechseln und Legen einer Magensonde,
 - Richten und Verabreichen verordneter Medikamente (einschließlich Einreibungen, Bäder usw.),
 - Durchführen der Sanierung von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)-Trägern mit gesicherter Diagnose,
 - Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG),
 - Psychiatrische häusliche Krankenpflege,
 - Stomabehandlung,
 - Wechsel und Pflege der Trachealkanüle,
 - Pflege des zentralen Venenkatheters,
 - Wundversorgung einer akuten Wunde,
 - Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde,
 - An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/ -strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes,
 - An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung.

- 30.1.5.2 Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege müssen in Form eines Behandlungsplanes verordnet sein. Sie sind auch dann dem Grunde nach beihilfefähig, wenn sie von einem Psychotherapeuten (§ 16 Absatz 4 Satz 1) verordnet wurden. Die Notwendigkeit solcher Maßnahmen kann bei Indikationen aus dem Bereich psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99 nach ICD-10-GM-Klassifizierung) im Zusammenhang mit den in § 4 Absatz 9 und 10 der die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) genannten Diagnosen gegeben sein. Zu den Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gehören insbesondere:
- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
 - Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
 - Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.
- Die psychiatrische häusliche Krankenpflege wird in Form von Einheiten abgegeben. Eine Einheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie nicht notwendig und damit ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.
- 30.1.5.3 Die notwendige Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann entsprechend der ärztlichen Verordnung im Haushalt des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen erfolgen oder durch spezialisierte Einrichtungen (Wundzentren). Durch spezialisierte Leistungserbringer außerhalb der Häuslichkeit ist die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden insbesondere dann zu erbringen, wenn dies aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit erforderlich ist. Neben der Wundversorgung können weitere pflegerische Maßnahmen erforderlich sein, die durch andere Pflegedienste erbracht werden. Sofern Verträge von Wundzentren mit privaten Krankenversicherungsunternehmen oder Sozialversicherungsträgern bestehen, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach diesen Verträgen (zum Beispiel Vertrag der Debeka-Krankenversicherung mit den WZ-WundZentren GmbH über die recucare GmbH).
- 30.1.5.4 Aufwendungen für Behandlungspflege, auch in Form einer außerklinischen Intensivpflege (vergleiche § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), sind auch für dauernd pflegebedürftige Personen im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 im notwendigen Umfang beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Personen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, zum Beispiel bei erforderlicher Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht.
- 30.1.6 Hinsichtlich der Verordnung von häuslicher Krankenpflege und der Art, des Inhalts und des Umfangs der Leistungen sowie der Versorgung chronischer Wunden in spezialisierten Einrichtungen wird auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) hingewiesen. Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen Behandlungspflege durch die Einrichtungen erbracht wird (zum Beispiel in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen), sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nicht beihilfefähig. Dies gilt ebenso für den Zeitraum einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung.
- 30.1.7 Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich der zu Pflegenden regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen (zum Beispiel Alten-/Seniorenheim oder Wohngruppen/Appartements eines Pflegedienstes, stationäre Pflegeeinrichtung), Arbeitsstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen sein. Auch in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege beihilfefähig, wenn (vorübergehend) ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege

besteht (zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt).

30.1.8 Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Sätze nach Nummer 30.2.2 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.“

b) Nummer 30.3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 30.3.2 Satz 2 wird die Angabe „KR 7a“ durch die Angabe „KR 7“ ersetzt.

bb) Nummer 30.3.3 wird wie folgt gefasst:

„30.3.3Die Personen, die mit dem Gepflegten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind, sind in Nummer 51.2.4 genannt.“

29. Nummer 31 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 31.1.3 Satz 1 wird die Angabe „SGB V“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

b) Nummer 31.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 31.2.2 wird wie folgt gefasst:

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

Zeitraum	Ost	West
1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2018	242,55	274,05
1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019	258,30	280,35
1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2020	270,90	286,65
1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021	280,35	296,10

Bei Vorliegen der Voraussetzungen kommt daneben auch eine Beihilfegewährung nach § 52 (Kurzzeitpflege) und § 55 (vollstationäre Pflege) in Betracht; im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind insoweit die Leistungen der Pflegekassen vorrangig auszuschöpfen.“

bb) Der Nummer 31.2.3 wird folgender Satz angefügt:

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

30. Nummer 31a wird wie folgt geändert:

a) Nummer 31a.1 wird wie folgt gefasst:

„31a.1 Im April 2014 ist das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz in Kraft getreten. Es verpflichtet die Länder, flächendeckende klinische Krebsregister einzurichten. Ein klinisches Krebsregister strebt die Erfassung aller Krebspatienten an, die in einem definierten Einzugsgebiet behandelt wurden. Hauptziele dieser Erfassung sind die Qualitätssicherung und die Darstellung der Ergebnisqualität der gesamten Behandlung von Krebspatienten. Pro Fall ist an das Krebsregister eine Registerpauschale nach § 65c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen, die jährlich vom GKV-Spitzenverband angepasst wird. Sie beträgt im Jahr 2021 141,73 Euro. Außerdem fallen Gebühren für die Meldungen der zu übermittelnden Identitäts- und medizinischen Daten sowie meldungsbezogener Daten an das klinische Krebsregister in unterschiedlicher Höhe pro Fall an (zum Beispiel für die Erstmeldung im Jahr 2021, unverändert seit 2015, 18 Euro). Die Aufwendungen für

Pauschalen und Gebühren sind einschließlich Umsatzsteuer beihilfefähig. Hinsichtlich der Verfahrensweise der Abrechnung der Krebsregisterpauschale und der Meldevergütung mit den Beihilfeträgern besteht keine bundeseinheitliche Regelung, sodass je nach Wohnort des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein anderes Verfahren geregelt sein kann. Im Freistaat Sachsen wird das Abrechnungsverfahren mit der Beihilfe noch geregelt.“

- b) In Nummer 31a.2 wird im zweiten Satz nach dem Wortlaut von Doppelbuchstabe bb die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

31. Nummer 32 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 32.1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 32.1.1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.

bbb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die ärztliche Verordnung muss sich ausdrücklich auf die medizinische Notwendigkeit der Beförderung beziehen. Die Bescheinigung eines Krankenhauses über die Notwendigkeit der Behandlung oder Mitteilung der Behandlungstermine begründet noch keine medizinische Notwendigkeit der Fahrten (BVerwG, Urteil vom 5. März 2021, 5 C 14/19).“

bb) Der Nummer 32.1.5 werden die folgenden Sätze angefügt:

„- Pflegegrad 3 und höher: Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit in Pflegegrade ergibt sich aus § 48 Absatz 1 in Verbindung mit § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

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

- b) Nummer 32.3.3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „benutzt werden können“ die Wörter „oder die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 vorliegen (vergleiche auch Nummer 32.1.5)“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

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

32. Nummer 34 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 34.2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dies sind zum Beispiel Gebärdensprachdolmetscher und Oraldolmetscher. Aufgrund des Verweises in § 5 Absatz 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung sind die nachgewiesenen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten für Kommunikationsshelfer bis zu der Höhe beihilfefähig, die sich bei entsprechender Anwendung der Regelungen über die Vergütung von Dolmetschern und Übersetzern nach dem Abschnitt 3 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes ergeben würde. Für das Honorar des Kommunikationsshelfers ist der Stundensatz für Dolmetscher nach § 9 Absatz 5 und 6 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes maßgebend. Er beträgt 85 Euro (Stand: 1. Januar 2021).“

- b) In Nummer 34.3 Satz 1 wird nach dem Wort „insbesondere“ das Wort „auch“ eingefügt.

33. Nummer 35 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 35.3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 35.3.1 wird aufgehoben.

bb) Die bisherige Nummer 35.3.2 wird Nummer 35.3.1.

b) Nummer 35.5.3 wird aufgehoben.

- c) Folgende Nummer 35.6 wird angefügt:

„**35.6 Zu Absatz 6** (bleibt frei)“

34. Nummer 37 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 37.1.1 Satz 3 werden die Wörter „physikalische Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.
- b) Nummer 37.2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 37.2.1 Satz 5 wird die Angabe „20.2.3“ durch die Angabe „20.2.4“ ersetzt.
 - bb) Der Nummer 37.2.6.1 werden die folgenden Sätze angefügt:
 „Verordnete Heilmittelanwendungen, die beispielsweise von einem Physiotherapeuten in einer Physiotherapiepraxis erbracht werden können, sind keine ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in diesem Sinne. Die Beihilfefähigkeit von Heilmitteln richtet sich nach § 26 in Verbindung mit der Anlage 3 (vergleiche hierzu VG Chemnitz, Urteil vom 27. Mai 2020, 3 K 558/19).“

35. Nummer 38 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 38.1.1 Satz 3 werden die Wörter „16b Absatz 3 Satz 2“ durch die Wörter „16 Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.
- b) Nummer 38.2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Nummer 38.2.1 wird folgender Satz angefügt:
 „Weiterhin ist von den behandelten Gelenkerkrankungen nach Nummer 4 auch die Behandlung eines Knorpelschadens am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage) erfasst.“
 - bb) In Nummer 38.2.3 Satz 1 werden die Wörter „physikalische Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.
- c) Nummer 38.3.2 wird wie folgt gefasst:
 „38.3.2 Die Aufwendungen eines gegebenenfalls von der Festsetzungsstelle eingeholten Gutachtens (vergleiche Nummer 62.7) trägt die Festsetzungsstelle. Terminabsprachen mit dem Gutachter sind vom Beihilfeberechtigten oder seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen selbst vorzunehmen. Wird im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach § 48 Absatz 1 die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme festgestellt und eine Rehabilitationsempfehlung erteilt, kann die Maßnahme auch auf dieser Grundlage als beihilfefähig anerkannt werden.“
- d) In Nummer 38.4.1 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 8“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

36. Nummer 40 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
„40 Zu § 40 Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen“
- b) Nummer 40.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 40.1.3 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Satz 2 werden die Wörter „und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Schutzimpfungen“ gestrichen.
 - bbb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
 „Aufwendungen für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Schutzimpfungen sind ohne Einschränkungen beihilfefähig. Eine Prüfung, ob sich die geimpfte Person tatsächlich in einem FSME-Risikogebiet aufhält, erfolgt nicht.“
 - bb) Nach Nummer 40.1.3 wird folgende Nummer 40.1.4 eingefügt:
 „40.1.4 Soweit bei Anwendung eines nach § 21 beihilfefähigen Arzneimittels eine Schutzimpfung zur Verringerung eines durch diese medikamentöse Therapie erhöhten Infektionsrisikos zu erfolgen hat, sind diese Aufwendungen unabhängig von einer Regelung in der Schutzimpfungs-Richtlinie beihilfefähig.“
 - cc) Die bisherigen Nummern 40.1.4 bis 40.1.7 werden die Nummern 40.1.5 bis 40.1.8.
 - dd) Die bisherige Nummer 40.1.8 wird Nummer 40.1.9 und in Satz 3 wird die Angabe „40.1.6“ durch die Angabe „40.1.7“ ersetzt.
 - ee) Die bisherige Nummer 40.1.9 wird Nummer 40.1.10.
- c) Folgende Nummern 40.3 und 40.4 werden angefügt:
„40.3 Zu Absatz 3
 40.3.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV

sowie Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexposition prophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, bestimmt sich nach § 20j Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach der Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die HIV-Präexposition prophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte).

- 40.3.2 Die Voraussetzungen zur fachlichen Befähigung des Arztes zur Durchführung der Präexposition prophylaxe sind durch die Festsetzungsstelle nur bei begründeten Zweifeln zu prüfen.
- 40.3.3 Hinsichtlich der von einem Arzt schriftlich verordneten Arzneimittel zur Präexposition prophylaxe ist davon auszugehen, dass diese zur medikamentösen Präexposition prophylaxe zugelassen sind.
- 40.3.4 Bei Arzneimitteln zur Präexposition prophylaxe sind die Eigenbeteiligungen nach § 59 Absatz 1 zu berücksichtigen.
- 40.3.5 Aufwendungen für eine risikoadaptierte Untersuchung auf Lues, Gonorrhoe oder Chlamydien als Begleitdiagnostik sind beihilfefähig.
- 40.3.6 Soweit Aufwendungen für Präexposition prophylaxe in Verträgen geregelt sind, können diese nach § 4 Absatz 6 der Beihilfebemessung zu Grunde gelegt werden.

40.4 Zu Absatz 4

40.4.1 Soweit aufgrund einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf weitere bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben, sind entsprechende Aufwendungen beihilfefähig, soweit diese Leistungen nicht zu Lasten anderer Kostenträger erbracht werden.

40.4.2 Im Falle einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 20i Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgrund einer vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite (zum Beispiel Coronavirus-Impfverordnung, Coronavirus-Testverordnung und Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung) sind entsprechende Aufwendungen für

- a) bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe,
- b) bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit einem bestimmten Krankheitserreger oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen diesen Krankheitserreger,
- c) bestimmte Schutzmasken

nur beihilfefähig, soweit diese Leistungen nicht zu Lasten anderer Kostenträger erbracht werden. Eine pauschale Beteiligung der Beihilfe ist nicht vorgesehen. Insbesondere flächendeckende Tests nach Buchstabe b (wie zum Beispiel PCR-Test, PCR-Schnelltest, Antigen- oder Antikörpertests, gegebenenfalls auch als Selbsttest und damit in Zusammenhang stehende Nukleinsäurenachweise) sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, da entsprechend der Ermächtigung in § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen von nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten für diese Leistungen grundsätzlich zu Lasten anderer Kostenträger erbracht werden (zum Beispiel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds). Entsprechende Aufwendungen sind im Einzelfall nur dann beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind (§ 8) und der Test medizinisch notwendig war (§ 4 Absatz 3). Die Entscheidung hierüber obliegt dem Arzt auf Basis der Kriterien des Robert Koch-Institutes.“

37. Nummer 41 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 41.0 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 41.0.2 wird folgender Satz angefügt:

„Besteht hingegen ein spezielles Risiko oder ein Krankheitsverdacht, sind Aufwendungen zur Früherkennung von Krankheiten nach Maßgabe des Abschnittes 2 beihilfefähig.“

bb) Nummer 41.0.3 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden die Wörter „Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen“ durch das Wort „Früherkennungsuntersuchungen“ ersetzt.

- bbb) In Satz 4 werden die Wörter „das SCID-Screening“ durch die Wörter „Chromosomenuntersuchungen und andere Gentests“ ersetzt.
- b) Nummer 41.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 41.1.2 Satz 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
 „Bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres ist eine Gesundheitsuntersuchung beihilfefähig. Ab Vollendung des 35. Lebensjahres sind Aufwendungen für Gesundheitsuntersuchungen alle drei Jahre beihilfefähig. Wird zu einer Gesundheitsuntersuchung Beihilfe gewährt, sind in den auf das Jahr der Gesundheitsuntersuchung folgenden zwei Kalenderjahren Aufwendungen für eine (erneute) Gesundheitsuntersuchung nicht beihilfefähig.“
- bb) Nummer 41.1.3 wird wie folgt gefasst:
 „41.1.3Die Beihilfefähigkeit der Untersuchungen bestimmt sich nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie). Bei Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 35. Lebensjahr vollendet haben, sind in dem in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie bestimmten Umfang Untersuchungen aus dem Urin nicht und Untersuchungen aus dem Blut nur bei entsprechendem Risikoprofil beihilfefähig. Entstehen bei diesem Personenkreis Aufwendungen für Untersuchungen aus dem Blut, kann davon ausgegangen werden, dass ein entsprechendes Risikoprofil vorliegt und die Maßnahme notwendig im Sinne des § 4 Absatz 3 ist.“
- cc) Folgende Nummer 41.1.4 wird angefügt:
 „41.1.4Aufwendungen für die Teilnahme am Screening auf Bauchortenaneurysmen sind nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie für Männer ab dem Alter von 65 Jahren einmalig beihilfefähig. Zur Beihilfefähigkeit von entsprechenden Aufwendungen bei Frauen wird auf Nummer 41.3.5 verwiesen. Das Screeningergebnis gilt als auffällig, wenn ein Bauchortendurchmesser von 2,5 cm oder größer gemessen wurde. Die Verlaufskontrollen und weitere Diagnostik nach Feststellung eines auffälligen Befundes erfolgen im Rahmen der Krankenbehandlung nach Abschnitt 2.“
- c) Nummer 41.2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 41.2.1 werden nach den Wörtern „organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ die Wörter „im dort jeweils bestimmten Umfang“ eingefügt.
- bb) In Nummer 41.2.2 Buchstabe a werden nach dem Wort „Genitales“ die Wörter „und zur Früherkennung des Zervixkarzinoms“ eingefügt.
- cc) Nummer 41.2.3 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Satz 2 werden die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ gestrichen.
- bbb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Männern“ die Wörter „ab dem Alter von 35 Jahren“ eingefügt und es werden die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ gestrichen.
- ccc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
 „Ebenso ist die Früherkennung des Zervixkarzinoms bei Frauen ab dem Alter von 35 Jahren (Ko-Testung) im Abstand von drei Kalenderjahren beihilfefähig (vergleiche Abschnitt III § 3 Absatz 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme). Die Ko-Testung beinhaltet eine zytologische Untersuchung und einen HPV-Test.“
- dd) Nummer 41.2.4 wird aufgehoben.
- d) Nummer 41.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 41.3.1 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Satz 1 werden die Wörter „eine von den Absätzen 1 und 2 abweichende“ gestrichen.
- bbb) In Satz 2 werden die Wörter „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien oder“ durch die Wörter „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie,“ ersetzt und die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ werden durch die Wörter „oder die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme“ ersetzt.

- bb) Nummer 41.3.2 wird wie folgt gefasst:
 „41.3.2 Die Häufigkeit der Untersuchungen richtet sich ausschließlich nach der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie oder der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme.“
- cc) Nummer 41.3.4 wird wie folgt gefasst:
 „41.3.4 Nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie sind auch Aufwendungen für eine Früherkennung einer Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion für Personen ab Vollendung des 35. Lebensjahres beihilfefähig. Wiederholte Testungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 sind beihilfefähig, wenn dies im Einzelfall erforderlich erscheint (zum Beispiel bei Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe).“
- dd) Folgende Nummer 41.3.5 wird angefügt:
 „41.3.5 Aufwendungen für ein Screening auf Bauchaortenaneurysmen sind nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie auch für Frauen ab dem Alter von 65 Jahren einmalig beihilfefähig.“
- e) Nummer 41.4.1 wird wie folgt gefasst:
 „41.4.1 Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit den in Anlage 5 zu § 41 Absatz 4 festgelegten Pauschalen als beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentren durchgeführt wurden. Zugelassene Zentren sind derzeit:
- Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
 - Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
 - Universitätsklinikum Erlangen, Frauenklinik
 - Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Humangenetik
 - Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
 - Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Humangenetik
 - Universitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
 - Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
 - Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Humangenetik
 - Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik
 - Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Campus Kiel)
 - Universitätsklinikum Köln, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
 - Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
 - Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs, Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit
 - Technische Universität München, Klinikum Rechts der Isar, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
 - Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Campus Großhadern
 - Universität Münster, Institut für Humangenetik
 - Universität Regensburg, Institut für Humangenetik
 - Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
 - Universität Ulm, Frauenklinik und Poliklinik
 - Universität Würzburg, Institut für Humangenetik“
- f) Nummer 41.5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 41.5.1 Satz 1 werden die Wörter „Lynch-Syndrom“ durch die Wörter „Lynch-

oder Polyposis-Syndrom“ ersetzt.

- bb) In Nummer 41.5.2 Satz 2 wird nach dem sechsten Anstrich folgender Anstrich eingefügt:
„- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitäres Cancer Center Hamburg“
- cc) Nummer 41.5.3 wird wie folgt gefasst:
„41.5.3 Die Prüfung der Einschlusskriterien in das Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko erfolgt durch die Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs. Wenn sich in der Beratung nach Anlage 5a Absatz 1 Nummer 1 herausstellt, dass die Einschlusskriterien nicht erfüllt sind, wird die Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet. Diese Aufwendungen sind beihilfefähig.“
- dd) Nummer 41.5.5 wird aufgehoben.

38. Nummer 42 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 42.2 wird in der Zeile „J1“ die Angabe „12“ durch die Angabe „13“ ersetzt.
- b) Nummer 42.3 wird wie folgt gefasst:
„42.3 Die Schwerpunkte dieser Untersuchungen sowie die Toleranzgrenzen (Zeitpunkt der Untersuchungen) einschließlich einer zulässigen Über- oder Unterschreitung der festgelegten Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Beihilfefähig sind auch die nach Abschnitt C der Kinder-Richtlinie vorgesehenen speziellen Früherkennungsuntersuchungen (Erweitertes Neugeborenen-Screening, Screening auf Mukoviszidose, Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation, Neugeborenen-Hörscreening und Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen).“
- c) Nummer 42.5 wird wie folgt gefasst:
„42.5 Beihilfefähig sind nach der Kinder-Richtlinie auch Aufwendungen für Chromosomenuntersuchungen und andere Gentests im Rahmen des Neugeborenen-Screenings und des Screenings auf Mukoviszidose. Im Rahmen des Erweiterten Neugeborenen-Screenings gilt dies beispielsweise für das Screening auf schwere kombinierte Immundefekte (Severe combined Immunodeficiency, SCID).“

39. Nummer 43 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 43.1 wird wie folgt gefasst:
„43.1 Zu Absatz 1“
43.1.1 Die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten richtet sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).
43.1.2 Danach sind drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen im Alter vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat beihilfefähig, von denen jeweils eine im Alter vom 6. bis zum vollendeten 9., vom 10. bis zum vollendeten 20. und vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat erfolgen soll. Der Abstand zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen beträgt mindestens vier Monate. Zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen sind im Alter vom 6. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat zweimal je Kalenderhalbjahr Aufwendungen für eine Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung beihilfefähig.
43.1.3 Drei zahnärztliche Kinder-Früherkennungsuntersuchungen sind ab dem 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres beihilfefähig. Die erste Untersuchung findet grundsätzlich ab dem 34. Lebensmonat statt. Die beiden weiteren Untersuchungen finden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres statt. Der Abstand zwischen den Zahnuntersuchungen beträgt mindestens zwölf Monate. Zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen sind im Alter vom 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres zweimal je Kalenderhalbjahr Aufwendungen für eine Anwendung von Fluoridlack zur Kariesvorbeugung beihilfefähig.
43.1.4 Im Übrigen richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Absatz 3.“
- b) In Nummer 43.2.3 Satz 1 werden die Wörter „Zahn- und Kiefererkrankungen“ durch die Wörter „Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen“ ersetzt.
- c) Nummer 43.4 wird wie folgt gefasst:

„43.4 Zu Absatz 4

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

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

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

40. Nummer 44 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 44.1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Nummern 44.1.5 und 44.1.6 werden wie folgt gefasst:

„44.1.5 Aufwendungen für molekulargenetische Tests (zum Beispiel

Fruchtwasseruntersuchung/Amniozentese,

Mutterkuchenpunktion/Chorionzottenbiopsie) zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21, weiterer Trisomien und anderer Erkrankungen (zum Beispiel

Stoffwechselerkrankungen) oder für Untersuchungen an fetaler DNA aus

mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 (Nicht-

invasiver Pränataltest – NIPT) sind nur unter den in Abschnitt A Nummer 6 oder

Abschnitt B der Mutterschafts-Richtlinien genannten engen Voraussetzungen

beihilfefähig. Aufwendungen für Nabelschnurpunktion (Chordozentese) sind

beihilfefähig, wenn diese aus ärztlicher Sicht notwendig sind. Die Notwendigkeit ist

auf der Rechnung des Arztes zu vermerken.

44.1.6 Nicht beihilfefähig sind aufgrund der Mutterschafts-Richtlinien Aufwendungen für den sogenannten Triple-Test (MoM-Test) oder das Ersttrimesterscreening (FTS) zum Auffinden eines Down-Syndroms beim ungeborenen Kind.“

bb) Nummer 44.1.9 wird wie folgt gefasst:

„44.1.9 Daneben ergibt sich die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen von Frauen in der Schwangerschaft auch aus anderen Vorschriften. Nach der Schutzimpfungs-Richtlinie sind beispielsweise für Frauen in der Schwangerschaft auch Aufwendungen für eine Impfung gegen Pertussis (Keuchhusten) beihilfefähig (hierzu Nummer 40.1.2).“

cc) Die bisherigen Nummern 44.1.9 bis 44.1.11 werden die Nummern 44.1.10 bis 44.1.12.

dd) Nummer 44.1.13 wird wie folgt gefasst:

„44.1.13 Wird nach Satz 1 Nummer 5 die Haus- und Wochenpflege der Wöchnerin durch Personen durchgeführt, die mit der Wöchnerin bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind (hierzu Nummer 51.2.4) oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person beihilfefähig (§ 30 Absatz 3).“

ee) Die bisherigen Nummern 44.1.13 bis 44.1.15 werden die Nummern 44.1.14 bis 44.1.16.

b) In Nummer 44.3.3 Satz 2 wird die Angabe „20“ durch die Angabe „22“ ersetzt.

c) Nummer 44.5 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 44.5.4 wird wie folgt gefasst:

„44.5.4 Aufwendungen für die Unterkunft der Schwangeren sind bis zur Höhe von 80 Euro je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 40 Euro je Übernachtung beihilfefähig.“

bb) In Nummer 44.5.5 Satz 4 wird die Angabe „2016: 4,80“ durch die Angabe „2021: 5,60“ ersetzt.

41. Nummer 45.1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 45.1.9 werden die Wörter „3. September 2017 (SächsABl. S. 1209), enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 16. November 2017 (SächsABl. SDr. S. S 422),“ durch die Wörter „12. März 2020 (SächsABl. S. 295)“ ersetzt.

b) In Nummer 45.1.12 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

42. Nummer 47 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 47.3.1 wird wie folgt gefasst:

„47.3.1 Aufwendungen für die Transplantation von Organen, Geweben und von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind immer dem Empfänger zuzuordnen und unmittelbar nach Abschnitt 2 und 3 beihilfefähig. Absatz 3 umfasst die mittelbaren Folgekosten einer Transplantation, die nicht unmittelbar nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig sind. Dies betrifft im Einzelnen Aufwendungen, die für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und den Transport sowie die Organisation für die Bereitstellung des Organs, Gewebes oder des Blutes zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen anfallen. Der Begriff Gewebe bestimmt sich nach der Definition des § 1a Nummer 4 des Transplantationsgesetzes. Demzufolge fallen auch Stammzellen unter den Gewebebegriff.“

b) In Nummer 47.4.7 Satz 2 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

43. In Nummer 48.1.3 Satz 1 wird die Angabe „22. Dezember 2016“ durch die Angabe „21. April 2020“ ersetzt.

44. Nummer 49 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 49.1.12 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (zum Beispiel Internatsunterbringung) oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, für die Beihilfe nach § 56 gewährt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an Wochenenden oder in Ferienzeiten) Beihilfe nach Absatz 1 für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie gewährt werden.“

b) In Nummer 49.2.6 Satz 1 werden die Wörter „‚Günstigkeitsregelung‘ (§ 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)“ durch die Wörter „Regelung des § 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

c) Nummer 49.3.5 wird wie folgt gefasst:

„49.3.5 Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (zum Beispiel Internatsunterbringung) oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 56) haben Anspruch auf ungekürzte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, in denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Demnach ist für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 56 1/30 der Pauschalbeihilfe zu gewähren. Bei einem vollen Monat wird die gesamte Pauschalbeihilfe gewährt. Sie können die Leistungen nach Absatz 1 und 2 auch mit Leistungen nach § 56 kombinieren.“

d) Nummer 49.5 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 49.5.3 wird wie folgt gefasst:

„49.5.3 Ab 1. Januar 2021 sind auf Grundlage des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7 Stufe 5 Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

Pflegegrad 2:	1 052,27 Euro
Pflegegrad 3:	2 104,54 Euro
Pflegegrad 4:	3 156,81 Euro
Pflegegrad 5:	4 209,08 Euro

Künftige Tariferhöhungen sind zu beachten.“

bb) Nummer 49.5.4 wird wie folgt geändert:

aaa) In der Überschrift wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

bbb) In Nummer 49.5.4.1 Buchstabe c wird im ersten Anstrich die Angabe „1 921,39“ durch die Angabe „2 104,54“ ersetzt.

ccc) In Nummer 49.5.4.2 Buchstabe c wird im ersten Anstrich die Angabe „2 882,09“ durch die Angabe „3 156,81“ ersetzt.

c) Der Nummer 49.6.2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Liegen entsprechende Vereinbarungen vor, sind die jeweils mit der beratenden Stelle

vereinbarten Beträge beihilfefähig. Die Vorlage der Vereinbarung ist in der Regel nicht erforderlich und sollte auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben (zum Beispiel bei besonders hohen entstandenen Aufwendungen für den Beratungsbesuch).“

45. Nummer 49a wird wie folgt geändert:

a) Nummer 49a.1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 49a.1.5 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Diese allgemein organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung unterstützenden Tätigkeiten (hauswirtschaftliche Unterstützung) müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen hinaus erbracht werden.“

bb) Nummer 49a.1.6 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Bezug von Leistungen für vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) oder Pflege in vollstationären Einrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 56) schließt die ambulante Betreuung aus.“

b) In Nummer 49a.2.2 Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

46. Nummer 49b wird wie folgt geändert:

a) Nummer 49b.1 wird wie folgt geändert:

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

„Nach der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2021 beträgt die monatliche Bezugsgröße im Kalenderjahr 2021 3 290 Euro (West) beziehungsweise 3 115 Euro (Ost). Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt damit im Jahr 2021 monatlich 1 096,67 Euro (West) beziehungsweise 1 038,33 Euro (Ost).“

bb) Nummer 49b.1.1.4 wird wie folgt gefasst:

„49b.1.1.4 Für die Zuschussbemessung für die Krankenversicherung sind der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2021: 14,6 Prozent) sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde zu legen. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, tritt an die Stelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches (Stand 1. Januar 2021: 1,3 Prozent). Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beträgt der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung daher im Kalenderjahr 2021 monatlich höchstens 174,37 Euro (West) beziehungsweise 165,09 Euro (Ost). Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich durch die Zugrundelegung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes abweichende Beträge.“

cc) Nummer 49b.1.1.5 wird wie folgt gefasst:

„49b.1.1.5 Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung wird unter Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2021: 3,05 Prozent; gegebenenfalls bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 Prozent) auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ermittelt (2021 monatlich höchstens 33,45 Euro und 36,19 Euro [West] beziehungsweise 31,67 Euro und 34,26 Euro [Ost]).“

dd) Nummer 49b.1.2.1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes ist begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (Stand 1. Januar 2021: 4 837,50 Euro monatlich/161,25 Euro täglich, 70 Prozent hiervon sind 3 386,25 Euro monatlich/112,88 Euro täglich).“

b) Nummer 49b.2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 49b.2.7.5 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt

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

„49b.2.9 Beispiel zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes und der hierauf entfallenden Beiträge (Stand: 1. Januar 2021)

Das Beispiel bezieht sich auf eine Kostentragung des Leistungsträgers des Pflegeunterstützungsgeldes zu 100 Prozent und den Rechtskreis Ost. Die errechneten Beiträge sind in der Beihilfe entsprechend des Bemessungssatzes der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen zu pflegenden Person abzuführen.

Eine vollzeitbeschäftigte Person arbeitet regelmäßig fünf Tage in der Woche von Montag bis Freitag. Wegen einer bei ihrem Vater akut aufgetretenen Pflegesituation nach § 2 des Pflegezeitgesetzes lässt sie sich vom 23. Februar bis 2. März (kein Schaltjahr) für insgesamt sechs Arbeitstage (acht Kalendertage) ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts von der Arbeit freistellen. Aufgrund der Beschäftigung bestand bisher Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. In der Krankenversicherung wurde bisher der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. Weitere Beschäftigungen werden nicht ausgeübt; weitere beitragspflichtige Einnahmen werden nicht erzielt. Das ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt für den genannten Zeitraum brutto 1 500 Euro und netto 1 200 Euro.

Berechnung:

Das Pflegeunterstützungsgeld sowie die hierauf zu entrichtenden Beiträge werden grundsätzlich für den Kalendertag berechnet. Für die Zeit vom 23. Februar bis 2. März sind deshalb 8 Kalendertage anzusetzen.

Das für einen Kalendertag ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt:

- Brutto: 1 500 Euro/8 = 187,50 Euro
- Netto: 855,56 Euro/8 = 150,00 Euro

Die kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenzen betragen in der

- Krankenversicherung: 58 050 Euro/360 = 161,25 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: 80 400 Euro/360 = 223,33 Euro

Für die Beiträge zur Krankenversicherung ist das kalendertägliche ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Beitragsbemessungsgrenze zu kürzen: 161,25 Euro

Für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung ist weiter zu rechnen mit: 187,50 Euro

Nach Kürzung auf 80 Prozent ergeben sich folgende beitragspflichtige Einnahmen:

- Krankenversicherung: 161,25 Euro x 80 Prozent = 129,00 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: 187,50 Euro x 80 Prozent = 150,00 Euro

Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes:

- 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts: 150,00 Euro x 90 Prozent = 135,00 Euro
- begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung: 161,25 Euro x 70 Prozent = 112,88 Euro

Die Höchstgrenze wird überschritten, das Pflegeunterstützungsgeld beträgt daher kalendertäglich 112,88 Euro

für acht Kalendertage 903,04 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Krankenversicherung:

- allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent

- angenommener kassenindividueller Zusatzbeitragssatz: 1,3 Prozent
 - voller allgemeiner Beitrag: 129 Euro x 14,6 Prozent = 18,83 Euro
 - Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 112,88 Euro x 7,3 Prozent = 8,24 Euro
 - Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 10,59 Euro
 - Zusatzbeitrag: 129 Euro x 1,3 Prozent = 1,68 Euro
 - Gesamtbeitrag: 18,83 Euro + 1,68 Euro = 20,51 Euro
- Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Rentenversicherung:
- Beitragssatz: 18,6 Prozent
 - voller Beitrag: 150,00 Euro x 18,6 Prozent = 27,90 Euro
 - Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 112,88 Euro x 9,3 Prozent = 10,50 Euro
 - Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 17,40 Euro
- Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung:
- Beitragssatz: 2,4 Prozent
 - voller Beitrag: 150,00 Euro x 2,4 Prozent = 3,60 Euro
 - Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 112,88 Euro x 1,2 Prozent = 1,35 Euro
 - Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 2,25 Euro“

47. Nummer 50 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 50.1.8 wird wie folgt geändert:
 - aa) In der Überschrift wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.
 - bb) In Buchstabe c wird jeweils im ersten und vierten Anstrich die Angabe „1 921,39“ durch die Angabe „2 104,54“ ersetzt.
- b) In Nummer 50.2.1 Satz 1 wird nach den Wörtern „Zuschlag nach“ die Angabe „§ 49a“ eingefügt.

48. Nummer 51 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 51.1.10 wird wie folgt gefasst:

„51.1.10 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Verhinderungspflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.7 verwiesen.“
- b) Nummer 51.2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Nummer 51.2.3 wird folgender Satz angefügt:

„Hat die Pflegeversicherung bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges in Anlehnung an das Krankenversicherungsrecht (§ 60 Absatz 3 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) pro gefahrenen Kilometer den nach § 5 Absatz 1 Bundesreisekostengesetz festgesetzten Betrag für die Wegstreckenentschädigung (0,20 Euro) der Abrechnung zu Grunde gelegt, bestehen keine Bedenken, diesen als beihilfefähig anzuerkennen.“
 - bb) Nummer 51.2.6 wird wie folgt gefasst:

„51.2.6 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2021):
Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20. April bis 10. Mai (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546 Euro, ein Verdienstausschlag in Höhe von 1 445 Euro und Fahrtkosten in Höhe von 84,00 Euro (20 km x 0,20 Euro = 4,00 Euro x 21 Tage = 84,00 Euro) nachgewiesen.“

- Beihilfefähigkeit der Verhinderungspflege, begrenzt auf den eineinhalbfachen Betrag der Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) des Pflegegrades 4 (728 Euro x 1,5 =) 1 092 Euro	546,00 Euro
- plus Fahrtkosten	84,00 Euro
- plus Verdienstausfall = 1 445 Euro	1 445,00 Euro
- Gesamt	2 075,00 Euro

Der Höchstbetrag von 1 612 Euro nach Absatz 1 wird überschritten. Aufgrund der Anwendung des Absatzes 3 kann jedoch eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrages durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 806 Euro erfolgen. Es können damit 2 075,00 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.

Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege nach § 52 sind im restlichen Kalenderjahr bis zu 1 149,00 Euro beihilfefähig. Im Falle einer erneuten Verhinderungspflege sind aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege Aufwendungen für bis zu 21 Tage bis zu 343,00 Euro beihilfefähig.“

49. Nummer 52 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 52.1.10 wird wie folgt gefasst:

„52.1.10 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Kurzzeitpflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.7 verwiesen.“

b) Der Nummer 52.3 wird folgende Nummer 52.3.6 angefügt:

„52.3.6 Daneben sind Aufwendungen für Vergütungszuschläge für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, da die Pflegebedürftigen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden dürfen.“

50. In Nummer 54.2.2 Satz 3 wird die Angabe „22. Dezember 2016“ durch die Angabe „21. April 2020“ ersetzt.

51. Nummer 55.2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 55.2.1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Aufwendungen für Vergütungszuschläge“ die Wörter „entsprechend § 84 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) Folgende Nummer 55.2.3 wird angefügt:

„55.2.3 Daneben sind Aufwendungen für Vergütungszuschläge für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, da die Pflegebedürftigen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden dürfen.“

52. Nummer 56 wird wie folgt gefasst:

„56.1 Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Mit dem Verweis auf § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt dies auch für Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

56.2 Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind dadurch geprägt, dass die Bewohner die Überlassung des Wohnraums sowie die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe und gegebenenfalls darüber hinaus erforderliche Leistungen zur Pflege oder Betreuung in einer Weise erhalten, die sich im Rahmen einer Gesamtbetrachtung so darstellt, dass die Versorgung durch Leistungserbringer umfassend organisiert wird und die Mitbestimmungsmöglichkeiten vergleichbar wie in einer stationären Einrichtung eingeschränkt sind.

56.3 Für die Feststellung, ob die Gesamtversorgung der in den Räumlichkeiten wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend einer Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht (§ 71 Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c des Elften Buches Sozialgesetzbuch), soll die Entscheidung der Pflegeversicherung zu Grunde gelegt werden.

56.4 Beihilfefähig sind 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung (vergleiche § 125 Absatz 1 Nummer 2 und § 134 Absatz 1 Nummer 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch), höchstens jedoch 266 Euro monatlich. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

56.5 Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt.

56.6 Bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 52.

56.7 Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 56 und der häuslichen Pflege (§ 49) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (zum Beispiel an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 51 oder des § 52 gewährt werden. Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 56 ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung oder Räumlichkeit im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 oder 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 51 oder § 52 nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 56 abgegolten.“

53. In Nummer 57.7.1 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

54. Nummer 58 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 58.1.4 wird wie folgt gefasst:

„58.1.4 Übersteigt der Betrag der festgesetzten Beihilfe (§ 1 Absatz 5 Nummer 5) zuzüglich der aus demselben Anlass gewährten Leistungen (in der Regel Leistungen der ergänzenden privaten Krankenversicherung) den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen. Unter gewährten Leistungen sind tatsächlich erhaltene Erstattungen und Sachleistungen (abzüglich vereinbarter Eigenbeteiligungen und Selbstbehalte) zu verstehen. Ein Nachweis über zustehende, aber nicht gewährte Leistungen (zum Beispiel aus einer privaten Krankenversicherung) ist vorzulegen. Der Nachweis kann auch durch die Mitteilung des privaten Krankenversicherungsunternehmens über erhaltene Beitragsrückerstattungen geführt werden. Kann der Nachweis erst zu einem späteren Zeitpunkt erbracht werden, ist die Beihilfe unter dem Vorbehalt der Aufhebung und Rückforderung festzusetzen (hierzu Nummer 4.2.5) und der Nachweis später vorzulegen.“

b) In Nummer 58.2.1 Satz 2 werden nach den Wörtern „geringere Erstattungen“ die Wörter „oder nicht in Anspruch genommene Versicherungsleistungen“ eingefügt.

55. Nummer 59 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 59.1.6 wird wie folgt gefasst:

„59.1.6 Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg auch für Arznei- und Verbandmittel und stoffliche Medizinprodukte aus Versandapotheken. Gewährte Sofort-Rabatte von Versandapotheken sind, sofern sie nicht bereits im Abgabepreis verrechnet sind, vor Ansatz des Abzugsbetrages vom beihilfefähigen Betrag abzuziehen. Erhält der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige durch den Erwerb des verordneten Arzneimittels eine Gutschrift für künftige Einkäufe bei der (Versand-)Apotheke, ist diese Gutschrift bei der Beihilfefestsetzung nicht anzurechnen. Der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige hat in diesem Fall für das auf Rezept verordnete Arzneimittel den vollen Preis gezahlt, während der Vorteil sich für ihn erst realisiert, wenn ein weiterer Kauf (in der Regel von nicht verschreibungspflichtigen Produkten) bei der Apotheke erfolgt. Er hat damit Anspruch auf Festsetzung der Beihilfe auf Grundlage der von ihm für das Arzneimittel in voller Höhe gezahlten Aufwendungen (vergleiche BGH, Urteil vom 20. Februar 2020, I ZR 5/19).“

b) In Nummer 59.3.2 Satz 1 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.

56. Nummer 60.3.1 wird wie folgt gefasst:

„60.3.1 Eine Reduzierung des Selbstbehaltes kann nur bei einem Wechsel des Dienstherrn innerhalb des Geltungsbereichs des Sächsischen Beamtengesetzes erfolgen. Wird nach dem Tod des Beihilfeberechtigten die Witve selbst beihilfeberechtigt, ist der beim Verstorbenen schon für das Kalenderjahr einbehaltene Selbstbehalt bei der Beihilfefestsetzung für die Witve

anzurechnen. Bei einem Wechsel eines bisher beim Bund oder einem anderen Land beschäftigten Beamten wird der Selbstbehalt unabhängig davon einbehalten, ob bei dem vorherigen Dienstherrn innerhalb des Kalenderjahres bereits Kostendämpfungspauschalen oder vergleichbare Eigenbehalte angefallen sind.“

57. Nummer 62 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 62.1.1 Satz 2 werden die Wörter „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung und der Sächsischen Staatsministerien über Zuständigkeiten für die Festsetzung, Regelung, Anordnung und Abrechnung der Bezüge von Bediensteten und Versorgungsempfängern sowie des Alters- und Hinterbliebenengeldes“ durch die Wörter „Sächsischen Bezügezuständigkeitsverordnung“ ersetzt.
- b) Der Nummer 62.3 wird folgende Nummer 62.3.3 angefügt:
 „62.3.3 Die Festsetzungsstelle hat dem Beihilfeberechtigten zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ab einem Rechnungsbetrag von 2 500 Euro auf Verlangen detaillierte Auskünfte zu erteilen. Für geringere Aufwendungen und für Aufenthalte in Privatkliniken sind Auskünfte zur grundsätzlichen Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausreichend. Bei Rechnungsbeträgen unter 1 000 Euro kann die Festsetzungsstelle auf allgemeine Informationen auf der Internetseite oder in Merkblättern verweisen.“
- c) In Nummer 62.5.1 Satz 8 wird die Angabe „SGB V“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- d) Nummer 62.7.1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
 „Die Festsetzungsstelle veranlasst insbesondere Gutachten zur Feststellung der Notwendigkeit einer Behandlung im Ausland (§ 7 Absatz 2 Satz 3), einer Begleitung eines Kindes ins Krankenhaus (§ 20 Absatz 3 Satz 2) oder wenn die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen (§ 38 Absatz 3) oder einer Kur (§ 39 Absatz 4 und 5) durch die vorgelegten ärztlichen Unterlagen nicht ausreichend begründet ist.“
- e) in Nummer 62.8.2 Satz 1 wird das Wort „Datenschutzgesetzes“ durch die Wörter „Datenschutz-Umsetzungsgesetzes“ ersetzt.

58. In Nummer 65.1 wird die Angabe „31. Januar 2019“ durch die Angabe „27. November 2020“ ersetzt.

59. In Anhang 2 wird vor der Zeile „Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft nach §§ 13 bis 14a EStG (Gewinn)“ folgende Zeile eingefügt:

„Verlustvortrag nach § 10d Absatz 4 EStG für den vorangegangenen Veranlagungszeitraum laut Feststellung des Finanzamtes	“
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

60. Anhang 3 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verwaltungsvorschrift ersichtliche Fassung.

61. Anhang 6 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe c wird gestrichen.
- b) Der bisherige Buchstabe d wird Buchstabe c.

62. Anhang 7 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe c wird gestrichen.
- b) Der bisherige Buchstabe d wird Buchstabe c.

63. Anhang 8 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe c wird gestrichen.
- b) Der bisherige Buchstabe d wird Buchstabe c.

II.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Dresden, den 1. Juni 2021

Der Staatsminister der Finanzen
Hartmut Vorjohann

Anhang zu Nummer 60