

## **Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften**

**Vom 17. Mai 2023**

Auf Grund

- des § 80 Absatz 8 des **Sächsischen Beamtengesetzes** vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), der zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (SächsGVBl. S. 705) geändert worden ist, im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern sowie
- des § 36 Absatz 6 Satz 1 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1045),

verordnet das Staatsministerium der Finanzen:

### **Artikel 1 Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung**

Die **Sächsische Beihilfeverordnung** in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. August 2016 (SächsGVBl. S. 383), die zuletzt durch die Verordnung vom 11. November 2020 (SächsGVBl. S. 590) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) In der Angabe zu § 15 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beamtete Personen“ ersetzt.
  - b) Die Angabe zu § 16a wird wie folgt gefasst:

„§ 16a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und psychotherapeutische Akutbehandlung“.
  - c) Der Angabe zu § 31 werden die Wörter „und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ angefügt.
  - d) In der Angabe zu § 34 wird das Wort „Kommunikationshelfer“ durch das Wort „Kommunikationshilfen“ ersetzt.
  - e) In der Angabe zu Anlage 2 werden die Wörter „Leistungen von Heilpraktikern“ durch das Wort „Heilpraktikerleistungen“ ersetzt.
2. § 1 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Diese Verordnung gilt für die Beamtinnen, Beamten, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger der in § 1 des Sächsischen Beamtengesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (SächsGVBl. S. 705) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Dienstherrn.“
  - b) In Absatz 4 werden die Wörter „der Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „die beihilfeberechtigte Person“ ersetzt und die Wörter „derjenige die“ gestrichen.
  - c) In Absatz 6 werden die Wörter „Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990)“ und die Wörter „Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626)“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2021 (BGBl. I S. 2250)“ ersetzt.
3. § 2 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner einer beihilfeberechtigten Person (berücksichtigungsfähige Erwachsene) und die im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähigen Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder) nach § 42 Absatz 2 oder 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1005), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (SächsGVBl. S. 705) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, auch in Verbindung mit § 55 Absatz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Februar 2022 (SächsGVBl. S. 142) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.“

- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2053)“ durch die Wörter „Artikel 73 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S.3932)“ ersetzt.
4. § 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 werden die Wörter „als Angehöriger“ durch die Angabe „nach § 2“ ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
- „(5) Ist ein berücksichtigungsfähiges Kind bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Kindes jeweils nur der beihilfeberechtigten Person gewährt, die den in § 2 Absatz 1 genannten Familienzuschlag, den Auslandszuschlag nach § 2 Absatz 2 oder vergleichbare Leistungen für dieses Kind erhält. Dies gilt auch in den Fällen des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 bis 5 des Sächsischen Beamtengesetzes, wenn die beihilfeberechtigte Person vor Beginn der Freistellung den Familienzuschlag erhalten hat oder erhalten hätte.“
5. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „einen Angehörigen dessen“ durch die Wörter „berücksichtigungsfähige Angehörige deren“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Erwachsene sind nur beihilfefähig, soweit die Summe aus dem Gesamtbetrag ihrer jeweiligen Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1743) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, und vergleichbarer ausländischer Einkünfte in den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung durchschnittlich 18 000 Euro nicht übersteigt. Satz 1 gilt nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 30 Absatz 3, § 35 Absatz 3 Satz 2, § 36 oder § 44 Absatz 1, 2, 4 oder 5 handelt. Wird der Höchstbetrag nach Satz 1 unterschritten, ist dies auf Verlangen der Festsetzungsstelle durch Kopien der Einkommensteuerbescheide der Bezugsjahre oder andere geeignete Unterlagen zu belegen. Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 3 nachgewiesen werden, kann Beihilfe gewährt werden, wenn die beihilfeberechtigte Person glaubhaft macht, dass der Höchstbetrag in dem nach Satz 1 maßgeblichen Zeitraum nicht überschritten wurde.“
- c) In Absatz 7 Satz 1 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ und das Wort „Beamte“ durch das Wort „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
6. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 wird jeweils das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Beihilfeleistungen sind bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen auf Heilpraktikerleistungen, auf Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt. Dies gilt nicht für ein berücksichtigungsfähiges, von der Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung erfasstes Kind einer beihilfeberechtigten Person, wenn diese nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist und für das Kind eine beihilfekonforme private Krankenversicherung besteht.“
7. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an beihilfeberechtigte Personen, die dem Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören und für Unterhaltsansprüche von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.“
- b) In Absatz 4 wird das Wort „Beamten“ durch die Wörter „beihilfeberechtigten Personen“ ersetzt.
8. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Aufwendungen für beihilfeberechtigte Personen, die nicht von § 4 Absatz 7 Satz 1 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder, wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienort der beihilfeberechtigten Person entstandene Aufwendungen zu behandeln.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Aufwendungen für beihilfeberechtigte Personen, die nicht von § 4 Absatz 7 Satz 1 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dabei sind Fahrtkosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 abweichend von § 5 Absatz 2 Nummer 2 entsprechend § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 beihilfefähig. Ohne die Beschränkung nach Satz 1 sind diese Aufwendungen beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise der beihilfeberechtigten Person entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. bei akutem Behandlungsbedarf oder zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
4. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise von der Festsetzungsstelle anerkannt worden ist.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit nach Satz 2 Nummer 4 kommt nur in Betracht, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist oder weil eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.“

c) In Absatz 3 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

9. § 7a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind wie Aufwendungen zu behandeln, die im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder, wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort der beihilfeberechtigten Person entstanden sind.“

b) In Absatz 2 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 9. November 2022 (BGBl. I S. 2018)“ ersetzt.

d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 55 Absatz 5 gilt mit der Maßgabe, dass die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 und 5 insgesamt nicht die Höchstbeträge des § 49 Absatz 5 übersteigen dürfen.“

10. In § 8 Satz 2 werden die Wörter „vom Beihilfeberechtigten“ durch die Wörter „von der beihilfeberechtigten Person“ ersetzt.

11. In § 9 Satz 1 werden nach dem Wort „von“ die Wörter „Heilpraktikerinnen und“ eingefügt.

12. § 11 Absatz 2 Satzteil nach Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„und wenn das Vorliegen der Indikationen zahnärztlich bescheinigt wurde.“

13. In § 12 Absatz 4 werden die Wörter „Wechsel des Behandlers“ durch die Wörter „bei einem Behandlerwechsel“ ersetzt.

14. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beamtete Personen“ ersetzt.

b) In Absatz 1 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beamtete Personen“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „der Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „die beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

15. § 16 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Therapie“ ein Komma und die Wörter „der psychotherapeutischen Akutbehandlung“ eingefügt.

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zudem muss die Behandlungsdauer pro Sitzung mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung, auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung und mindestens 50 Minuten im Rahmen der Systemischen Therapie mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) umfassen.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wird die psychotherapeutische Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin, einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutin oder Psychotherapeut) durchgeführt, sind die Aufwendungen beihilfefähig, wenn eine ärztliche somatische Abklärung erfolgt ist.“

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Abklärung ist bei Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach § 16a Absatz 6 Satz 2 in einem ärztlichen Konsiliarbericht schriftlich oder elektronisch zu bestätigen.“

16. § 16a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 16a

Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und psychotherapeutische Akutbehandlung“.

b) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Sitzungen“ ein Komma und die Wörter „Gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung“ eingefügt.

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Bei Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung sind zur diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren Aufwendungen für bis zu acht probatorische Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlungen, auch in Kombination und unter Einbeziehung von Bezugspersonen, beihilfefähig. Im Mehrpersonensetting sind bis zu drei probatorische Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen zur Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie in der Gruppe (Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung) sind für bis zu vier Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig. Erfolgt die Einbeziehung einer Bezugsperson bei Personen, die noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, ist zusätzlich eine weitere Sitzung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung je Krankheitsfall beihilfefähig. Probatorische Sitzungen und Sitzungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sind nicht auf die beihilfefähige Höchstzahl von Sitzungen in Kurz- oder Langzeittherapie anzurechnen.“

d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Liegt ein akuter Behandlungsbedarf vor, sind die Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung abweichend von § 16 Absatz 2 Satz 2 als Einzelbehandlung in Sitzungseinheiten von mindestens 25 Minuten, auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, oder als Mehrpersonensetting in Sitzungseinheiten von mindestens 50 Minuten insgesamt bis zu 24 Sitzungen je Krankheitsfall in Höhe von bis zu 53 Euro je Sitzungseinheit beihilfefähig. Ein akuter Behandlungsbedarf liegt insbesondere vor, wenn eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik erforderlich ist. Sitzungen der psychotherapeutischen Akutbehandlung sind auf die beihilfefähige Höchstzahl von Sitzungen in Kurz- oder Langzeittherapie anzurechnen. Dabei entsprechen zwei Sitzungseinheiten der Akutbehandlung einer Sitzung nach § 16 Absatz 2 Satz 2.“

e) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

f) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

g) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1 und 3 wird jeweils die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 2 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person bereits eine Leistungszusage aufgrund eines Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung sowie die Qualifikation der behandelnden Person ergeben.“

h) Der bisherige Absatz 6 wird durch folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Die Behandlungsverfahren nach den §§ 17, 18 und 18a sind nicht kombinierbar. Aufwendungen sind je Krankheitsfall nur für eines dieser Behandlungsverfahren beihilfefähig.“

i) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8 und in Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

j) Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9.

17. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Aufwendungen für eine ärztlich erbrachte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sind nur beihilfefähig, wenn die behandelnde Person

1. Fachärztin oder Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche ist:

- a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- b) Psychiatrie und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder

2. Ärztin oder Arzt mit der Bereichsbezeichnung ‚Psychotherapie‘ oder ‚Psychoanalyse‘ ist.

Aufwendungen für eine ärztlich erbrachte analytische Psychotherapie sind nur beihilfefähig, wenn die behandelnde Person über eine der Qualifikationen nach Satz 1 Nummer 2 verfügt, wobei eine Bereichsbezeichnung ‚Psychotherapie‘ vor dem 1. April 1984 verliehen worden sein muss.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für eine tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie, die von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten erbracht wird, sind nur für das anerkannte Psychotherapieverfahren beihilfefähig, für das sie oder er eine Weiterbildung oder eine vertiefte Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat.“

c) In Absatz 6 werden die Wörter „des Psychotherapeuten oder Arztes“ durch die Wörter „der behandelnden Person“ ersetzt.

18. § 18 Absatz 3 und 4 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für eine ärztlich erbrachte Verhaltenstherapie sind nur beihilfefähig, wenn die behandelnde Person eine der in § 17 Absatz 2 Satz 1 genannten Qualifikationserfordernisse erfüllt und sie den Nachweis erbringt, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat.

(4) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, die von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn sie oder er eine vertiefte Ausbildung oder eine Weiterbildung in diesem Verfahren erfolgreich abgeschlossen hat.“

19. § 18a Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„(2) Aufwendungen für eine ärztlich erbrachte Systemische Therapie sind beihilfefähig, wenn die behandelnde Person

1. Fachärztin oder Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche ist:

- a) Psychiatrie und Psychotherapie,
- b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder

2. Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie‘ ist

und eine Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie erfolgreich abgeschlossen hat.

(3) Aufwendungen für eine Systemische Therapie, die von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn sie oder er eine Weiterbildung oder eine vertiefte Ausbildung in diesem Verfahren erfolgreich abgeschlossen hat.“

20. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Psychotherapeutin, einem Psychotherapeuten, einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügt.“

b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „von“ die Wörter „einer Fachärztin oder“ eingefügt.

21. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990)“ und die Wörter „Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020 (BGBl. I S. 1691)“ durch die Wörter „Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754)“ ersetzt.

bb) In Nummer 3 wird nach dem Wort „berechenbare“ das Wort „belegärztliche“ eingefügt und die Wörter „der Belegärzte“ werden gestrichen.

b) Absatz 2 Nummer 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit dem pauschalierenden Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, abgerechnet werden, für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2:

- a) das Entgelt bis zu dem Betrag des Entgeltkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 der Bundespflegesatzverordnung, der sich aus dem Produkt der maßgebenden Bewertungsrelation unter Zugrundelegung eines pauschalen Basisentgeltwerts von 300 Euro und der Anzahl der Belegungstage ergibt,
  - b) Zusatzentgelte bis zu dem jeweiligen Betrag, der sich aus dem Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 der Bundespflegesatzverordnung ergibt, und
  - c) die ergänzenden Tagesentgelte bis zu dem jeweiligen Betrag, der sich aus dem Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 der Bundespflegesatzverordnung ergibt,
3. in allen anderen Fällen sowie in Fällen, bei denen der beihilfefähige Betrag nach Nummer 2 von der Festsetzungsstelle nicht ermittelt werden kann, ein täglicher Basis- und Abteilungspflegesatz bei
- a) Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
    - aa) vollstationär bis zu 333,20 Euro,
    - bb) teilstationär bis zu 282,40 Euro,
  - b) Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
    - aa) vollstationär bis zu 462,80 Euro,
    - bb) teilstationär bis zu 345,80 Euro,
  - c) einer neurologischen Frührehabilitation bis zu 550 Euro,“.

c) Absatz 3 wird durch folgende Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Beihilfefähig ist auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft im Krankenhaus nach Maßgabe des Absatzes 1 Nummer 2. Bei Untersuchungen und Behandlungen in einem Krankenhaus nach Absatz 2 gilt dies entsprechend. Die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn die Unterbringung aus medizinischen Gründen notwendig ist

1. nach der amts- oder vertrauensärztlichen Feststellung oder
2. nach ärztlicher Bescheinigung wegen des Alters eines Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung.

Beihilfefähig ist in den Fällen des Satzes 3 ein Betrag von bis zu 45 Euro täglich. Für Begleitpersonen im Sinne des § 44b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist der kalendertägliche Ausfall von Arbeitseinkünften dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind 70 Prozent des Verdienstaufschlags, bei Arbeitsentgelt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, höchstens jedoch 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Ist der Ausfall von Arbeitseinkünften für einen ganzen Kalendermonat beihilfefähig, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

(4) Aufwendungen für eine Übergangspflege im Krankenhaus sind beihilfefähig unter den Voraussetzungen des § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütung, die auf der Grundlage des § 132m des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen oder von privaten Krankenversicherungsunternehmen übernommen wird.“

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und in Satz 1 wird das Wort „Beamten“ durch die Wörter „beihilfeberechtigten Personen“ ersetzt.

22. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 2020 (BGBl. I S. 1474)“ durch die Wörter „Artikel 1a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990)“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker“ gestrichen und nach dem Wort „Krankheit“ die Wörter „ärztlich, zahnärztlich oder von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern“ eingefügt.

23. § 22 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Medizinprodukte sind, unabhängig von der konkreten Zweckbestimmung durch den Hersteller, die in Artikel 2 Nummer 1 der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1, ABl. L 117 vom 3.5.2019, S. 9, ABl. L 334 vom 27.12.2019, S. 165, ABl. L 241 vom 8.7.2021, S. 7), die durch die Verordnung (EU) 2020/561 (ABl. L 130, S. 18 vom 24.4.2020, L 117 vom 3.5.2019, S. 9, L 334 vom 27.12.2019, S. 165, L 241 vom 8.7.2021, S. 7) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Gegenstände sowie das Zubehör eines Medizinprodukts nach Artikel 2 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2017/745, es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Arzneimittelgesetzes. Medizinprodukte sind auch Stoffe und Kombinationen von Stoffen, soweit sie unter den Anwendungsbereich der Verordnung (EU) 2017/745 fallen.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker“ gestrichen und nach dem Wort „Krankheit“ die Wörter „ärztlich, zahnärztlich oder von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern“ eingefügt.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „für von einem Arzt oder Zahnarzt“ gestrichen und nach dem Wort „Krankheit“ die Wörter „für ärztlich oder zahnärztlich“ eingefügt.

24. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „von einem Arzt oder Zahnarzt“ durch die Wörter „ärztlich oder zahnärztlich“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind auch beihilfefähig, wenn diese von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten schriftlich verordnet werden und im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, veröffentlicht auf den Internetseiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, enthalten sind.“

b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Beihilfefähigkeit“ die Wörter „für ein Hörgerät, ein Tinnitusgerät oder ein kombiniertes Hör- und Tinnitusgerät“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Aufwendungen für eine Übertragungsanlage sind nur zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen beihilfefähig.“

cc) Im neuen Satz 4 werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „einer Fachärztin oder“ eingefügt und nach den Wörtern „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder“ die Wörter „eines Facharztes“ gestrichen.

c) In Absatz 9 Nummer 1 Buchstabe b wird das Wort „Diabetiker“ durch die Wörter „Personen mit Diabetes“ ersetzt.

25. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit einer erstmals beschafften Sehhilfe ist die schriftliche augenärztliche Verordnung oder die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind mit bis zu 15 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. Das jeweils erstmalige Vorliegen der Voraussetzungen nach den Absätzen 5 bis 8 ist zusätzlich durch schriftliche ärztliche Verordnung nachzuweisen.“

b) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „augenärztlich verordneten“ gestrichen.

c) In Absatz 8 Satz 1 wird das Wort „Schüler“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.

26. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird durch folgende Absätze 2 und 3 ersetzt:

„(2) Aufwendungen für ein aus Anlass einer Krankheit ärztlich oder zahnärztlich schriftlich verordnetes Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 und der Anlage 3 beihilfefähig, wenn die leistungserbringende Person die hierfür erforderliche Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und die Anwendung dem Berufsbild entspricht. Wird eine Ergotherapie von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten verordnet, sind diese

Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn eine entsprechende Diagnose aus dem Bereich der Psychotherapie nach Unterabschnitt 3 oder nach § 27 Absatz 5 Satz 1 vorliegt.

(3) Aufwendungen für eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie sind nach Nummer 15 der Anlage 3 beihilfefähig, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
    - a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall, auch postoperativ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - c) instabile Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung oder
    - d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50 Grad nach Cobb,
  2. Operation am Skelettsystem bei
    - a) posttraumatischen Osteosynthesen oder
    - b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
  3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit bei
    - a) Schulterprothesen,
    - b) Knieendoprothesen oder
    - c) Hüftendoprothesen,
  4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
    - a) Kniebandrupturen mit Ausnahme eines isolierten Innenbandes,
    - b) Schultergelenkläsionen,
    - c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss oder
    - d) Behandlung von Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips,  
oder
  5. Amputationen.“
- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und in Nummer 2 werden die Wörter „einem Arzt“ durch die Wörter „Ärztinnen oder Ärzten“ und die Wörter „erfolgen und“ durch die Wörter „erfolgen sowie“ ersetzt.
- c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

27. § 27 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Komplextherapien sind Untersuchungen und Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Beteiligung von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Personen erbracht werden, welche die Voraussetzungen des § 26 Absatz 2 Satz 1 erfüllen.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung berücksichtigungsfähiger Kinder sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchgeführt wird. Sie sind bis zur Höhe der Vergütung beihilfefähig, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen ist. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.“
- c) Absatz 5 Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen und von Ärztinnen oder Ärzten mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen erbracht werden oder diese eine vergleichbare neuropsychologische Zusatzqualifikation erworben haben. Dies gilt ebenso für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung zur Klinischen Neuropsychologin, zum Klinischen Neuropsychologen oder mit einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation.“

28. § 28 wird wie folgt gefasst:

„§ 28

Mobilitätstraining für Blinde

(1) Für die erforderliche Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln für Blinde sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

1. für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität
  - a) bis zu 100 Unterrichtsstunden von je 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten für Vor- und Nachbereitung sowie Erstellung von Unterrichtsmaterial, je 60 Minuten in Höhe von bis zu 77,27 Euro,
  - b) Fahrzeitentschädigung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers, je angefangene 5 Minuten in Höhe von 4,98 Euro,
  - c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer in Höhe von 0,35 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
  - d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers je Tag, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort nicht zumutbar ist, in Höhe von bis zu 26 Euro,
2. für ein erforderliches Nachtraining, insbesondere bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder eines Wohnortwechsels entsprechend Nummer 1,
3. bis zu 30 Stunden für ein ergänzendes Training an elektronischen Blindenleitgeräten entsprechend Nummer 1, darüber hinaus für weitere 20 Stunden in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit.

Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur in Höhe des auf die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person entfallenden Anteils und bis zu den anteiligen Beträgen nach Satz 1 beihilfefähig.

(2) Sofern die Trainerin oder der Trainer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn sie durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachgewiesen sind.“

29. § 29 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für eine von

1. Fachärztinnen oder Fachärzten
  - a) mit den Gebietsbezeichnungen
    - aa) Neurologie,
    - bb) Nervenheilkunde,
    - cc) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
    - dd) Psychiatrie und Psychotherapie oder
    - ee) Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie,
  - b) mit Zusatz-Weiterbildung ‚Psychotherapie‘,
2. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten von psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder
3. Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzten im Rahmen des Entlassungsmanagements verordnete Soziotherapie sind nach Maßgabe des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.“

30. § 30 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „vom Arzt“ durch die Wörter „ärztlich oder psychotherapeutisch“ und die Wörter „des Gepflegten“ durch die Wörter „der zu pflegenden Person“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter „dem Gepflegten“ durch die Wörter „der zu pflegenden Person“ und das Wort „ihm“ wird durch das Wort „ihr“ ersetzt.
  - bb) In Satz 3 werden die Wörter „vom 2. März 2019 (SächsABl. S. 1445)“ durch die Wörter „in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 2022 (Bayerisches Ministerialblatt Nr. 491

S. 5)“ ersetzt.

31. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) Der Überschrift werden die Wörter „und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ angefügt.
- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:  
„(3) Aufwendungen für eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sind entsprechend § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen dem Grunde nach beihilfefähig. Die Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die in der jeweils geltenden Vereinbarung nach § 132g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt wurde.“

32. In § 31a Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

33. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „von einem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten“ durch die Wörter „ärztlich, zahnärztlich oder psychotherapeutisch“ ersetzt.
  - bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:
    - aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch das Wort „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
    - bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:  
„2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, onkologischen Chemotherapie oder anlässlich einer notwendigen Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgen müssen.“
- b) In Absatz 4 Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

34. § 33 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Höchstbetrages“ durch das Wort „Betrages“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

35. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Kommunikationshelfer“ durch das Wort „Kommunikationshilfen“ ersetzt.
- b) Im Wortlaut wird das Wort „Kommunikationshelfer“ durch das Wort „Kommunikationshilfen“ ersetzt und werden nach der Angabe „(SächsGVBl. S. 499)“ ein Komma und die Wörter „die durch die Verordnung vom 2. Januar 2023 (SächsGVBl. S. 6) geändert worden ist“ eingefügt.

36. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:  
„(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind beihilfefähig nach ärztlicher Verordnung, wenn
  1. die allein oder überwiegend den Haushalt führende beihilfeberechtigte Person oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung aufgrund der Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen ambulanten oder stationären Leistung nach den Abschnitten 2 und 3 nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
  2. im Haushalt mindestens eine andere beihilfeberechtigte Person oder eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat (hilfsbedürftige Person) und
  3. keine andere im Haushalt lebende, volljährige Person den Haushalt weiterführen kann. Sie werden der außerhäuslich untergebrachten oder verstorbenen Person zugeordnet.“
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „einen“ durch das Wort „eine“ und werden die Wörter „lebenden Beihilfeberechtigten“ durch die Wörter „lebende beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind beihilfefähig bis zu einem Betrag von 12 Euro je Stunde, höchstens aber 96 Euro je Tag. Im Todesfall der den Haushalt führenden Person sind die Aufwendungen für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe von nicht im Haushalt lebenden nahen Angehörigen der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten beihilfefähig, begrenzt auf 36 Euro je Tag. § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.“

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Beamte“ durch das Wort „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ gestrichen.

cc) In Satz 5 wird das Wort „durch“ durch das Wort „von“ und werden die Wörter „lebende nahe Angehörige“ durch die Wörter „lebenden nahen Angehörigen“ ersetzt.

e) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Nahe Angehörige im Sinne dieser Vorschrift sind die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin, der Lebenspartner, die Eltern und die Kinder der behandelten Person.“

37. Der § 36 wird wie folgt gefasst:

#### „§ 36

#### Überführungskosten in Todesfällen

Ist die beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, einer Abordnung, einer Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer Hauptwohnung im Sinne von § 21 Absatz 2 des Bundesmeldegesetzes vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S.1084), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2022 (BGBl. I S. 1182) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, verstorben, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne zum Ort ihrer Hauptwohnung beihilfefähig. Für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und mit ihnen am Auslandsdienstort in einem Haushalt wohnende berücksichtigungsfähige Angehörige sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig.“

38. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 6 wird die Angabe „(EAP)“ gestrichen.

bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Artikel 8 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789)“ durch die Wörter „Artikel 13 des Gesetzes vom 24. Juni 2022 (BGBl. I S. 959)“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird das Wort „familienorientierten“ durch das Wort „Familienorientierten“ ersetzt.

bb) In Satz 7 wird die Angabe „EAP“ durch die Wörter „Erweiterte Ambulante Physiotherapie“ ersetzt.

39. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 1 und 4 bis 6 setzt voraus, dass die Rehabilitationsmaßnahme durch ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet ist. Aufwendungen für Familienorientierte Rehabilitation und stationäre Entwöhnungen im Rahmen von Suchtbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Die Verordnung der Familienorientierten Rehabilitation ist von der behandelnden Person und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zum Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine Familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten.

(2) Aufwendungen für eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung zusätzlich zu den Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 und 2 in einer von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtung durchgeführt wird und wenn eine der in § 26 Absatz 3 genannten Indikationen vorliegt.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Der Beihilfeberechtigte“ durch die

Wörter „Die beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „dem Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes“ durch die Wörter „einem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten“ ersetzt.

c) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn die Einrichtung vor Beginn der Maßnahme amts- oder vertrauensärztlich für geeignet erklärt wurde und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann.“

40. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Der Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „Die beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist, ihre Entlassung beantragt hat oder vorläufig vom Dienst enthoben ist oder wenn das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird.“

c) In Absatz 5 Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

d) In Absatz 6 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

41. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385)“ durch die Wörter „Artikel 8b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793)“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „von einem Arzt“ durch das Wort „ärztlich“ ersetzt.

42. In § 41 Absatz 4 wird das Wort „Frauen“ durch das Wort „Personen“ ersetzt und werden die Wörter „von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren“ durch die Wörter „Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ ersetzt.

43. In § 43 Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

44. § 44 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 werden die Wörter „des Beihilfeberechtigten“ durch die Wörter „der beihilfeberechtigten Person“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 4 und 5 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Auslagen und Materialien sind bis zur Höhe der in Anlage 6 Nummer 33.1 bis 39.2 festgelegten Pauschalbeträge beihilfefähig.“

c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „von einem Arzt“ durch das Wort „ärztlich“ ersetzt.

d) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „der Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „die beihilfeberechtigte Person“ und das Wort „seinen“ durch das Wort „ihren“ ersetzt.

e) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Beamten“ durch die Wörter „beihilfeberechtigten Personen“ ersetzt.

45. § 45 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte ärztlich haben aufklären lassen und die künstliche Befruchtung von einer Person oder einer Einrichtung durchgeführt wird, denen eine Genehmigung nach § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilt worden ist.“

b) In Satz 5 werden die Wörter „beim Beihilfeberechtigten“ durch die Wörter „bei der beihilfeberechtigten Person“ ersetzt.

c) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für Maßnahmen, die bei der oder dem berücksichtigungsfähigen Erwachsenen durchgeführt werden, sind dieser Person zuzuordnen.“

46. § 47 Absatz 3 bis 5 wird wie folgt gefasst:

„(3) Aufwendungen für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport sowie Organisation für die Bereitstellung von Organ- und Gewebespenden sowie Spenden von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind beihilfefähig, wenn diese von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen empfangen werden.

(4) Aufwendungen für Spenderinnen und Spender von Organen, Geweben und von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (spendende Personen) sind entsprechend den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig, wenn die empfangende Person beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist. Dies gilt auch für Aufwendungen der spendenden Person, die über die Leistungen nach den Abschnitten 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz der spendenden Person umfasst sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Untersuchung und Behandlung von Folgeerkrankungen der spendenden Person. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von der spendenden Person nachgewiesen wird. Dem Arbeitgeber der spendenden Person wird auf Antrag das nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1746) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes der empfangenden Person erstattet. Der landwirtschaftlichen Krankenkasse der spendenden Person wird auf Antrag die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, gezahlte Betriebshilfe unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes der empfangenden Person erstattet. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für zunächst vorgesehene spendende Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als spendende Personen nicht in Betracht kommen.

(5) Aufwendungen für die Registrierung von beihilfeberechtigten Personen und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan und nach Geweben sind beihilfefähig. Bei der Suche nach nicht verwandten Stammzellspendern sind Aufwendungen für die Registrierung von beihilfeberechtigten Personen und berücksichtigungsfähigen Angehörigen nur beihilfefähig, wenn diese im Zentralen Knochenmarkspender-Register erfolgt.“

47. § 48 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.“

48. In § 49 Absatz 2 Satz 3 werden vor den Wörtern „der Pflegebedürftige“ die Wörter „die oder“ eingefügt.

49. § 49b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424)“ durch die Wörter „Artikel 3b des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454)“ ersetzt.

b) Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe a werden die Wörter „Artikel 6 des Gesetzes vom 14. Juli 2020 (BGBl. I S. 1683)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1790)“ ersetzt.

bb) In Buchstabe b werden die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879)“ durch die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1985)“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden entsprechend dem Bemessungssatz der oder des Pflegebedürftigen nach § 57 gewährt.“

50. § 50 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung einschließlich der Aufwendungen für die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück sind bis zur Höhe der in § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge beihilfefähig. § 49 Absatz 5 und § 55 Absatz 3 Satz 1 gelten

entsprechend.“

51. § 51 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei einer Verhinderungspflege durch Ersatzpflegekräfte, die mit der oder dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr oder ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des eineinhalbfachen Betrages der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 beihilfefähig.“

52. § 53 Absatz 2 Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung von Pflegenden sowie zur Förderung der eigenen Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit bei der Gestaltung des Alltags, die den Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen“.

53. § 54 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt oder wenn diese von einer Pflegefachkraft im Sinne des § 40 Absatz 6 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach Maßgabe des § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch empfohlen wird.

(2) Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Absatz 1 bis 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Pflegehilfsmittel im Sinne des Absatzes 1. Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen sowie ergänzende Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind bis zu dem in § 40b des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrag beihilfefähig.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

54. § 55 Absatz 2 bis 5 wird durch folgenden § 55 Absatz 2 bis 6 ersetzt:

„(2) Leistungszuschläge nach § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, sind entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Daneben sind Vergütungszuschläge beihilfefähig für den Einsatz zusätzlicher Pflegehilfskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn die oder der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wird, dass sie oder er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne von § 48 Absatz 1 ist.

(5) Die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 2 und der Zusatzleistungen im Sinne von § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verbleibenden Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil übersteigen. Der Eigenanteil beträgt bei beihilfeberechtigten Personen 55 Prozent des Einkommens. Er vermindert sich für eine berücksichtigungsfähige Erwachsene oder einen berücksichtigungsfähigen Erwachsenen um 25 und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um 5, höchstens jedoch um 55 Prozent des Einkommens. Ist eine berücksichtigungsfähige Erwachsene oder ein berücksichtigungsfähiger Erwachsener nicht vorhanden, vermindert sich der Eigenanteil abweichend von Satz 3 für das erste berücksichtigungsfähige Kind um 25 Prozent des Einkommens.

(6) Einkommen im Sinne von Absatz 5 sind

1. die Dienstbezüge im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes ohne den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages nach § 42 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
2. die Anwärterbezüge im Sinne von § 2 Absatz 2 Nummer 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
3. die Amtszulagen nach § 44 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
4. der Zuschlag zur Ergänzung des Grundgehaltes nach § 63a Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
5. der Altersteilzeitzuschlag nach § 83 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
6. die Versorgungsbezüge im Sinne von § 3 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften mit Ausnahme
  - a) des Unfallausgleichs nach § 38 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes,
  - b) der Unfallentschädigung nach § 47 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes und

- c) des Unterschiedsbetrages nach § 55 Absatz 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes,
- 7. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt,
- 8. der Zahlbetrag der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
- 9. das Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit,
- 10. die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit, wobei Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen sind, und
- 11. die Lohnersatzleistungen

der beihilfeberechtigten Person und der oder des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen. Bei Einkommen nach Satz 1 Nummer 1 bis 8 ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen im Sinne von Satz 2 bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Verringert sich das Einkommen vom Januar im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen. Bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummern 9 bis 11 gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend. Bei monatlich schwankendem Einkommen im Sinne von Satz 1 Nummer 9 bis 11 soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt werden. Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen.“

55. § 57 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Beihilfeberechtigten“ durch die Wörter „beihilfeberechtigten Personen“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In den Nummern 1 und 2 wird jeweils das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
  - bb) In Nummer 3 werden die Wörter „Ehegatten und berücksichtigungsfähige Lebenspartner“ durch das Wort „Erwachsene“ ersetzt.
- c) Die Absätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Aufwendungen von beihilfeberechtigten Personen nach Absatz 2 Nummer 1 70 Prozent. Sind die Kinder bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz nur bei einer von ihnen 70 Prozent. Die beihilfeberechtigten Personen müssen übereinstimmend verbindlich erklären, bei wem von ihnen das der Fall sein soll (Ausübung des Wahlrechts). Das Wahlrecht kann nur in Ausnahmefällen nochmals ausgeübt werden. Es gilt als ausgeübt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist. Wird es nicht ausgeübt, erhält den Bemessungssatz nach Satz 1 die beihilfeberechtigte Person, die den in § 2 Absatz 1 genannten Familienzuschlag, den Auslandszuschlag nach § 2 Absatz 2 oder vergleichbare Leistungen für die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält oder in den Fällen des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 bis 5 des Sächsischen Beamtengesetzes vor Beginn der Freistellung erhalten hätte. Die Bestimmung nach den Sätzen 2 bis 6 ist nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzung nach Satz 1 nicht mehr zulässig. Der Bemessungssatz von 70 Prozent vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn nach dem 31. Dezember 2012 zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind.

(4) Der Bemessungssatz für Aufwendungen entpflichteter Hochschullehrkräfte beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 3 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustünde. Wäre eine beihilfeberechtigte Person nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes bei einer beihilfeberechtigten Person ohne Anwendung des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für ihre Aufwendungen 70 Prozent. Handelt es sich um ein berücksichtigungsfähiges Kind, erhöht sich der Bemessungssatz auf 80 Prozent.“
- d) In Absatz 8 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.
- e) In Absatz 9 Satz 1 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
- f) In Absatz 11 Nummer 1 werden die Wörter „der Beamte“ durch die Wörter „die

beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

56. In § 58 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Der Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „Die beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

57. § 59 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 wird das Wort „Versorgungsempfänger“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Aufwendungen nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen. Dies gilt für Eigenbeteiligungen nach Absatz 2 nur, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz der spendenden Person umfasst sind.“

58. § 60 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die festgesetzte Beihilfe ist für jedes Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen entstanden sind, um einen Selbstbehalt von 40 Euro zu kürzen. Der Selbstbehalt entfällt für Aufwendungen

1. der sich in Elternzeit befindenden beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Sächsischen Beamtengesetzes),
2. zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten (Abschnitt 4),
3. im Rahmen der Schwangerschaftsüberwachung sowie für Leistungen bei und nach der Entbindung (§ 44 Absatz 1),
4. der spendenden Person (§ 47 Absatz 4) sowie
5. in Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 6).

Auf die Geburtspauschale (§ 44 Absatz 4) ist Satz 1 ebenfalls nicht anzuwenden.“

b) In Absatz 2 wird das Wort „Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

c) In Absatz 3 werden die Wörter „ein Beihilfeberechtigter“ durch die Wörter „eine beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

59. § 61 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Belastungsgrenze beträgt für beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent des Gesamtbetrages der Einkünfte der beihilfeberechtigten Person im Sinne von § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Belastungsgrenze beträgt 1 Prozent der nach Absatz 1 Satz 4 maßgeblichen Einkünfte, wenn beihilfeberechtigte Personen oder berücksichtigungsfähige Angehörige schwerwiegend chronisch krank sind.“

bb) In Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879)“ durch die Wörter „Artikel 1 der Verordnung vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 1012)“ und die Wörter „Artikel 313 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)“ durch die Wörter „Artikel 11b des Gesetzes vom 20. Juli 2022 (BGBl. I S. 1174)“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „der Beihilfeberechtigte“ durch die Wörter „die beihilfeberechtigte Person“ und das Wort „seine“ durch das Wort „ihre“ ersetzt.

d) In Absatz 4 werden die Wörter „ein Beihilfeberechtigter“ durch die Wörter „die beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

60. § 62 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „vom Beihilfeberechtigten“ durch die Wörter „von der beihilfeberechtigten Person“ ersetzt.

b) Die Absätze 3 bis 9 werden wie folgt gefasst:

„(3) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis der beihilfeberechtigten Person zulässig. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Rabatte aus Arzneimittelverschreibungen nach § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das

zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, benötigt werden, werden diese einbehalten. Die in Papierform zugegangenen Beihilfebelege werden an die beihilfeberechtigte Person nach Festsetzung der Beihilfe zurückgesandt. Werden Beihilfebelege in elektronischer Form gespeichert, sind in Papierform zugegangene Belege abweichend von Satz 4 spätestens nach Abschluss der Bearbeitung zu vernichten.

(4) Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im staatlichen Bereich auf das Bezügekonto der beihilfeberechtigten Person. Nach deren Tod kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf dieses Konto gezahlt werden. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in Ausnahmefällen auf Antrag der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen. Auf Antrag der beihilfeberechtigten Person kann die Festsetzungsstelle Abschlagszahlungen leisten.

(5) Nehmen beihilfeberechtigte Personen oder berücksichtigungsfähige Angehörige notwendige stationäre Leistungen nach den §§ 20, 31 Absatz 2 und 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 oder § 55 im Inland in Anspruch, kann die beihilfeberechtigte Person den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Ein nach § 60 anfallender Selbstbehalt ist von der Beihilfe gemäß dem nächsten Beihilfeantrag abzuziehen.

(6) Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung der beihilfeberechtigten Person zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung der beihilfeberechtigten Person die Beihilfe für bei ihnen entstandene Aufwendungen selbst beantragen. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das von der antragstellenden Person angegebene Konto.

(7) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der beantragten Aufwendungen, über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 und die Zuordnung zu einem Pflegegrad im Sinne von § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu amts- und vertrauensärztliche Gutachten sowie Stellungnahmen sonstiger geeigneter sachverständiger Personen einholen. In Pflegefällen nach Abschnitt 6 sollen der Entscheidung die für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellten Gutachten zu Grunde gelegt werden. Die beihilfeberechtigte Person ist bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen sowie der Angemessenheit und Notwendigkeit der Aufwendungen zur Mitwirkung verpflichtet, soweit es für sie zumutbar ist.

(8) Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung der Betroffenen an eine sachverständige Person übermittelt werden. Ist eine Mitwirkung der Betroffenen an der Begutachtung nicht erforderlich, sind die personenbezogenen Daten vor der Übermittlung so zu verändern, dass die sachverständige Person einen Personenbezug nicht herstellen kann.

(9) Soweit ein Beleg über Aufwendungen im Ausland inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder die beihilfeberechtigte Person die für einen Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen nach billigem Ermessen feststellen, wenn die beihilfeberechtigte Person mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der im Wesentlichen erbrachten Leistungen vorlegt. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfegewährung von der Vorlage einer Übersetzung der Belege abhängig machen.“

61. § 65 wird wie folgt gefasst:

„§ 65  
Übergangsvorschriften

(1) Für Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bis dahin maßgebenden Beihilfevorschriften anzuwenden.

(2) Für am 31. Dezember 2023 vorhandene Kinder gilt § 3 Absatz 5 erst ab dem 1. Januar 2025. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für vorhandene Kinder § 3 Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung.“

62. § 66 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird aufgehoben.
- b) Die Absätze 2 und 3 werden die Absätze 1 und 2.
- c) Absatz 4 wird aufgehoben.
- d) Die Absätze 5 und 6 werden die Absätze 3 und 4.
- e) Die Absätze 7 und 8 werden aufgehoben.

63. Anlage 1 Nummer 1 Großbuchstabe N wird wie folgt geändert:

- a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

„a) Neuralgia-inducing Cavitational Osteonecrosis (NICO-Behandlung)“.

b) Die bisherigen Buchstaben a bis d werden die Buchstaben b bis e.

64. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Leistungen von Heilpraktikern“ durch das Wort „Heilpraktikerleistungen“ ersetzt.

b) In Nummer 3 Spalte 2 werden die Wörter „des Heilpraktikers“ gestrichen.

c) Nummer 8 Spalte 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war“ gestrichen.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „wenn“ die Wörter „die Heilpraktikerin oder“ eingefügt.

d) Nummer 10.7 Spalte 2 wird wie folgt gefasst:

„Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so sind für die ersten 25 Kilometer die Nummern 10.5 oder 10.6 anzuwenden und ab dem 26. Kilometer je Kilometer an Reisekosten beihilfefähig

Beihilfefähig sind nur die Wegkilometer des jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweges. Werden mehrere Personen bei einer Fahrt besucht, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.“

e) In Nummer 10.8 Spalte 2 werden die Wörter „des Heilpraktikers“ gestrichen.

f) Nummer 11.1 Spalte 2 wird wie folgt gefasst:

„Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person“.

g) In Nummer 22.1 Spalte 2 werden die Wörter „vom Heilpraktiker“ gestrichen.

65. Anlage 3 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

66. Anlage 4 wird wie folgt geändert:

a) Teil A Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) In jeder Überschrift der Spalte 3 wird das Wort „Heilkurort“ durch die Wörter „Heilbad oder Kurort“ ersetzt.

bb) Nach der Zeile „Arolsen“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Aue-Schlema	08301 Aue-Bad Schlema	Bad Schlema, Wildbach	Heilbad“.
--------------	-----------------------	-----------------------	-----------

cc) Die Zeile „Bocklet“ wird wie folgt gefasst:

„Bocklet	97708 Bad Bocklet	Bad Bocklet – ohne den Gemeindeteil Nickersfelden	Mineral- und Moorbad“.
----------	-------------------	---	------------------------

dd) In der Zeile „Brilon“ Spalte 4 wird das Wort „Kneippkurort,“ gestrichen.

ee) Die Zeile „Brückenua“ wird wie folgt gefasst:

„Brückenua	97769 Bad Brückenua	G – Stadt sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad, Mineral- und Moorbad“.
------------	---------------------	---	---------------------------------

ff) Die Zeile „Endbach“ Spalte 4 wird wie folgt gefasst:

„Heilbad und Kneippheilbad“.

gg) In der Zeile „Finsterberg“ Spalte 1 und 2 wird jeweils das Wort „Finsterberg“ durch das Wort „Finsterbergen“ ersetzt.

hh) Nach der Zeile „Höchenschwand“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Honnef	53604 Bad Honnef, Stadt	G	Erholungsort mit Kurmittelgebiet“.
---------	-------------------------	---	------------------------------------

ii) Die Zeile „Kissingen“ wird wie folgt gefasst:

„Kissingen	97688 Bad Kissingen	G – ohne die Gemeindeteile Albertshausen und Poppenroth	Mineral- und Moorbad“.
------------	---------------------	---	------------------------

jj) Nach der Zeile „Lauterberg“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Lennestadt	57368 Lennestadt	Saalhausen	Kneipp-Kurort“.
-------------	------------------	------------	-----------------

kk) Nach der Zeile „Münstereifel“ folgende Zeile eingefügt:

„Münstertal/Schwarzwald	79244 Münstertal	G	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb“.
-------------------------	------------------	---	----------------------------------

ll) Die Zeile „Nenndorf“ Spalte 4 wird wie folgt gefasst:  
„Moorheilbad, Mineralheilbad und Thermalheilbad“.

mm) Die Zeile „Neualbenreuth“ wird wie folgt gefasst:

„Neualbenreuth	95698 Neualbenreuth	a) G	Heilbad
		b) Kurmittelhaus Sibyllenbad und Badehaus Maiersreuth	Ort mit Heilquellenkurbetrieb“.

nn) In der Zeile „Neukirchen“ Spalte 4 wird das Wort „Kneippheilbad“ durch das Wort „Kneippkurort“ ersetzt.

oo) In der Zeile „Olsberg“ Spalte 4 wird das Wort „Kneippkurort,“ gestrichen.

pp) Die Zeile „Reichenhall“ wird wie folgt gefasst:

„Reichenhall	83435 Bad Reichenhall	Bad Reichenhall mit Bayerisch Gmain und Gemeindeteil Kibling der Gemeinde Schneizreuth	Mineral- und Moorbad“.
--------------	-----------------------	--	------------------------

qq) Die Zeile „Salzuflen“ Spalte 4 wird wie folgt gefasst:  
„Heilbad und Kneippkurort“.

rr) Die Zeile „Schlema“ wird gestrichen.

ss) In der Zeile „Schmallenberg“ Spalte 4 wird das Wort „Kneippkurort,“ gestrichen.

tt) Die Zeile „Soden am Taunus“ Spalte 4 wird wie folgt gefasst:  
„Ort mit Heilquellenkurbetrieb“.

uu) Die Zeile „Steben“ wird wie folgt gefasst:

„Steben	95138 Bad Steben	Bad Steben, Obersteben	Mineral- und Moorbad“.
---------	------------------	------------------------	------------------------

vv) Nach der Zeile „Wittdün/Amrum“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Wittmund	26409 Wittmund	Carolinensiel-Harlesiel	Nordseeheilbad“.
-----------	----------------	-------------------------	------------------

b) Teil A Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift werden nach dem Wort „der“ die Wörter „Heilbäder und“ eingefügt.

bb) Jede Überschrift der Spalte 1 wird wie folgt gefasst:  
„Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad““

cc) Dem Großbuchstaben C wird folgende Zeile angefügt:

„Carolinensiel-Harlesiel	Wittmund“.
--------------------------	------------

dd) Nach der Zeile „Ebene“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Eckarts des Marktes Zeitlofs	Brückenau“.
-------------------------------	-------------

ee) Nach der Zeile „Oberreuthen“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Obersteben	Steben“.
-------------	----------

ff) Dem Wortlaut des Großbuchstaben S wird folgende Zeile vorangestellt:

„Saalhausen	Lennestadt“.
-------------	--------------

gg) Nach der Zeile „Schillig“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Schlema	Aue-Schlema“.
----------	---------------

hh) Nach der Zeile „Wiesweber“ wird folgende Zeile eingefügt:

„Wildbach	Aue-Schlema“.
-----------	---------------

c) In Teil B Nummer 1 Zeile „Ungarn“ wird in Spalte 2 nach dem Wort „Hajduszoboszlo“ ein Zeilenumbruch und das Wort „Harkány“ eingefügt.

67. Anlage 5 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

68. Anlage 5a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „dem Ratsuchenden“ durch die Wörter „der ratsuchenden Person“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „einen an Darmkrebs Erkrankten“ durch die Wörter „eine an Darmkrebs erkrankte Person“ und die Wörter „einem Ratsuchenden“ durch die Wörter „einer ratsuchenden Person“ ersetzt.
    - bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „dem Ratsuchenden“ durch die Wörter „der ratsuchenden Person“ ersetzt.
  - bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
 

„Im Fall einer gesunden ratsuchenden Person wird die an Darmkrebs erkrankte verwandte Person untersucht, wenn nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung erfolgt ist.“

69. Anlage 6 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 2.4 Spalte 2 wird wie folgt gefasst:
 

„Spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort

*Die Leistung nach Nummer 2.4 ist bei jeder Schwangeren, welche die Absicht hat, im häuslichen Umfeld, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung oder mit einer Begleit-Beleghebamme in einem Krankenhaus zu gebären, als Pauschale einmal beihilfefähig, sofern dieses Aufklärungsgespräch für den gewählten Geburtsort vor der 38. SSW stattfand und dokumentiert wurde.*

*Die Leistung nach Nummer 2.4 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 2, 2.3, 5, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.“*
- b) Nummer 3 Spalte 2 wird wie folgt gefasst:
 

„Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren

*Die Leistung nach Nummer 3 ist beihilfefähig*

  - a) *bei normalem Schwangerschaftsverlauf,*
  - b) *bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt,*
  - c) *wenn die Schwangere wegen eines pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte und die Vorsorgeuntersuchung im Mutterpass nach Maßgabe der Mutterschafts-Richtlinien in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), die zuletzt am 20. August 2020 (BAnz AT 23.11.2020 B3) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, dokumentiert wurde.*

*Die Leistung nach Nummer 3 ist hinsichtlich der Zeitintervalle (in der Regel alle vier oder zwei Wochen) und Leistungsinhalte entsprechend der Mutterschafts-Richtlinien nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert wurde.“*
- c) In Nummer 4 Spalte 3 wird die Angabe „14,17“ durch die Angabe „17,73“ ersetzt.
- d) Die Zeile vor Nummer 9.1 Spalte 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
 

„Eine abgebrochene außerklinische Geburt nach Nummer 16 und eine Beleggeburt nach Nummer 9 sind nebeneinander beihilfefähig, wenn die Geburt zunächst außerklinisch betreut und in der Klinik als Beleggeburt beendet wurde.“
- e) In Nummer 17 Spalte 2 Absatz 3 wird das Wort „Arzt“ durch die Wörter „ärztliches Beisein“ ersetzt.
- f) Vor Nummer 30 wird folgende Zeile eingefügt:

“	<p>(1) Für das Wegegeld nach den Nummern 30 bis 33.1 ist jeweils die Entfernung zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der jeweiligen Leistung maßgebend.</p> <p>(2) Die Nummern 34 bis 40 gelten für ambulante hebammenhilfliche Leistungen.</p>	”.
---	--	----

- g) In den Nummern 30 bis 33.1 werden jeweils in Spalte 2 die Wörter „zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung“ gestrichen.
- h) In den Nummern 34 und 35 werden jeweils in Spalte 2 die Wörter „als ambulante hebammenhilfliche Leistung“ gestrichen.
- i) In Nummer 36 Spalte 2 Absatz 1 werden die Wörter „als ambulante hebammenhilfliche Leistung“ gestrichen.
- j) In den Nummern 37 bis 40 werden jeweils in Spalte 2 die Wörter „als ambulante hebammenhilfliche Leistung“ gestrichen.

70. Anlage 8 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

71. Anlage 9 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

72. Anlage 10 wird wie folgt geändert:

- a) In der Zeile vor Nummer 1 Spalte 1 werden die Wörter „Frau/Herrn“ durch die Wörter „(beihilfeberechtigte Person)“ ersetzt.
- b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

<b>2.</b>	<p><b>Angaben zur Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person</b></p> <p>Für die pflegebedürftige Person besteht seit: _____</p> <p>Versicherungsschutz bei: _____</p> <p><input type="checkbox"/> private Pflegeversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> soziale Pflegeversicherung (gesetzliche Krankenversicherung)</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> als Mitglied     <input type="checkbox"/> als familienversicherte Person bei:         <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> beihilfeberechtigte Person</li> <li><input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartnerin/Lebenspartner (im Folgenden: berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r)*.</li> </ul> </p>
-----------	---

- c) In Nummer 6 wird in der Tabelle das Wort „Antragsteller“ durch die Wörter „Beihilfeberechtigte Person“ und die Wörter „Ehegatte/Lebenspartner“ werden durch die Wörter „Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r“ ersetzt.
- d) In der Zeile „Ort, Datum“ werden die Wörter „des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten“ durch die Wörter „der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person“ ersetzt.

**Artikel 2**  
**Änderung der Sächsischen Heilverfahrensverordnung**

Die **Sächsische Heilverfahrensverordnung** vom 16. September 2014 (SächsGVBl. S. 530, 556), die durch Artikel 2 der Verordnung vom 25. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 532) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Kostenerstattung ist bei der zuständigen Behörde schriftlich oder elektronisch zu beantragen. Soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist oder die zuständige Stelle nicht auf die Vorlage von Belegen verzichtet, werden nur solche Kosten erstattet, die durch Belege nachgewiesen worden sind. Für den Nachweis sind Zweitschriften oder Kopien der Belege ausreichend.“
- b) In Absatz 4 werden die Wörter „die durch Verordnung vom 31. Januar 2019 (SächsGVBl. S. 120) geändert worden ist“ durch die Wörter „die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) geändert worden ist“ ersetzt.
- c) Absatz 5 wird aufgehoben.
2. In § 3 werden die Wörter „einer der in § 9 bezeichneten Ärzte“ durch die Wörter „eine der in § 9 Absatz 1 bezeichneten Personen“ ersetzt.
3. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „§§ 4, 5 Absatz 2 und § 7“ durch die Angabe „§§ 4 und 7“ ersetzt.
  - b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch die Wörter „Heil- und Hilfsmittel“ ersetzt.
  - c) In Absatz 4 wird das Wort „Kuren“ durch die Wörter „medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen“ ersetzt.
  - d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe werden unter den Voraussetzungen des § 35 Absatz 1 und 2 der Sächsischen Beihilfeverordnung erstattet. Bei ambulanter Heilbehandlung werden die Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe erstattet, wenn der Haushalt wegen der Schwere des Gesundheitsschadens nicht von den Verletzten oder von einer anderen im Haushalt lebenden Person weitergeführt werden kann.“
  - e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 wird am Ende das Wort „und“ angefügt.
    - bb) Nummer 2 wird aufgehoben.
    - cc) Nummer 3 wird Nummer 2.
4. § 5 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Fahrtkosten werden außer in den in § 32 Absatz 1 Satz 1 der Sächsischen Beihilfeverordnung genannten Fällen auch erstattet für

    1. Fahrten zu ambulanten Behandlungen und Untersuchungen,
    2. Fahrten zur Abholung von ärztlich verordneten Medikamenten und Hilfsmitteln,
    3. Begleitpersonen, wenn die Begleitung der Verletzten nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich war,
    4. Besuchsfahrten von Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern sowie Kindern und Eltern der Verletzten bei einer Krankenhausbehandlung, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bezeichneten Personen die Besuchsfahrt zur Sicherung des Heilerfolgs für dringend erforderlich hält, und
    5. Fahrten zu Begutachtungen, welche die zuständige Behörde veranlasst hat.“
  - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
  - c) Absatz 3 wird Absatz 2.
5. § 6 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden die Wörter „das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430)“ durch die Wörter „das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Februar 2022 (SächsGVBl. S. 142)“ ersetzt.
  - b) In Satz 3 werden vor dem Wort „Ehrenbeamten“ die Wörter „Ehrenbeamtinnen und“ eingefügt.
6. § 7 wird wie folgt gefasst:

„§ 7  
Pflegekosten

(1) Die Kosten für notwendige Leistungen im Zusammenhang mit dauernder Pflegebedürftigkeit werden erstattet, solange Verletzte infolge des Dienstunfalls die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen. Die Pflegebedürftigkeit ist auf Grund eines Gutachtens nach § 18 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch festzustellen.

(2) Die notwendigen Kosten werden im Rahmen der nach Abschnitt 6 der Sächsischen Beihilfeverordnung genannten beihilfefähigen Beträge für die dort genannten Leistungen nach Maßgabe der Absätze 3 bis 7 erstattet. Die erstattungsfähigen Beträge können monatlich im Voraus gezahlt werden. Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung werden angerechnet. Wird nachgewiesen, dass höhere Kosten notwendig sind, um die erforderliche Pflege sicherzustellen, kann auch der über den Betrag nach Satz 1 hinausgehende Betrag erstattet werden.

(3) Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen im nach § 49a Absatz 2 der Sächsischen Beihilfeverordnung sowie für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 54 Absatz 1 der Sächsischen Beihilfeverordnung werden auch dann erstattet, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung auf Grund von § 13 Absatz 1 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch keine anteiligen Zuschüsse erbringt.

(4) Die Aufwendungen für eine bedarfsgerechte Anpassung wie Ausstattung, Umbau oder Ausbau der bisher genutzten Wohnung sowie die Aufwendungen für den Umzug in eine bedarfsgerechte Wohnung werden nach Maßgabe der Richtlinie im Sinne von § 41 Absatz 4 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch erstattet, wenn die Maßnahme infolge des Dienstunfalls nicht nur vorübergehend erforderlich ist und wenn die Dienstunfallfürsorgestelle die Erstattung vorher zugesagt hat. Bei Aufwendungen ab 5 000 Euro hat die verletzte Person zwei Vergleichsangebote beizubringen.

(5) Soweit für Leistungen nach § 49b Absatz 2 der Sächsischen Beihilfeverordnung eine Leistungspflicht nur deshalb nicht besteht, weil diese an Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gebunden ist, die aber nach § 13 Absatz 1 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind, können diese Leistungen an die Verletzten gewährt werden. Die Verletzten sollen darauf hingewiesen werden, dass die Leistungen dem nach § 49b Absatz 2 der Sächsischen Beihilfeverordnung begünstigten Personenkreis zur Verfügung gestellt werden sollen, damit dieser freiwillige Beiträge an die Sozialversicherungsträger leisten kann.

(6) § 50 Absatz 2 der Sächsischen Beihilfeverordnung gilt mit der Maßgabe, dass Kosten für teilstationäre Pflege nach § 50 Absatz 1 der Sächsischen Beihilfeverordnung neben dem pauschalen Zuschlag nach § 49a Absatz 1 der Sächsischen Beihilfeverordnung nur erstattet werden, wenn die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

(7) Der Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2 der Sächsischen Beihilfeverordnung kann monatlich im Voraus gezahlt werden. In diesem Falle verzichtet die zuständige Behörde abweichend von § 2 Absatz 1 Satz 2 auf die Vorlage von Belegen. § 2 Absatz 3 Satz 2 findet keine Anwendung.

(8) § 55 Absatz 5 der Sächsischen Beihilfeverordnung gilt mit der Maßgabe, dass der Eigenanteil begrenzt wird auf den Wert für Verpflegung nach § 2 Absatz 1 der Sozialversicherungsentgeltverordnung vom 21. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3385), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 15. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2933) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, bei Alleinstehenden zuzüglich des Wertes für Unterkunft nach § 2 Absatz 3 der Sozialversicherungsentgeltverordnung.“

7. § 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 9  
Ärztliche Gutachten

(1) Soweit in oder auf Grund dieser Verordnung ein ärztliches Gutachten vorgesehen ist, kann auch das Gutachten von Amtsärztinnen und Amtsärzten, beamteten Ärztinnen und Ärzten, von der zuständigen Behörde allgemein oder von im Einzelfall bezeichneten Ärztinnen und Ärzten gefordert werden. Wird Heilfürsorge gewährt, treten an die Stelle der in dieser Verordnung bezeichneten Ärztinnen und Ärzte die jeweils für die Durchführung des Heilverfahrens bestimmten Ärztinnen und Ärzte.

(2) Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung der Betroffenen an einen Gutachter oder eine Gutachterin übermittelt werden. Ist eine Mitwirkung der Betroffenen an der Begutachtung nicht erforderlich, sind die personenbezogenen Daten vor der Übermittlung so zu verändern, dass der Gutachter oder die Gutachterin einen Personenbezug nicht herstellen kann.“

8. § 11 wird wie folgt gefasst:

„§ 11  
Übergangsvorschrift

Pflegekosten, die nach der bis zum 30. Juni 2023 geltenden Fassung dieser Verordnung gezahlt wurden, sind neu festzusetzen, sofern sich nach § 7 ein höherer Betrag ergibt. Übersteigt der bisher gezahlte Betrag die Pflegekosten gemäß § 7, wird er als Pauschale weitergezahlt. Ändern sich die der Einstufung zugrundeliegenden Verhältnisse erheblich, sind die Pflegekosten gemäß § 7 neu festzusetzen.“

### **Artikel 3**

#### **Weitere Änderung der Sächsischen Heilverfahrensverordnung**

Die **Sächsische Heilverfahrensverordnung** vom 16. September 2014 (SächsGVBl. S. 530, 556), die zuletzt durch Artikel 2 dieser Verordnung geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Kosten für Heil- und Hilfsmittel werden über die in der Sächsischen Beihilfeverordnung genannten Beträge hinaus erstattet, soweit keine günstigere Beschaffung möglich ist. Erstattet werden auch die Kosten für Hilfsmittel und Ersatzleistungen nach Maßgabe von § 46 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch. Als Kosten für Hilfsmittel gelten auch die Kosten für Unterhalt, Wartung, Instandsetzung und Ersatz, wenn die Unbrauchbarkeit oder der Verlust nicht auf Missbrauch, Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit der Verletzten beruht. Bei Erstattung der Kosten für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels kann sein Verkaufswert angerechnet werden.“

2. § 8 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die durch die Folgen des Dienstunfalls verursachten außergewöhnlichen Kosten für Kleider- und Wäscheverschleiß (§ 36 Absatz 4 Satz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes) sind unter entsprechender Anwendung von § 46 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch zu ersetzen.“

### **Artikel 4**

#### **Inkrafttreten**

(1) Diese Verordnung tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b und Nummer 61 sowie Artikel 3 treten am 1. Januar 2024 in Kraft.

Dresden, den 17. Mai 2023

Der Staatsminister der Finanzen  
Hartmut Vorjohann

#### **Anhänge**

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 65](#)

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 67](#)

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 70](#)

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 71](#)