Bekanntmachung der Neufassung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Vom 24. August 2016

[1]Auf Grund des Artikels 2 der Verordnung vom 24. Februar 2016 (SächsGVBl. S. 113) wird nachstehend der Wortlaut der Sächsischen Beihilfeverordnung in der seit 24. März 2016 geltenden Fassung bekannt gemacht. [2]Die Neufassung berücksichtigt:

1. den am 29. Oktober 2014 in Kraft getretenen Artikel 21 der Verordnung vom 16. September 2014 (SächsGVBl. S. 530),
2. den teils am 1. November 2015, teils am 24. März 2016 in Kraft getretenen Artikel 1 der eingangs genannten Verordnung.

Dresden, den 24. August 2016

Der Staatsminister für Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO)[1]

Inhaltsübersicht[2]

Abschnitt 1
Allgemeine Regelungen

§ 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur
§ 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige
§ 3 Konkurrenzen
§ 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
§ 5 Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit
§ 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
§ 7 Aufwendungen im Ausland
§ 7a Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland

Abschnitt 2
Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1
Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8 Ärztliche Leistungen
§ 9 Heilpraktikerleistungen

Unterabschnitt 2
Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10 Zahnärztliche Leistungen
§ 11 Implantologische Leistungen
§ 12 Kieferorthopädische Leistungen
§ 13 (weggefallen)
§ 14 Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne
§ 15 Zahnärztliche Leistungen für beamtete Personen auf Widerruf

Unterabschnitt 3
Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16 Psychotherapeutische Leistungen
§ 16a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und psychotherapeutische Akutbehandlung
§ 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren
§ 18 Verhaltenstherapie
§ 18a Systemische Therapie
§ 19 Psychosomatische Grundversorgung

Unterabschnitt 4
Stationäre Leistungen

§ 20 Krankenhausleistungen

Unterabschnitt 5
Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21 Arzneimittel
§ 22 Medizinprodukte
§ 23 Hilfsmittel
§ 24 Sehhilfen
§ 25 Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

Unterabschnitt 6
Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26 Heilmittel
§ 27 Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen
§ 28 Mobilitätstraining für Blinde
§ 29 Soziotherapie
§ 30 Häusliche Krankenpflege

§ 30a Kurzzeitkrankenpflege
§ 31 Palliativversorgung und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
§ 31a Klinisches Krebsregister
Unterabschnitt 7
Ergänzende Leistungen
§ 32 Fahrtkosten
§ 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten
§ 34 Kommunikationshilfen
§ 35 Familien- und Haushaltshilfe
§ 36 Überführungskosten in Todesfällen
Abschnitt 3
Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren
§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
§ 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
§ 39 Kuren
Abschnitt 4
Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten
§ 40 Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen
§ 41 Früherkennungsuntersuchungen
§ 42 Kinderuntersuchungen
§ 43 Verhütung von Zahnerkrankungen
Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen
§ 44 Schwangerschaft und Geburt
§ 45 Künstliche Befruchtung
§ 46 Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
§ 47 Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende
Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
§ 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit
§ 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1
§ 49 Häusliche Pflege
§ 49a Ambulant betreute Wohngruppen
§ 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
§ 50 Teilstationäre Pflege
§ 51 Verhinderungspflege
§ 52 Kurzzeitpflege

§ 52a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson
§ 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag
§ 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
§ 55 Vollstationäre Pflege
§ 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

§ 57 Bemessung der Beihilfe
§ 58 (weggefallen)
§ 59 Eigenbeteiligungen
§ 60 (weggefallen)
§ 61 Belastungsgrenzen

Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften

§ 62 Verfahren
§ 63 Antragsfrist
§ 64 Verwaltungsvorschriften

Abschnitt 9
Pauschale Beihilfe

§ 65 Antragstellung und Bewilligung
§ 66 Zahlung der pauschalen Beihilfe
§ 67 Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge

Abschnitt 10
Übergangsvorschriften

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

Anlage 1 (zu § 4 Absatz 4 Satz 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Anlage 2 (zu § 9)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilpraktikerleistungen

Anlage 3 (zu § 26 Absatz 2)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Anlage 4 (zu § 39 Absatz 2 und 5)

Kurorteverzeichnis

Anlage 5 (zu § 41 Absatz 4)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung

Anlage 5a (zu § 41 Absatz 5)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Anlage 6 (zu § 44 Absatz 2)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen

Anlage 7 (zu § 45 Absatz 1)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung

Anlage 8 (zu § 62 Absatz 1)

Antrag auf Gewährung von Beihilfe

Anlage 9 (zu § 62 Absatz 1)

Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe

Anlage 10 (zu § 62 Absatz 1)

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Anlage 11 (zu § 62 Absatz 1)

Antrag auf Gewährung von Pflegegeld

Anlage 12 (zu § 65 Absatz 1)

Antrag auf pauschale Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes

Abschnitt 1
Allgemeine Regelungen

§ 1
Anwendungsbereich und Rechtsnatur

(1) Diese Verordnung regelt das Nähere hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Beihilfe sowie des Verfahrens der Beihilfegewährung.

(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. Dezem-

ber 2022 (SächsGVBl. S. 705) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Dienstherrn.

(3) [1]Der Anspruch auf Beihilfe kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden. [2]Abweichend von Satz 1 ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger zulässig, solange und soweit für dessen Forderung ein Anspruch auf Beihilfe besteht.

(4) Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhält Beihilfe zu den bis zum Tod und aus Anlass des Todes entstandenen Aufwendungen, wer die Belege und den Erbschein zuerst vorlegt.

(5) Für die Berechnung der auszuzahlenden Beihilfe gelten folgende Begriffsbestimmungen:

1. Aufwendungen sind die durch einen Rechnungsbetrag nachgewiesenen tatsächlichen Kosten einer Leistung oder Pauschalen, die einen tatsächlichen Aufwand abgelten sollen.
2. Dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 1 für Leistungen, zu denen aufgrund des in dieser Verordnung festgelegten Leistungsprogramms im Einzelfall Geldleistungen gewährt werden könnten.
3. Beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 2 unter Beachtung von Höchstgrenzen, Begrenzungen und sonstigen Einschränkungen.
4. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die in Nummer 3 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung von Anrechnungen von Erstattungen und Sachleistungen (§ 6) sowie von Eigenbeteiligungen (§ 59).
5. Beihilfe sind die in Nummer 4 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes (§ 57).

(6) Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2021 (BGBl. I S. 2250) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.[3]

§ 2
Berücksichtigungsfähige Angehörige

(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 § 40 Absatz 2 oder 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes vom 6. Juli 2023 (SächsGVBl. S. 467, 476), das durch Artikel 10 des Gesetzes 6. Juli 2023 (SächsGVBl. S. 467) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder § 55 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Sächsischen Beamtenversor-

gungsgesetzes vom 6. Juli 2023 (SächsGVBl. S. 467, 510), in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Kinder sind auch berücksichtigungsfähig, wenn für sie Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 64 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes in Verbindung mit § 53 Absatz 4 Nummer 2 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juni 2009 (BGBl. I S. 1434), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 190) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, besteht oder ein solcher nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind bei diesen nicht berücksichtigungsfähig.[4]

§ 3
Konkurrenzen

(1) [1]Die Beihilfeberechtigung aus einem aktiven Dienstverhältnis auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs aus. [2]Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines nach beamtenrechtlichen Vorschriften zustehenden Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche aus. [3]Satz 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.

(2) Beihilfe wird nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt, wenn diese aufgrund eines Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind oder Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen des Bundes oder eines anderen Landes erhalten.

(3) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 80 Absatz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes genannten Gesetzen gleich.

(4) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit nach § 2 vor.

(5) [1]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. [2]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
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) [1]Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und bei Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Angehörige deren Berücksichtigungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt. [2]Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(2) [1]Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Erwachsene sind nur beihilfefähig, soweit die Summe aus dem Gesamtbetrag ihrer jeweiligen Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes und vergleichbarer ausländischer Einkünfte in den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung im Durchschnitt den Ehegattengrenzbetrag nicht übersteigt. [2]Dieser beträgt im Kalenderjahr 2024 18 504 Euro und ist für den gesamten maßgeblichen Zeitraum nach Satz 1 zu Grunde zu legen. [3]Der Ehegattengrenzbetrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des Sächsischen Besoldungsgesetzes. [4]§ 57 Absatz 14 Satz 1 gilt entsprechend. [5]Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt. [6]Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 30 Absatz 3, § 35 Absatz 3 Satz 2, § 36 oder § 44 Absatz 1, 2 oder 5 handelt. [7]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. [8]Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 7 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.

(3) [1]Beihilfefähig sind nach Maßgabe dieser Verordnung nur Aufwendungen für medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind und für die die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. [2]Andere Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes eine besondere Härte darstellen würde.

(4) [1]Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, einschließlich der hierbei verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte, setzt voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode vorgenommen werden. [2]Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, die

1. in Anlage 1 Nummer 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig und
2. in Anlage 1 Nummer 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

(5) [1]Die Angemessenheit von Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1470) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezem-

ber 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), die durch § 5 Satz 3 der Verordnung von 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung. [2]Liegen keine begründeten besonderen Umstände vor, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens (Schwellenwert) nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. [3]Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen.

(6) [1]Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen bewertet werden. [2]Die Dienstherren, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, oder der Kommunale Versorgungsverband Sachsen können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über erstattungsfähige Aufwendungen in Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. [3]Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. [4]Sofern die in Satz 2 genannten Kostenträger Verträge im Sinne von Satz 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfefestsetzung ebenfalls zugrunde gelegt werden. [5]Beurteilt sich die Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen nach Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen nach Satz 1, kann die Beihilfefähigkeit nur anerkannt werden, wenn die Vereinbarung der Festsetzungsstelle bekannt ist und der Rechnungssteller auf der Rechnung vermerkt, welche Vereinbarung der Rechnungsstellung zugrunde liegt.

(7) [1]Für beihilfeberechtigte Personen nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind (beihilfeberechtigte Personen im Ausland) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. [2]Für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit gilt § 7a.

(8) [1]Im Fall von unvorhersehbaren Ereignissen und dringendem Handlungsbedarf, insbesondere bei Epidemien und Pandemien, kann das Staatsministerium der Finanzen vorübergehend die Erweiterung des notwendigen Leistungsumfangs durch Verwaltungsvorschrift zulassen. [2]Das Staatsministerium der Finanzen kann durch Verwaltungsvorschrift für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr ab Erlass der Verwaltungsvorschrift die in dieser Verordnung festgelegten Ausschlüsse aufheben und die in dieser Verordnung bestimmten Obergrenzen anheben, um die Angemessenheit der Beihilfe sicherzustellen. [3]Ausschlüsse und Obergrenzen sind insbesondere unangemessen, wenn sie zur Folge haben, dass das Leistungsniveau des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch unterschritten wird.[6]

§ 5
Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. für beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, denen
   a) Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zusteht,
   b) pauschale Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes bewilligt wurde, soweit es sich nicht um Aufwendungen nach Abschnitt 6 handelt,
2. für beihilfeberechtigte Personen, soweit ein Anspruch auf Leistungen der Unfallfürsorge nach den §§ 35 bis 37 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes oder vergleichbarer bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften besteht,
3. für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,
4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und pädagogische Maßnahmen,
6. für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen entstehen, insbesondere nach einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und
7. soweit ein Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht oder im Einvernehmen mit diesem übertragen worden ist.

(2) Nicht beihilfefähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen und
2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen oder Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist.

(3) [1]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. [2]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.

(4) In den Fällen der Absätze 1 bis 3 ist § 4 Absatz 3 Satz 2 nicht anzuwenden.[7]

§ 6
Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) [1]Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. [2]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.

(2) Von beihilfefähigen Aufwendungen für Zahnersatz ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

(3) [1]Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche sind bei der Beihilfefestsetzung auch dann in voller Höhe zu berücksichtigen, wenn sie gegenüber Dritten nicht geltend gemacht wurden. [2]Dies gilt nicht für Kinder im Fall des § 5 Absatz 3 Satz 2.

(4) Bei beihilfeberechtigten Personen im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.[8]

§ 7
Aufwendungen im Ausland

(1) [1]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 Dienstort der beihilfeberechtigten Person entstandene Aufwendungen zu behandeln. [2]§ 4 Absatz 5 findet keine Anwendung.

(2) [1]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. [2]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. [3]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.

[4]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.

(3) Aufwendungen für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind, soweit in der Verordnung nichts anderes bestimmt ist, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären.[9]

§ 7a
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland

(1) [1]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. [2]Die Absätze 3 bis 5, 7 und 8 finden keine Anwendung. [3]§ 54 Absatz 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass eine anteilige Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nicht erforderlich ist.

(2) Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland für beihilfeberechtigte Personen, die nicht von § 4 Absatz 7 Satz 1 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nach Abschnitt 6 nach Maßgabe der Absätze 3 bis 8 beihilfefähig.

(3) Soweit die private oder soziale Pflegeversicherung zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland keine oder nicht ausreichende Leistungen erbringt, ist eine über die Regelungen des Abschnitts 6 hinausgehende Beihilfegewährung ausgeschlossen.

(4) Bei Anwendung des § 49 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 ist die Pauschalbeihilfe auf den sich nach Anwendung des Bemessungssatzes nach § 57 ergebenden Betrag begrenzt.

(5) [1]§ 49a Absatz 1 gilt mit der Maßgabe, dass der Zuschlag nur gewährt wird, wenn für mindestens zwei weitere Personen in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 durch eine private oder soziale Pflegeversicherung im Inland festgestellt wurde. [2]§ 49a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden keine Anwendung.

(6) Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 49b werden nur gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Leistungen erbringt.

(7) Wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Sinne von § 54 Absatz 1 Satz 2 keine anteiligen Zuschüsse zahlt, sind diese Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn sie im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkret zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, die den Zielen von § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, empfohlen werden.

(8) [1]§ 55 Absatz 4 findet keine Anwendung. [2]§ 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]

Abschnitt 2
Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1
Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8
Ärztliche Leistungen

[1]Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. [2]Ist dem Dienstherrn von der beihilfeberechtigten Person für ein Fernbleiben vom Dienst eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, sind die Aufwendungen hierfür beihilfefähig.[11]

§ 9
Heilpraktikerleistungen

[1]Aufwendungen für ambulante Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe der Anlage 2 beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. [2]Aufwendungen für Auslagen sind beihilfefähig, wenn eine Berechnung in entsprechender Anwendung des § 10 der Gebührenordnung für Ärzte zulässig wäre.[12]

Unterabschnitt 2
Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10
Zahnärztliche Leistungen

[1]Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen, einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. [2]Die Beihilfefähigkeit von implantologischen und kieferorthopädischen Leistungen richtet sich nach den §§ 11 und 12 und für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 14 Absatz 1. [3]§ 8 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 11
Implantologische Leistungen

(1) [1]Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig. [2]Die Höchstzahl der Implantate nach Satz 1 schließt vorhandene Implantate, zu denen Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, ein. [3]Sind Aufwendungen für Implantate über die Höchstzahl nach Satz 1 und unter Berücksichtigung des Satzes 2 hinaus entstanden, sind die Gesamtaufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern.

(2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind ohne Begrenzung auf eine Höchstzahl der Implantate beihilfefähig bei

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
   a) Tumoroperationen,
   b) Entzündungen des Kiefers,
   c) Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer follikulärer Zysten oder Keratozysten,
   d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
   e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder
   f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen oder
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken,

und wenn das Vorliegen der Indikationen zahnärztlich bescheinigt wurde.[13]

§ 12
Kieferorthopädische Leistungen

(1) [1]Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten sind nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels für einen Behandlungszeitraum von bis zu vier Jahren und gegebenenfalls während einer weiterführenden Retention einmalig bis zu einem Höchstbetrag von 7 000 Euro dem Grunde nach beihilfefähig, wenn bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. [2]Der Festsetzungsstelle soll ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. [3]Ist eine Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über den in Satz 1 genannten Behandlungszeitraum hinaus medizinisch notwendig, sind weitere Aufwendungen nach Satz 1 bis zu einem Höchstbetrag von 5 000 Euro beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn des Verlänge-

rungszeitraums die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat.

(2) Ist bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung notwendig, sind notwendige Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen ohne Altersbeschränkung beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat.

(3) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels zuzüglich der Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind einmalig bis zu einem Höchstbetrag von 3 000 Euro beihilfefähig.

(4) Bei Unterbrechung der kieferorthopädischen Behandlung oder bei einem Behandlerwechsel innerhalb des in Absatz 1 Satz 1 genannten oder des in der ersten Phase des Zahnwechsels geplanten Behandlungszeitraums bleiben die Aufwendungen nur in dem Umfang der nach dem anerkannten Heil- und Kostenplan noch ausstehenden Leistungen oder, falls eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht erforderlich ist, bis zum Erreichen der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 genannten Höchstbeträge beihilfefähig.[14]

§ 13
(weggefallen)

§ 14
Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne

(1) [1]Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten sowie Lagerhaltung nach § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]Bei der Versorgung mit Inlays, Zahnkronen, Zahnersatz und Suprakonstruktionen sind diese Aufwendungen zu 65 Prozent, bei Indikationen nach § 11 Absatz 2 zu 100 Prozent beihilfefähig. [3]Wenn in einer Rechnung zahnärztliche Leistungen, Auslagen, Material- und Laborkosten nicht getrennt ausgewiesen sind, sind bei der Beihilfefestsetzung 60 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages als Aufwendungen anzusetzen.

(2) Die Aufwendungen des Heil- und Kostenplanes für medizinisch notwendige Leistungen nach Nummer 0030 oder 0040 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig.

§ 15
Zahnärztliche Leistungen für beamtete Personen auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für beamtete Personen auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

(2) [1]Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,
3. implantologische Leistungen nach § 11 und
4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

[2]Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die beihilfeberechtigte Person zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.[15]

Unterabschnitt 3
Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16
Psychotherapeutische Leistungen

(1) Psychotherapeutische Leistungen umfassen ambulante Leistungen der psychoanalytisch begründeten Verfahren, der Verhaltenstherapie, der Systemischen Therapie, der psychotherapeutischen Akutbehandlung und der psychosomatischen Grundversorgung.

(2) [1]Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 sowie der §§ 16a bis 19 beihilfefähig, soweit und solange eine seelische Krankheit mit einer der folgenden Indikationen vorliegt:

1. affektive Störung, insbesondere depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung und Dysthymie,
2. Angststörung und Zwangsstörung,
3. somatoforme Störung und dissoziative Störung, insbesondere Konversionsstörung,
4. Anpassungsstörung und Reaktion auf schwere Belastungen,
5. Essstörung,
6. nichtorganische Schlafstörung,
7. sexuelle Funktionsstörung,
8. Persönlichkeitsstörung und Verhaltensstörung oder
9. Verhaltensstörung und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

[2]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.

(3) [1]Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind die in Absatz 1 genannten Behandlungsformen dem Grunde nach beihilfefähig, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran

haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet. [2]Indikationen hierfür sind insbesondere:

1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
3. seelische Krankheiten aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Fehlbildungen stehen,
4. seelische Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(4) [1]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. [2]Diese muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder einer psychotherapeutischen Akutbehandlung erfolgen. [3]Die Abklärung ist bei Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach § 16a Absatz 6 Satz 2 in einem ärztlichen Konsiliarbericht schriftlich oder elektronisch zu bestätigen.[16]

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

(1) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind im Rahmen von probatorischen Sitzungen, Gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung, Kurz- oder Langzeittherapie dem Grunde nach beihilfefähig.

(2) [1]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. [2]Im Mehrpersonensetting sind bis zu drei probatorische Sitzungen beihilfefähig. [3]Aufwendungen zur Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie in der Gruppe (Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung) sind für bis zu vier Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig. [4]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. [5]Probatorische Sitzungen und Sitzungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grund-

versorgung sind nicht auf die beihilfefähige Höchstzahl von Sitzungen in Kurz- oder Langzeittherapie anzurechnen.

(3) [1]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. [2]Ein akuter Behandlungsbedarf liegt insbesondere vor, wenn eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik erforderlich ist. [3]Sitzungen der psychotherapeutischen Akutbehandlung sind auf die beihilfefähige Höchstzahl von Sitzungen in Kurz- oder Langzeittherapie anzurechnen. [4]Dabei entsprechen zwei Sitzungseinheiten der Akutbehandlung einer Sitzung nach § 16 Absatz 2 Satz 2.

(4) [1]Aufwendungen einer Kurz- oder Langzeittherapie sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung der in § 16 Absatz 2 genannten seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist.

[2]Kurz- oder Langzeittherapie sind als Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung oder in Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung beihilfefähig. [3]Systemische Kurzzeit- oder Langzeittherapie ist auch im Mehrpersonensetting, gegebenenfalls kombiniert mit Einzel- und Gruppenbehandlung, beihilfefähig.

(5) [1]Kurzzeittherapie ist in Einzelbehandlung für höchstens 24 Sitzungen beihilfefähig, systemische Kurzzeittherapie für höchstens zwölf Sitzungen. [2]Werden Gruppenbehandlungen durchgeführt, entsprechen zwei Sitzungen Gruppenbehandlung einer Sitzung Einzelbehandlung. [3]Ein Mehrpersonensetting entspricht einer Sitzung Einzelbehandlung.

(6) [1]Sind psychotherapeutische Behandlungen über die in Absatz 5 Satz 1 genannten Sitzungszahlen hinaus notwendig (Langzeittherapie), kann Kurzzeittherapie in Langzeittherapie umgewandelt werden. [2]Aufwendungen für Langzeittherapie sind nach Maßgabe der §§ 17 bis 18a beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung oder vor Umwandlung der Kurzzeittherapie in Langzeittherapie die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat. [3]Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt für Langzeittherapie entsprechend. [4]In Kurzzeittherapie durchgeführte Sitzungen sind auf die in Langzeittherapie genehmigten Sitzungen anzurechnen. [5]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.

(7) [1]Die Behandlungsverfahren nach den §§ 17, 18 und 18a sind nicht kombinierbar. [2]Aufwendungen sind je Krankheitsfall nur für eines dieser Behandlungsverfahren beihilfefähig.

(8) [1]Für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte

auch in Form eines telekommunikationsgestützten Therapieverfahrens dem Grunde nach beihilfefähig. [2]Aufwendungen für telekommunikationsgestützte Therapie sind für bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. [3]Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. [4]Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(9) [1]Aufwendungen für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen beihilfefähig, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und die Behandlung im Rahmen eines umfassenden Konzepts der psychoanalytisch begründenden Verfahren oder der Verhaltenstherapie durchgeführt wird. [2]Die Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn die behandelnde Person neben den Voraussetzungen des § 17 Absatz 2 und 3 oder des § 18 Absatz 3 und 4 über eine hinreichende fachliche Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen einschließlich EMDR verfügt.[17]

§ 17
Psychoanalytisch begründete Verfahren

(1) [1]Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren sind für die Behandlungsformen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen.

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

[2]Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend anerkannten Behandlung. [3]Aufwendungen für Sitzungen, in die aufgrund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu 25 Prozent und bei Gruppenbehandlung bis zu 50 Prozent der anerkannten Anzahl der Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder ein Mensch mit einer geistigen Behinderung ist. [4]Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die anerkannte Anzahl der Sitzungen angerechnet.

(2) [1]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.

[2]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.

(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.

(4) (aufgehoben)

(5) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 4 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

(6) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für weitere Sitzungen über den anerkannten Umfang hinaus ist stets, dass jeweils vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der behandelnden Person vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird.

(7) [1]In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. [2]Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 16 Absatz 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. [3]Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. [4]Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.

(8) [1]Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung nicht beihilfefähig. [2]Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien aufgrund eines besonders begründeten Antrages beihilfefähig sein.

(9) Aufwendungen für eine Katathym Imaginative Psychotherapie sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.[18]

§ 18
Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapien nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

§ 17 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 6 bis 7 gilt entsprechend.

(2) (aufgehoben)

(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.

(5) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Verhaltenstherapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.[19]

§ 18a
Systemische Therapie

(1) Aufwendungen für die Systemische Therapie sind bei der Behandlung von Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres je Krankheitsfall im folgenden Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
im Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

(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
Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

1. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte und
2. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte.

(2) [1]Aufwendungen sind je Krankheitsfall dem Grunde nach beihilfefähig für

1. übende Interventionen, insbesondere autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie, als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich,

2. suggestive Interventionen, insbesondere Hypnose, als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen und
3. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form.

[2]Leistungen nach Satz 1 Nummer 3, die in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 kombiniert werden, sind nicht beihilfefähig. [3]Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

(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.

(4) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Urologie durchgeführt wird.

(5) [1]Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]Pauschal abgerechnete Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. [3]§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.[21]

Unterabschnitt 4
Stationäre Leistungen

§ 20
Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen für Leistungen in nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für

1.

vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 1 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 1 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung,

2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung,
3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare belegärztliche Leistungen nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und
4. Wahlleistungen in Form
   a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,
   b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder, wenn Zweibettzimmer weder als allgemeine Krankenhausleistung noch als Wahlleistung angeboten werden, bis zur Hälfte der Kosten eines Einbettzimmers, und
   c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen nach den §§ 21, 22 oder für ärztliche Leistungen.

(2) Bei Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2:
   a) die Fallpauschale bis zu dem Betrag, der sich aus dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung unter Zugrundelegung des Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes ergibt,
   b) das tagesbezogene Pflegeentgelt bis zu dem Betrag, der sich aus dem Produkt der maßgeblichen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 2a des Krankenhausentgeltgesetzes und des vorläufigen Pflegentgeltwertes nach § 15 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes für die Gesamtzahl der Belegungstage ergibt, und
   c) Zusatzentgelte bis zu dem jeweiligen Betrag, der sich aus dem Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ergibt,
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, in der jeweils geltenden Fassung, 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 Bewer-

tungsrelation 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,

4. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes, wahlärztliche Leistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a und gesondert berechnete Kurtaxen sowie

5. Kosten einer Notfallversorgung, wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) [1]Beihilfefähig ist auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft im Krankenhaus nach Maßgabe des Absatzes 1 Nummer 2. [2]Bei Untersuchungen und Behandlungen in einem Krankenhaus nach Absatz 2 gilt dies entsprechend. [3]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.

[4]Beihilfefähig ist in den Fällen des Satzes 3 ein Betrag von bis zu 49 Euro täglich. [5]Für Begleitpersonen im Sinne des § 44b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist der kalendertägliche Ausfall von Arbeitseinkünften dem Grunde nach beihilfefähig. [6]Beihilfefähig sind 70 Prozent des Verdienstausfalls, bei Arbeitsentgelt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, höchstens jedoch 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. [7]Ist der Ausfall von Arbeitseinkünften für einen ganzen Kalendermonat beihilfefähig, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

(4) [1]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. [2]Absatz 1 Nummer 4 gilt entsprechend.

(5) [1]Aufwendungen von beihilfeberechtigten Personen im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b entspricht, wenn aus medizinischen Gründen keine Unterbringung in einem Einbettzimmer notwendig ist. [2]Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.[22]

Unterabschnitt 5
Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21
Arzneimittel

(1) Arzneimittel sind die in § 2 Absatz 1, 2 Nummer 1, Absatz 3a und 4 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen, Gegenstände oder Erzeugnisse.

(2) [1]Aufwendungen für aus Anlass einer Krankheit ärztlich, zahnärztlich oder von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern schriftlich oder elektronisch verordnete Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn diese bestimmt sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper der Heilung oder Linderung einer Erkrankung oder der Erkennung eines Krankheitsbildes zu dienen. [2]Aufwendungen für Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies sind bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr beihilfefähig. [3]Beihilfefähig sind auch gesondert ausgewiesene Versandkosten.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die

1. überwiegend zur Behandlung von sexuellen Dysfunktionen, der Anreizung oder Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen oder
2. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind. [2]Das ist dann der Fall, wenn das Arzneimittel nach seiner objektiven Zweckbestimmung üblicherweise auch von Gesunden benutzt wird.[23]

§ 22
Medizinprodukte

(1) [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. [2]Medizinprodukte sind auch Stoffe und Kombinationen von Stoffen, soweit sie unter den Anwendungsbereich der Verordnung (EU) 2017/745 fallen.

(2) Aufwendungen für aus Anlass einer Krankheit ärztlich, zahnärztlich oder von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern schriftlich oder elektronisch verordnete stoffliche Medizinprodukte sind beihilfefähig, wenn diese geeignet sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper eine Erkrankung zu heilen oder zu lindern oder wenn sie der Erkennung eines Krankheitsbildes dienen.

(3) [1]Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit für ärztlich oder zahnärztlich schriftlich oder elektronisch verordnete andere als in Absatz 2 genannte Medizinprodukte sind nach Maßgabe der §§ 23 und 24 beihilfefähig. [2]§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Aufwendungen für Medizinprodukte, die den in § 21 Absatz 3 genannten Zwecken dienen, sind nicht beihilfefähig.[24]

§ 23
Hilfsmittel

(1) [1]Hilfsmittel sind Medizinprodukte, soweit es sich nicht um stoffliche nach § 22 Absatz 1 Satz 2 handelt, und Blindenführhunde. [2]Beihilfefähig sind unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 11 die Aufwendungen für Anschaffung, Anpassung, Unterweisung in den Gebrauch, Betrieb, Reparatur, Ersatz und Unterhaltung der Hilfsmittel.

(2) [1]Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich schriftlich oder elektronisch verordnete Hilfsmittel sind beihilfefähig, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und sofern sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Krankenhaus- oder Praxisausstattung anzusehen sind. [2]Ist im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit nach § 62 Absatz 7 die Notwendigkeit eines Hilfsmittels schriftlich oder elektronisch dokumentiert, ersetzt das Gutachten die ärztliche Verordnung nach Satz 1. [3]Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind auch beihilfefähig, wenn diese von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten

schriftlich oder elektronisch verordnet werden und im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, veröffentlicht auf den Internetseiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, enthalten sind.

(3) [1]Aufwendungen für die Reparatur eines beihilfefähigen Hilfsmittels sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. [2]Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen beihilfefähigen Hilfsmittels sind in der bisherigen Ausführung ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels erfolgt und in dieser Verordnung keine gesonderten Zeiträume für eine erneute Beschaffung festgelegt sind.

(4) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von beihilfefähigen Hilfsmitteln sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 120 Euro hinausgehen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege und Reinigung von Hilfsmitteln.

(5) [1]Aufwendungen für Hilfsmittel zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. [2]Aufwendungen für die Miete solcher Hilfsmittel sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.

(6) [1]Aufwendungen für Perücken und sonstige Kopfhaarersatzstücke einschließlich Verkleben sind bis zum Betrag von 600 Euro beihilfefähig, wenn ein totaler, sehr weitgehender oder krankhaft entstellender partieller Haarausfall oder eine erhebliche Verunstaltung des Kopfes vorliegt. [2]Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind zusätzlich beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. [3]Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke oder eines sonstigen Kopfhaarersatzstückes einschließlich einer Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung des zu ersetzenden Kopfhaarersatzstückes mindestens drei Jahre vergangen sind. [4]Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(7) [1]Aufwendungen für Hörhilfen sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]Die Beihilfefähigkeit für ein Hörgerät, ein Tinnitusgerät oder ein kombiniertes Hör- und Tinnitusgerät ist für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr begrenzt auf einen Betrag von 1 750 Euro je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für medizinisch notwendiges Zubehör. [3]Aufwendungen für eine Übertragungsanlage sind nur zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen beihilfefähig. [4]Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Hörhilfe ist die schriftliche oder elektronische Verordnung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder für Phoniatrie und Pädaudiologie. [5]Für Folgegeräte genügen die Feststellungen eines Hörgeräteakustikers, wenn keine neue ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. [6]Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Hörhilfe sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind. [7]Satz 5 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(8) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Aufrichtfunktion eines Aufrichtstuhls bis zu 180 Euro,
2.

die Spezialhard- und -software einer Computerspezialausstattung für Menschen mit Behinderungen bis zu insgesamt 4 000 Euro; für Braillezeilen für Blinde mit 40 Modulen zusätzlich bis zu insgesamt 6 300 Euro,

3. Brustprothesenhalter in Höhe des 17 Euro übersteigenden Betrages und
4. Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnen in Höhe des 45 Euro übersteigenden Betrages.

(9) Aufwendungen für Schuhe sind nur unter den Voraussetzungen der Nummern 1 bis 3 beihilfefähig:

1. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur dauerhaften Versorgung sind jeweils in Höhe des 78 Euro übersteigenden Betrages und nach folgenden Höchstgrenzen beihilfefähig für
   a) Orthesenschuhe,
   b) Spezialschuhe für Personen mit Diabetes und
   c) Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, bei folgender Ausführung:
      aa) Straßenschuhe: Erstausstattung zwei Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,
      bb) Hausschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren,
      cc) Sportschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach zwei Jahren
      dd) Badeschuhe: Erstausstattung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach vier Jahren.
2. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur vorübergehenden Versorgung sind beihilfefähig für
   a) Fußteilentlastungsschuhe,
   b) Innenschuhe,
   c) Korrektursicherungsschuhe,
   d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehnenschädigung oder Lähmungszuständen und
   e) Verbandschuhe.
3. Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen oder für orthopädische Einlagen, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse sind an jeweils bis zu sechs Paar Schuhen je Jahr beihilfefähig.

(10) Aufwendungen für einen Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zweimal je Jahr bis zur Höhe von 90 Euro je Overall beihilfefähig.

(11) [1]Aufwendungen für Sehhilfen sind nach Maßgabe des § 24 beihilfefähig. [2]Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln für Blinde sind nach Maßgabe des § 28 beihilfefähig. [3]Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln, die der Pflege von Pflegebedürftigen dienen (Pflegehilfsmittel), richtet sich ausschließlich nach § 54 Absatz 1.[25]

§ 24
Sehhilfen

(1) Sehhilfen sind Brillen, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen.

(2) Aufwendungen für Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe oder zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 8 und des § 23 Absatz 3 und 4 beihilfefähig.

(3) [1]Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit einer erstmals beschafften Sehhilfe ist die schriftliche oder elektronische augenärztliche Verordnung oder die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers. [2]Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind mit bis zu 17 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. [3]Das jeweils erstmalige Vorliegen der Voraussetzungen nach den Absätzen 5 bis 8 ist zusätzlich durch schriftliche oder elektronische ärztliche Verordnung nachzuweisen.

(4) [1]Aufwendungen für Brillengläser oder Kontaktlinsen sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist die Beihilfefähigkeit begrenzt auf einen Betrag von 110 Euro je Auge alle zwei Jahre, einschließlich Handwerksleistung und Reparaturkosten. [3]Eine Übertragung nicht genutzter Beträge auf nachfolgende Jahre ist nicht möglich. [4]Aufwendungen für Brillenfassungen sind nur im Fall des Absatzes 8 beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Kontaktlinsen mit einer regelmäßigen Tragedauer bis zu sieben Tagen (Kurzzeitlinsen), sind ohne die Begrenzungen nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig, wenn folgende Indikationen vorliegen:

1. Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
2. Ektropium,
3. Entropium,
4. Lidschlussinsuffizienz,
5. Symblepharon oder
6. Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme.

(6) [1]Aufwendungen für Brillengläser einer zusätzlichen Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen sind bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig. [2]Bei Vorliegen einer augenärztlich festgestellten Aphakie sind darüber hinaus auch die Aufwendungen für die Brillengläser einer zusätzlichen Brille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig.

(7) Aufwendungen für vergrößernde Sehhilfen sind auch neben Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen alle drei Jahre beihilfefähig für:

1. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder als Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser), in begründeten Einzelfällen als Fernrohrlupenbrillensystem, gegebenenfalls einschließlich der Systemträger,
2.

optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als Handfernrohre oder fokussierbare Monokulare und

3. elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens sechsfachen Vergrößerungsbedarf.

(8) [1]Aufwendungen für eine Brillenfassung für eine während des Schulsports zu tragende Sportbrille sind für Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr alle zwei Jahre bis zu 64 Euro beihilfefähig. [2]Daneben sind die Aufwendungen für Brillengläser der Sportbrille beihilfefähig.[26]

§ 25
Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

(1) Aufwendungen für Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind nur unter den Voraussetzungen der Absätze 2 und 3 beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für enterale Ernährung in Form von Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen und diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig ist bei:

1. Ahornsirupkrankheit,
2. AIDS-assoziierten Diarrhöen,
3. angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,
4. angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
5. Colitis ulcerosa,
6. Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
7. erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, insbesondere bei Mundboden- und Zungenkarzinom,
8. Kurzdarmsyndrom,
9. Morbus Crohn,
10. Mukoviszidose,
11. Multipler Nahrungsmittelallergie,
12. Niereninsuffizienz,
13. Phenylketonurie,
14. postoperativer Nachsorge oder
15. Tumortherapien, auch nach der Behandlung.

(3) Aufwendungen für Elementardiäten sind für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr auch beihilfefähig bei

1. Kuhmilcheiweißallergie oder
2. Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

Unterabschnitt 6
Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26
Heilmittel

(1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen auf den Gebieten der Physiotherapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie.

(2) [1]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 6 und der Anlage 3 beihilfefähig, wenn die leistungserbringende Person die hierfür erforderliche Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und die Anwendung dem Berufsbild entspricht. [2]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.

(4) Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sind, auch als Bestandteil einer Gerätegestützten Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten, nach Nummer 16 der Anlage 3 beihilfefähig, wenn

1. damit Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat behandelt werden,
2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von Ärztinnen oder Ärzten der Therapieeinrichtung erfolgen sowie
3. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann.

(5) [1]Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Nummer 21 der Anlage 3 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 31 Absatz 1 umfasst sind. [2]Sie werden als beihilfefähig anerkannt bei

1. passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
2. aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
3. atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
4. spastischen Lähmungen (zerebral oder spinal bedingt),
5. schlaffen Lähmungen,
6. abnormen Bewegungen oder Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
7. Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
8. funktionellen Störungen,
9. unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

(6) [1]Aufwendungen für Heilmittel können von der Festsetzungsstelle über die in Anlage 3 genannten Höchstbeträge hinaus als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Behandlung zu diesen Beträgen tatsächlich finanziell nicht zugänglich ist. [2]Aufwendungen bis zum 1,1-fachen der in Anlage 3 ausgewiesenen Höchstbeträge können der Beihilfebemessung stets zugrunde gelegt werden. [3]Weist die beihilfeberechtigte Person bei der Antragstellung nach § 62 Absatz 1 Satz 1 anhand von vor Beginn der Behandlung ausgestellten Angeboten oder Kostenvoranschlägen zweier weiterer Heilmittelerbringer nach, dass das Heilmittel nicht zu dem in Anlage 3 genannten Höchstbetrag zugänglich war, können die Aufwen-

dungen bis zur Höhe des niedrigsten in der Rechnung, dem Angebot oder dem Kostenvoranschlag ausgewiesenen Betrag, höchstens jedoch bis zum 1,6-fachen des Betrages nach Anlage 3, als beihilfefähig anerkannt werden.[27]

§ 27
Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen

(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.

(2) [1]Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19, 26 und 29, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind. [3]§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(3) [1]Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen sind unter den Voraussetzungen des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütungen, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. [2]§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(4) [1]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. [2]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. [3]§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(5) [1]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. [2]Dies gilt ebenso für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung zur Klinischen Neuropsychologin, zum Klinischen Neuropsychologen oder mit einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation. [3]Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,
2. bei Einzelbehandlung
   a) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder

b) bis zu 160 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten,

3. bei Gruppenbehandlung
   a) bis zu 40 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 100 Minuten oder
   b) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten.

[4]Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die Gesamtsitzungszahl auf die nach Satz 2 Nummer 2 genannte Zahl begrenzt. [5]Die notwendige Einbeziehung von Bezugspersonen ist nur innerhalb des in den Sätzen 2 und 3 genannten Gesamtsitzungsumfangs beihilfefähig.

(6) [1]Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütung beihilfefähig, die nach den Verträgen zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder entsprechenden Vereinbarungen von privaten Krankenversicherungsunternehmen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind. [2]§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.[28]

§ 28
Mobilitätstraining für Blinde

(1) [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.

[2]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
Soziotherapie

(1) [1]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. [2]Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. [3]Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind

1. folgende Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises:
   a) Schizophrenie,
   b) schizotype Störung,
   c) anhaltende wahnhafte Störung,
   d) induzierte wahnhafte Störung und
   e) schizoaffektive Störung

   und
2. folgende affektive Störungen:
   a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,
   b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und
   c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

(2) Aufwendungen einer Krankenpflegekraft sind im Umfang und bis zur Höhe der Kosten, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, beihilfefähig.[30]

§ 30
Häusliche Krankenpflege

(1) [1]Häusliche Krankenpflege umfasst

1. Grundpflege,
2. hauswirtschaftliche Versorgung und
3. Behandlungspflege.

[2]Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder psychotherapeutisch schriftlich oder elektronisch verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege, auch wenn diese außerhalb des Haushalts der zu pflegenden Person erbracht wird, sowie Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen von Berufspflegekräften oder geeigneten Ersatzpflegekräften bis zur Höhe der örtlichen Vergütungssätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die in vergleichbaren Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

(3) [1]Wird die häusliche Krankenpflege durch Personen durchgeführt, die mit der zu pflegenden Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, sind Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person beihilfefähig. [2]§ 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. [3]Eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung ist bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte, höchstens jedoch monatlich bis zur Höhe von 60 Prozent des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder vom 12. Oktober 2006 (MBl. SMF 2007 S. 1, 2), der zuletzt durch den Änderungstarifvertrag in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 2022 (Bayerisches Ministerialblatt Nr. 491 S. 5) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7 Stufe 5 beihilfefähig, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder im Umfang einer solchen eingeschränkt wird. [4]Für Teilmonatsberechnungen ist der Monat mit 30 Tagen anzusetzen. [5]Wird die häusliche Krankenpflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Absatz 2 Anwendung.[31]

§ 30a
Kurzzeitkrankenpflege

Ist die häusliche Krankenpflege nach § 30 Absatz 1 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher im

Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 vor, sind die Aufwendungen einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen Kurzzeitkrankenpflege in einer vollstationären Einrichtung entsprechend § 52 Absatz 1 beihilfefähig.

§ 31
Palliativversorgung und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

(1) [1]Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. [2]§ 37b Absatz 1 Satz 2 bis 4, Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre palliativ-medizinische Versorgung einschließlich Unterkunft und Verpflegung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Verordnung bis zur Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden Zuschusses beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nach ärztlicher Bescheinigung nicht erbracht werden kann.

(3) [1]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. [2]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]

§ 31a
Klinisches Krebsregister

[1]Erkranken beihilfeberechtigte Personen oder berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, sind die personenbezogenen Aufwendungen oder Kosten beihilfefähig für jede

1. verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor im Sinne von § 65c Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (fallbezogene Krebsregisterpauschale) und
2. landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister in Sinne von § 65c Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Meldevergütung).

[2]In einer Vereinbarung mit dem für die Meldung zuständigen klinischen Krebsregister kann auch ein Verfahren der unmittelbaren Abrechnung der Kosten nach Satz 1 mit der Festsetzungsstelle geregelt werden. [3]Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen oder Kosten entfällt, wenn das für die Meldung zuständige klinische Krebsregister außerhalb des Anwendungsbereichs dieser Verordnung eine pauschale finanzielle Förderung aus öffentlichen Mitteln erhält; § 4 Absatz 3 Satz 2 ist nicht anzuwenden.[33]

Unterabschnitt 7
Ergänzende Leistungen

§ 32
Fahrtkosten

(1) [1]Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich, zahnärztlich oder psychotherapeutisch verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
3. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung und
6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens erforderlich ist.

[2]Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist. [3]Aufwendungen nach Satz 1 sind ohne ärztliche Verordnung dem Grunde nach beihilfefähig, wenn

1. beihilfeberechtigte Personen oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder den Pflegegrad 3 oder höher nachweisen oder
2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, onkologischen Chemotherapie oder anlässlich einer notwendigen Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgen müssen.

(2) Aufwendungen für Rettungsfahrten und -flüge sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(3) [1]Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Sächsische Reisekostengesetz vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866, 876), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug nur nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes gewährt wird. [2]Bei Fahrten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 und Absatz 2 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig. [3]Bei Fahrten nach Absatz 1 ist der beihilfefähige Betrag um 10 Euro je einfache Fahrt zu min-

dern. [4]Ausgenommen hiervon sind Fahrten unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 und Fahrten von Spendern nach § 47 Absatz 4.

(4) [1]Ist für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

[2]In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. [3]§ 44 Absatz 5 Satz 4 und 5 bleibt unberührt.[34]

§ 33
Unterkunfts- und Verpflegungskosten

(1) [1]Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Untersuchungen und Behandlungen mit Ausnahme von Kuren (§ 39) sind bis zur Höhe des nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes geregelten Betrages beihilfefähig. [2]Auswärtig sind Untersuchung und Behandlung, wenn sie mehr als 30 Kilometer vom Wohnort entfernt erfolgen oder eine tägliche Rückkehr zur Wohnung unzumutbar ist, weil bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Abwesenheit von der Wohnung mehr als 12 Stunden oder die benötigte Zeit für das Zurücklegen der Strecke zwischen Wohnung und Behandlungsort und zurück mehr als 3 Stunden beträgt. [3]Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft und Verpflegung in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) [1]Aufwendungen nach Absatz 1 sind für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. [2]Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Ausland sind bis zur Höhe der Auslandstagegeld- und -übernachtungskostensätze nach § 1 der Sächsischen Auslandsreisekostenverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 2012 (SächsGVBl. S. 535), die zuletzt durch die Verordnung vom 25. Juni 2015 (SächsGVBl. S. 445) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, beihilfefähig.[35]

§ 34
Kommunikationshilfen

Sind aufgrund einer Hör- oder Sprachbehinderung Kommunikationshilfen im Sinne von § 2 Nummer 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung vom 20. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 499), die durch die Verordnung vom 2. Januar 2023 (SächsGVBl. S. 6) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen im Einzelfall erforderlich, sind die

hierfür entstandenen Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 5 Absatz 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung beihilfefähig.[36]

§ 35
Familien- und Haushaltshilfe

(1) [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.

[2]Sie werden der außerhäuslich untergebrachten oder verstorbenen Person zugeordnet.

(2) [1]Die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 liegen auch vor,

1. für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung oder der Durchführung einer ambulanten Operation oder
2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird.

[2]Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für eine allein im Haushalt lebende beihilfeberechtigte Person beihilfefähig, wenn nur die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 vorliegt.

(3) [1]Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind beihilfefähig bis zu einem Betrag von 12,41 Euro je Stunde, höchstens aber 99,28 Euro je Tag. [2]Im Todesfall der den Haushalt führenden Person sind die Aufwendungen für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. [3]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. [4]§ 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.

(4) [1]Wird statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe die hilfsbedürftige Person in einem Heim untergebracht, sind die notwendigen Aufwendungen hierfür bis zur Höhe der Vergütungssätze der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. [2]Bei Unterbringung der hilfsbedürftigen Personen in einem fremden Haushalt sind die Aufwendungen bis zur Höhe der in Absatz 3 Satz 1 genannten Sätze beihilfefähig. [3]Erfolgt die Unterbringung im Haushalt einer Person, die mit der hilfsbedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist, sind nur die Fahrtkosten dem Grunde nach beihilfefähig. [4]Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrtkosten nach § 32 Absatz 3 Satz 1

einmalig jeweils für die Hin- und Rückfahrt der hilfsbedürftigen Person zum außerhäuslichen Unterbringungsort sowie einer Begleitperson, soweit eine Begleitung notwendig ist.

(5) [1]Aufwendungen für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

1. eine ambulante ärztliche Untersuchung oder Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
3. die Untersuchung oder Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

[2]Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine medizinisch notwendige Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. [3]Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer. [4]Werden bei Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienstort statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. [5]Wird die Familien- und Haushaltshilfe von nicht im Haushalt lebenden nahen Angehörigen der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe nach Absatz 3 Satz 1 anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

(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]

§ 36
Überführungskosten in Todesfällen

[1]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. [2]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]

Abschnitt 3
Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren

§ 37
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Die medizinische Rehabilitation umfasst alle ambulant oder stationär durchgeführten ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen zur Wiederherstellung körperlicher Funktionen und Organfunktionen, der Gesundheit, gesellschaftlicher, beruflicher und schulischer Teilhabe eines erkrankten oder verletzten Menschen über die in den §§ 8 bis 30a genannten Leistungen hinaus.

(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Heilbehandlungen im Anschluss oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer Krankenhausbehandlung in geeigneten spezialisierten Einrichtungen (Anschlussheilbehandlung),
2. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, oder in Krankenhäusern,
3. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, soweit das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder schwerbehindert ist,
4. Familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert, in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
5. Entwöhnungen im Rahmen einer Suchtbehandlung einschließlich ambulanter Nachsorge in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
6. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Erweiterte Ambulante Physiotherapie in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in Wohnortnähe und
7. ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne von § 64 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) [1]Aus Anlass von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16, 20 Absatz 1 Nummer 4 und §§ 21 bis 29 beihilfefähig. [2]Daneben sind beihilfefähig Aufwendungen für:

1. Fahrtkosten
   a) nach Maßgabe des § 32 Absatz 3, wobei bei stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 5 der beihilfefähige Höchstbetrag für Aufwendungen der An- und Abreise je Gesamtmaßnahme auf 230 Euro begrenzt und eine Minderung nach § 32 Absatz 3 Satz 3 nicht vorzunehmen ist, und
   b)

der Eltern anlässlich des Besuchs ihres in einer stationären Rehabilitationseinrichtung im Sinne von Absatz 2 Nummer 1, 2, 4 oder Nummer 5 untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist,

2. durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannte Begleitpersonen oder Pflegekräfte,
3. Kurtaxe, auch für Begleitpersonen nach Nummer 2,
4. einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Unterkunft und Verpflegung
   a) bei ambulant durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 nach Maßgabe des § 33 Absatz 1, wobei die Beihilfefähigkeit bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 6 auf höchstens 21 Tage begrenzt ist, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich und
   b) bei stationär durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 in Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, bei gesonderter Berechnung der Unterkunft als Wahlleistung bis zum niedrigsten Tagessatz eines Zweibettzimmers, wobei die Beihilfefähigkeit begrenzt ist
      aa) bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 2 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
      bb) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages und
      cc) für eine Begleitperson auf 70 Prozent des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung für eine höchstens der Bewilligung für den Begleiteten entsprechenden Zeitdauer der Maßnahme zuzüglich des An- und Abreisetages

   und
6. ausgefallene Arbeitseinkünfte des berufstätigen Elternteils bei einer Maßnahme nach Absatz 2 Nummer 4.

(4) [1]Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 1, die die Leistungen nach den §§ 8, 9, 16, 21 bis 29, den ärztlichen Schlussbericht, die Unterkunft, die Verpflegung, die Pflege und gegebenenfalls Wahlleistungen nach § 20 Absatz 1 Nummer 4 beinhalten, sind bis zum niedrigsten Satz der jeweiligen Abteilung beihilfefähig. [2]Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 6, die die in Satz 1 genannten Leistungen enthalten, sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. [3]§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt. [4]Für Kinder, die bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. [5]Aufwendungen für das Kind nach Satz 4 sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. [6]Die Aufwendungen der Familienorientierten Rehabilitation

nach Absatz 2 Nummer 4 und die ausgefallenen Arbeitseinkünfte nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 werden dem erkrankten Kind zugerechnet. [7]Aufwendungen für eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie sind je Behandlungstag bis zur Höhe des in Nummer 15 der Anlage 3 genannten Betrages beihilfefähig; die Leistungen nach den Nummern 3 bis 46 der Anlage 3 sind daneben nicht beihilfefähig. [8]Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 2 Nummer 7 sind bis zur Höhe von 12 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.[39]

§ 38
Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) [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. [2]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. [3]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.

(3) [1]Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. [2]Die beihilfeberechtigte Person hat durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind,
3. ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 6 erzielt werden kann und
4. gegebenenfalls eine Begleitperson notwendig ist.

[3]Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 oder eine Kur nach § 39 durchgeführt wurde, es sei denn, nach einem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine solche Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig. [4]Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Aner-

kennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.

(4) [1]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. [2]Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die ausgewählte Einrichtung beizufügen. [3]Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Fahrtkosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. [4]Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 6 Absatz 1 Satz 1 genannten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat. [5]Die Begrenzung nach § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 ist nicht anzuwenden.[40]

§ 39
Kuren

(1) Kuren sind ärztlich verordnete Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit, Beseitigung von Regulationsstörungen und Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit durch Anwendung ortsgebundener Mittel.

(2) [1]Für beihilfeberechtigte Personen nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes sind Aufwendungen für ambulante Kuren und Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beihilfefähig, wenn die Kur unter Anwendung von Heilmitteln gemäß § 26 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten Kurort durchgeführt wird, wobei Kuren im Inland nur dann dem Grunde nach beihilfefähig sind, wenn sie in einem in Anlage 4 aufgeführten Kurort erfolgen. [2]Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden.

(3) [1]Anlässlich einer Kur sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 26 beihilfefähig. [2]Daneben sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 44 Euro täglich und der Begleitpersonen in Höhe von 33 Euro täglich für jeweils höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages beihilfefähig. [3]§ 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 4 gilt entsprechend.

(4) [1]Aufwendungen für Kuren sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur dem Grunde nach anerkannt hat. [2]Die beihilfeberechtigte Person hat durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass

1. die Kurmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und

3. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient.

[3]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. [4]§ 38 Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(5) [1]Für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für eine ambulante Kur am Toten Meer wegen Erkrankung an Neurodermitis oder Psoriasis in einem anerkannten Kurort im Umfang des Absatzes 3 beihilfefähig, wenn durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass

1. die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind,
2. die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und
3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach vorher anerkannt hat.

[2]Aufwendungen für Fahrtkosten einschließlich Flug- und Fährkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 700 Euro je Gesamtmaßnahme beihilfefähig. [3]Ist die Einrichtung als stationäre Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt und hat diese eine pauschale Vergütungsvereinbarung mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, in der Aufwendungen für Flug, Transfer, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung enthalten sind, sind die Aufwendungen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Pauschale beihilfefähig.

(6) Für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt § 38 Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend.[41]

Abschnitt 4
Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten

§ 40
Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen

(1) [1]Aufwendungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]§ 20i Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorsehen kann.

(2) § 59 Absatz 1 findet auf Impfstoffe keine Anwendung.

(3) [1]Aufwendungen für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, für ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, sind nach Maßgabe von § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. [2]Dies umfasst auch Aufwendungen für ärztlich schriftlich oder elektronisch verordnete Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe.

(4) Aufwendungen für bestimmte Schutzimpfungen oder für bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Trägern der Krankenversicherung zu tragen wären, sind beihilfefähig, soweit diese Leistungen nicht zu Lasten anderer Kostenträger erbracht werden.[42]

§ 41
Früherkennungsuntersuchungen

(1) [1]Aufwendungen für alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus, sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]§ 25 Absatz 1, 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) [1]Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]§ 25 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(3) Das Staatsministerium der Finanzen kann für geeignete Gruppen eine von § 25 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abweichende Altersgrenze und Häufigkeit der Untersuchungen sowie weitere Untersuchungen bestimmen.

(4) Aufwendungen, die Personen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs nach Maßgabe der Anlage 5 beihilfefähig.

(5) Aufwendungen, die den betroffenen Personen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs nach Maßgabe der Anlage 5a beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion sind bei Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr einmal im Kalenderjahr beihilfefähig.[43]

§ 42
Kinderuntersuchungen

[1]Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, beihilfefähig. [2]§ 26 Absatz 1 Satz 1 bis 4 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vorsehen kann.

§ 43
Verhütung von Zahnerkrankungen

(1) [1]Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten für Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind beihilfefähig. [2]§ 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) [1]Zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind die Aufwendungen für Kinder, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, einmal in jedem Kalenderhalbjahr beihilfefähig. [2]§ 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(3) Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4005, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig.

(4) [1]Aufwendungen für die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge sind für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige, die einem Pflegegrad im Sinne von § 48 Absatz 1 Satz 1 zugeordnet sind, beihilfefähig. [2]§ 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.[44]

Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44
Schwangerschaft und Geburt

(1) [1]Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind dem Grunde nach beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung,

2. entsprechend Abschnitt 2 und § 47 Absatz 1,
3. für die Hebamme,
4. für von Hebammen geleitete Einrichtungen bis zur Höhe der nach § 134a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossenen Verträge,
5. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 30 gepflegt wird; § 30 Absatz 3 gilt entsprechend,
6. für das Kind entsprechend § 20 und
7. für Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins für den Dienstherrn der beihilfeberechtigten Person.

[2]Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. [3]Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 bis 5 und 7 gelten als Aufwendungen der Schwangeren. [4]Dies gilt auch für Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 6 für das gesunde Neugeborene.

(2) [1]Aufwendungen für Leistungen von Hebammen sind angemessen, soweit sie die Höchstbeträge der Anlage 6 nicht übersteigen. [2]Ist in der Anlage 6 eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen. [3]Zuschläge als erhöhte Leistungsnummer sind allgemein oder in besonderen Fällen beihilfefähig; ein allgemeiner Zuschlag ist für Leistungen, die in der Zeit zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, an Samstagen ab 12 Uhr und an Sonn- und Feiertagen erbracht werden, beihilfefähig; ein besonderer Zuschlag ist beihilfefähig, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage 6 aufgeführt ist. [4]Auslagen und Materialien sind bis zur Höhe der in Anlage 6 Nummer 33.1 bis 39.2 festgelegten Pauschalbeträge beihilfefähig. [5]Angewandte Arzneimittel sind in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig; § 59 Absatz 1 findet insoweit keine Anwendung.

(3) [1]Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind nach Maßgabe des § 24a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. [2]Aufwendungen für ärztlich schriftlich oder elektronisch verordnete hormonelle Kontrazeptiva einschließlich Notfallkontrazeptiva und Intrauterinpessare sind bei Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig. [3]§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) [1]Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150 Euro gewährt (Geburtspauschale). [2]Dies gilt auch, wenn die beihilfeberechtigte Person ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in ihren Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. [3]Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird diese Beihilfe nur einmal gezahlt; sie soll der Mutter gewährt werden.

(5) [1]Ist bei beihilfeberechtigten Personen im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne eigenen Haushalt im Inland in Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet, sind zusätzlich die am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft für die Schwangere bis zur Höhe von 88 Euro je Über-

nachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 44 Euro je Übernachtung beihilfefähig, wenn der Entbindungsort im Inland liegt. [2]Aufwendungen für die Unterkunft am Entbindungsort nach Satz 1 sind bis zur Dauer von sechs Wochen vor und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. [3]Fahrtkosten vom Dienstort zum Entbindungsort nach Satz 1 sind nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1 beihilfefähig. [4]Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten für eine Begleitperson sind der Schwangeren zuzurechnen.[45]

§ 45
Künstliche Befruchtung

(1) [1]Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung notwendig sind,
2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,
3. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
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.

[2]Die beihilfefähigen Behandlungsmethoden und die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 richten sich nach Anlage 7. [3]Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. [4]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für weibliche Personen, die das 40. Lebensjahr und für männliche Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. [5]Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Maßnahmen, die bei der beihilfeberechtigten Person selbst durchgeführt werden. [6]Aufwendungen für Maßnahmen, die bei der oder dem berücksichtigungsfähigen Erwachsenen durchgeführt werden, sind dieser Person zuzuordnen. [7]Sie sind nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorliegen. [8]§ 5 Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt.

(2) Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ist nur bei künstlichen Befruchtungen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht, anzuwenden.

(3) [1]Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen sind beihilfefähig, wenn diese im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfolgt und die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen. [2]Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen nach Satz 1 sind beihilfefähig, soweit und solange die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen, längstens jedoch für die Dauer von drei Jahren.

(4) [1]Aufwendungen für die Kryokonservierung einschließlich Entnahme, vorhergehender Aufbereitung und nachfolgender Lagerung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen einschließlich hormoneller Stimulation können in medizinisch begründeten Ausnahmefällen als beihilfefähig anerkannt werden. [2]Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe nach Satz 1 sind höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4, längstens jedoch für die Dauer von 15 Jahren beihilfefähig.[46]

§ 46
Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

(1) [1]Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit notwendig ist. [2]Aufwendungen für eine Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung sind beihilfefähig, wenn die Sterilisierung aufgrund einer Krankheit notwendig war.

(2) [1]Aufwendungen für einen nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig. [2]Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft sind die Aufwendungen mit Ausnahme der in § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen beihilfefähig. [3]Beihilfefähig sind in den Fällen des Satzes 2 auch die Aufwendungen einer erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches.

§ 47
Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende

(1) Aufwendungen im Zusammenhang mit Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen (Erste Hilfe) sind neben Aufwendungen nach Abschnitt 2 und § 44 Absatz 1 beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig.

(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) [1]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. [2]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. [3]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Untersuchung und Behandlung von

Folgeerkrankungen der spendenden Person. [4]Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von der spendenden Person nachgewiesen wird. [5]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. [6]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. [7]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) [1]Aufwendungen für die Registrierung von beihilfeberechtigten Personen und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan und nach Geweben sind beihilfefähig. [2]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]

Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48
Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) [1]Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. [2]Die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähigen Aufwendungen nach Maßgabe dieses Abschnitts dem Grunde nach beihilfefähig.

(2) Beihilfe zu Pflegeleistungen wird ab Beginn des Monats der Antragstellung, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, gewährt.

(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]

§ 48a
Aufwendungen bei Pflegegrad 1

(1) Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für

1. Beratungsbesuche (§ 49 Absatz 6),
2. die Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 49a Absatz 2),
3. die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 52a),
4. Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 54) sowie
5. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§§ 50, 52 und 55)

und den pauschalen Zuschlag nach § 49a Absatz 1, ohne dass die Voraussetzungen des § 49a Absatz 1 Nummer 2 erfüllt sein müssen.

(2) [1]Bei Pflegebedürftigen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung und Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe des § 49b Absatz 1 beihilfefähig. [2]§ 49b Absatz 2 Nummer 2 gilt entsprechend.

(3) [1]Aufwendungen im Sinne von § 53 Absatz 2 für Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind nach Maßgabe des § 53 Absatz 2 beihilfefähig. [2]Der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 53 Absatz 2 kann auch für Aufwendungen gewährt werden, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der häuslichen Pflegehilfe (§ 49 Absatz 1),
2. der teilstationären Pflege (§ 50),
3. der Kurzzeitpflege (§ 52) oder
4. anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 53 Absatz 1)

entstehen.

(4) [1]Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege im Sinne von § 55 Absatz 1 für Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind bis zu dem in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrag beihilfefähig. [2]§ 55 Absatz 4 findet keine Anwendung.[49]

§ 49
Häusliche Pflege

(1) [1]Aufwendungen für häusliche Pflege in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) sind bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig, soweit sie von geeigneten Pflegekräften erbracht werden. [2]Geeignete Pflegekräfte sind solche, die

1. bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit häuslicher Pflegehilfe versorgen,
2. bei der Pflegekasse angestellt sind,
3. von der privaten Pflegeversicherung zur häuslichen Pflegehilfe zugelassen sind oder
4. mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geschlossen haben.

(2) [1]Wird die häusliche Pflegehilfe durch andere geeignete Personen erbracht, wird anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 eine Pauschalbeihilfe bis zur Höhe der in § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge gewährt. [2]Sind die Voraussetzungen nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. [3]Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die oder der Pflegebedürftige gestorben ist. [4]Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld ist auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen; § 6 Absatz 1 bleibt unberührt. [5]Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

(3) [1]Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 Satz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt (Kombinationspflege). [2]Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 gewährt wird. [3]Pauschalbeihilfe wird ungekürzt für Aufwendungen von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.

(4) Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 oder der anteiligen Pauschalbeihilfe nach Absatz 3 wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und einer Kurzzeitpflege nach § 52 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(5) Übersteigen die notwendigen Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Absatz 1 Satz 1 die in Absatz 1 oder Absatz 3 genannten Höchstbeträge, sind die Aufwendungen in

1. Pflegegrad 2 bis höchstens 25 Prozent,
2. Pflegegrad 3 bis höchstens 50 Prozent,
3. Pflegegrad 4 bis höchstens 75 Prozent und
4. Pflegegrad 5 bis höchstens 100 Prozent

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 beihilfefähig.

(6) [1]Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne von § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ohne Anrechnung auf die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. [2]Der Umfang der

beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. [3]Werden Beratungsbesuche nicht abgerufen und kürzt oder entzieht die private oder soziale Pflegeversicherung deshalb nach § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Pflegegeld, wird die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 im gleichen Umfang gekürzt oder nicht gewährt.[50]

§ 49a
Ambulant betreute Wohngruppen

(1) Für Pflegebedürftige ist ein pauschaler Zuschlag in Höhe des in § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrages beihilfefähig, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne von § 48 Absatz 1 sind,
2. sie Leistungen nach § 49 Absatz 1 bis 3 oder § 53 beziehen,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

(2) Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbringt.

(3) § 38a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

§ 49b
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Auf Antrag sind beihilfefähig

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 3b des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab

1. für Pflegepersonen im Sinne von § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch
   a) zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 44 Absatz 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie
   b) zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 44 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 44 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. bei Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 1 Nummer 2
   a) zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung nach § 347 Nummer 6b Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch,
   b) zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 249c Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
   c) zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden entsprechend dem Bemessungssatz der oder des Pflegebedürftigen nach § 57 gewährt.[51]

§ 50
Teilstationäre Pflege

(1) [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. [2]§ 49 Absatz 5 und § 55 Absatz 3 Satz 1 gelten entsprechend.

(2) Wird ein pauschaler Zuschlag nach § 49a Absatz 1 gewährt, sind daneben Aufwendungen für teilstationäre Pflege nach Absatz 1 nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür entsprechende Leistungen erbringt.[52]

§ 51
Verhinderungspflege

(1) Ist eine Pflegeperson nach § 49 Absatz 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflegekraft (Verhinderungspflege) für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr bis zur Höhe des in § 39 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrages beihilfefähig.

(2) [1]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. [2]Notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegekraft im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, sind daneben auf Nachweis beihilfefähig; § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entspre-

chend. [3]Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zusammen bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 beihilfefähig; Absatz 3 findet Anwendung. [4]Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, finden die Absätze 1 und 3 Anwendung.

(3) [1]In den Fällen des Absatzes 1 kann bei einer Verhinderungspflege der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 um den Betrag bis zur Höhe des halben beihilfefähigen Höchstbetrages aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 erhöht werden. [2]Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

(4) § 39 Absatz 4 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.[53]

§ 52
Kurzzeitpflege

(1) [1]Kann die häusliche Pflege nach § 49 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, sind die Aufwendungen für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens acht Wochen im Kalenderjahr bis zur Höhe der in § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig. [2]Erfolgt die Unterbringung vollstationär, wurde aber eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 nicht oder noch nicht festgestellt, sind die für die Pflege anfallenden Aufwendungen nach Maßgabe des Satzes 1 beihilfefähig.

(2) [1]Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 Satz 1 kann um den beihilfefähigen Höchstbetrag nach § 51 Absatz 1 für Verhinderungspflege erhöht werden, soweit dieser Betrag noch nicht in Anspruch genommen wurde. [2]Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 51 Absatz 1 angerechnet.

(3) § 42 Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und § 55 Absatz 3 Satz 1 gelten entsprechend.[54]

§ 52a
Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) [1]Aufwendungen im Sinne des § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die Versorgung Pflegebedürftiger in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der oder des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. [2]Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, Unterkunft und Verpflegung sowie betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen und Fahr- und Gepäcktransportkosten. [3]§ 32 gilt mit der Maßgabe, dass Aufwendungen für solche Beförderungsmittel beihilfefähig

sind, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(2) Kann die pflegerische Versorgung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 nicht sichergestellt werden, sind Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 55 Absatz 1 Satz 1 nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 beihilfefähig.

(3) Während der Versorgung der oder des Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 oder einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 ruht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder anteilige Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 3.[55]

§ 53
Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag

(1) [1]Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind dem Grunde nach beihilfefähig, soweit die beihilfefähigen Höchstbeträge nach § 49 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft wurden. [2]Beihilfefähig nach Satz 1 sind Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 1 je Kalendermonat; sie mindern den Anspruch nach § 49 Absatz 1 entsprechend. [3]Dies gilt im Rahmen der Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 entsprechend. [4]§ 49 Absatz 5 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag höchstens bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 5 je Kalendermonat beihilfefähig sind. [5]§ 49 Absatz 6 gilt entsprechend.

(2) [1]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

1. der häuslichen Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (§ 49 Absatz 1), in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
2. der teilstationären Pflege (§ 50),
3. der Kurzzeitpflege (§ 52) oder
4. anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag (Absatz 1),

entstehen, sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat, höchstens jedoch bis zu dem in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrag (Entlastungsbetrag). [2]Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Monat nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in die folgenden Monate des Kalenderjahres übertragen werden. [3]Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.[56]

§ 54
Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes

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

(3) [1]Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen sind in entsprechender Anwendung des § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt; beihilfefähig ist der Betrag, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird. [2]Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nach Satz 1 nur zur Hälfte gewährt.[57]

§ 55
Vollstationäre Pflege

(1) [1]Aufwendungen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne von § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung entstehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 30 Beihilfe gewährt wird, bis zu den in § 43 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträgen. [3]Abweichend von Satz 2 sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig, soweit die in Satz 2 genannten Aufwendungen den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Satz 2 nicht übersteigen. [4]Die beihilfefähigen Aufwendungen im Sinne der Sätze 2 und 3 dürfen insgesamt den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Satz 2 nicht übersteigen. [5]§ 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

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

(3) [1]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. [2]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) [1]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. [2]Der Eigenanteil beträgt bei beihilfeberechtigten Personen 55 Prozent des Einkommens. [3]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. [4]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) [1]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 § 40 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
2. die Anwärterbezüge im Sinne von § 2 Absatz 2 Nummer 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
3. die Amtszulagen nach § 42 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
4. der Zuschlag zur Ergänzung des Grundgehaltes nach § 61 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
5. 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,
6. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt,
7. der Zahlbetrag der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
8. das Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit,
9. die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit, wobei Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen sind, und
10. die Lohnersatzleistungen

der beihilfeberechtigten Person und der oder des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen. [2]Bei Einkommen nach Satz 1 Nummer 1 bis 8 ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. [3]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. [4]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. [5]Bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummern 9 bis 11 gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend. [6]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. [7]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.[58]

§ 56
Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

[1]Aufwendungen für Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung 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, sind dem Grunde nach beihilfefähig. [2]§ 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

§ 57
Bemessung der Beihilfe

(1) [1]Die Beihilfe wird als prozentualer Anteil der erstattungsfähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. [2]Maßgeblich ist der Bemessungssatz in dem in § 4 Absatz 1 genannten Zeitpunkt. [3]Pauschalen können gezahlt werden, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist.

(2) [1]Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. Besoldungsempfängerinnen und Besoldungsempfänger,
   a) wenn kein Kind berücksichtigungsfähig ist oder wenn Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes besteht, 50 Prozent,
   b) wenn ein Kind berücksichtigungsfähig ist und kein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes besteht, 70 Prozent,
   c) wenn zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind und kein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes besteht, 90 Prozent,

2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Ruhegehalt,
   a) wenn weniger als zwei Kinder berücksichtigungsfähig sind, 70 Prozent,
   b) wenn zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind, 90 Prozent,
3. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag als frühere Beamtinnen und Beamte oder mit Anspruch auf Übergangsgeld 70 Prozent,
4. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag als Hinterbliebene von früheren Beamtinnen und Beamten,
   a) die als Witwen, Witwer oder Waisen einen Unterhaltsbeitrag nach § 45 oder § 82 Absatz 4 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes beziehen, 90 Prozent; bei Witwen oder Witwern gilt dies nur, wenn die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorliegen, wobei die der Hinterbliebenenversorgung zu Grunde liegenden Versorgungsbezüge nicht beim Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes zu berücksichtigen sind,
   b) in allen anderen Fällen
      aa) als Witwen oder Witwer 70 Prozent,
      bb) als Waisen 80 Prozent,
5. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag nach § 42 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes 90 Prozent,
6. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Witwengeld,
   a) wenn die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorliegen, wobei die der Hinterbliebenenversorgung zu Grunde liegenden Versorgungsbezüge nicht beim Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes zu berücksichtigen sind, 90 Prozent,
   b) in allen anderen Fällen 70 Prozent,
7. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Waisengeld 90 Prozent,
8. berücksichtigungsfähige Erwachsene
   a) von Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag als frühere Beamtinnen und Beamte, wenn sie keinen Unterhaltsbeitrag nach § 41 oder § 82 Absatz 4 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes beziehen, 70 Prozent,
   b) in allen anderen Fällen 90 Prozent,
9. berücksichtigungsfähige Kinder
   a) von Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag als frühere Beamtinnen und Beamte, wenn sie keinen Unterhaltsbeitrag nach § 41 oder § 82 Absatz 4 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes beziehen, 80 Prozent,
   b) in allen anderen Fällen 90 Prozent.

[2]In den Fällen des Satzes 1 Nummer 4 Buchstabe a, Nummer 6 Buchstabe a und Nummer 8 Buchstabe b beträgt der Bemessungssatz 70 Prozent für

1. am 1. Januar 2024 vorhandene Witwen und Witwer sowie
2. Witwen und Witwer, deren Versorgungsfall nach dem 1. Januar 2024 eingetreten ist, sowie berücksichtigungsfähige Erwachsene, wenn sie nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, auch wenn sie einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gestellt haben.

[3]In den Fällen des Satzes 1 Nummer 4 Buchstabe a und Nummer 7 beträgt der Bemessungssatz für am 1. Januar 2024 vorhandene Waisen 80 Prozent.

(3) [1]Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b beträgt der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 70 Prozent und bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c oder Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b beträgt der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 90 Prozent. [2]Bei den anderen beihilfeberechtigten Personen beträgt der Bemessungssatz 50 Prozent, wenn sie Besoldungsempfängerinnen oder Besoldungsempfänger nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sind, und 70 Prozent, wenn sie Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Ruhegehalt nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 sind. [3]Sind mehr als zwei Kinder berücksichtigungsfähig, findet Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b bei den anderen beihilfeberechtigten Personen keine Anwendung. [4]Die beihilfeberechtigten Personen können gegenüber der zuständigen Festsetzungsstelle einvernehmlich und grundsätzlich unwiderruflich erklären, wem der erhöhte Bemessungssatz zuzuordnen ist, sofern nicht aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist. [5]Eine Änderung der Erklärung ist nur in Ausnahmefällen zulässig. [6]Besteht keine Zuordnung nach beihilferechtlichen oder anderweitigen Regelungen und wird die Erklärung nach Satz 4 nicht abgegeben, wird derjenigen beihilfeberechtigten Person der erhöhte Bemessungssatz zugeordnet, die den Familienzuschlag nach § 2 Absatz 1, den Auslandszuschlag nach § 2 Absatz 2 oder vergleichbare Leistungen für das oder 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. [7]Die Bestimmung nach den Sätzen 1 bis 6 ist nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder Buchstabe c oder Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b nicht mehr zulässig. [8]Der Bemessungssatz vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn nach dem 31. Dezember 2023 Kinder berücksichtigungsfähig sind. [9]Er vermindert sich auch nicht, wenn aufgrund einer Eheschließung nur noch einer beihilfeberechtigten Person ein erhöhter Bemessungssatz nach Satz 1 zustehen würde.

(4) Bei am 31. Dezember 2023 vorhandenen beihilfeberechtigten Personen, bei denen Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b oder c keine Anwendung findet und denen nach § 57 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustand oder im Fall einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge zugestanden hätte, wenn keine Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 2 des Sächsischen Beamtengesetzes bestand, beträgt der Bemessungssatz 70 Prozent.

(5) [1]Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen in Pflegefällen nach Abschnitt 6 abweichend von den Absätzen 2 bis 4 für

1. Besoldungsempfängerinnen und Besoldungsempfänger, wenn
   a) weniger als zwei Kinder berücksichtigungsfähig sind, 50 Prozent,
   b) zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind, 70 Prozent,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Ruhegehalt, Unterhaltsbeitrag als frühere Beamtinnen und Beamte, Witwengeld oder Übergangsgeld 70 Prozent,
3. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag als Hinterbliebene von früheren Beamtinnen und Beamten als
   a) Witwen oder Witwer 70 Prozent,
   b) Waisen 80 Prozent,
4. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag nach § 42 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes oder Waisengeld 80 Prozent,
5. berücksichtigungsfähige Erwachsene 70 Prozent,
6. berücksichtigungsfähige Kinder 80 Prozent.

[2]Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b beträgt der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 70 Prozent. [3]Absatz 3 Satz 2 bis 5 und 7 gilt für den Bemessungssatz von 70 Prozent entsprechend. [4]Der Bemessungssatz vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn nach dem 31. Dezember 2012 zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind.

(6) [1]Der Bemessungssatz für Aufwendungen entpflichteter Hochschullehrkräfte beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 3 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein höherer Bemessungssatz zustünde. [2]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 90 Prozent.

(7) [1]Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich der in Absatz 5 Satz 1 genannten Aufwendungen 50 Prozent. [2]Soweit die erstattungsfähigen Aufwendungen die jeweiligen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, sind die Absätze 5, 6 und 10 anzuwenden.

(8) Für erstattungsfähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

(9) [1]Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 verbleibender erstattungsfähiger Differenzbetrag zu 100 Prozent erstattet (Differenzkostenbeihilfe). [2]Erstattungsfähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung weder Leistungen noch Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach den Absätzen 2 bis 4 und 6 maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.

(10) [1]In den Fällen des § 49 Absatz 5 und des § 50 Absatz 1 Satz 2 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent. [2]In den Fällen des § 55 Absatz 5 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen auf 100 Prozent.

(11) [1]Für beihilfeberechtigte Personen im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach § 48 Absatz 3 und den §§ 48a bis 56 auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. [2]Beschränkt sich diese Leistung lediglich auf das Pflegegeld im Sinne von § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass sie auf die Beihilfe anzurechnen ist.

(12) Für Aufwendungen nach § 36 beträgt der Bemessungssatz 100 Prozent.

(13) Die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, kann den Bemessungssatz erhöhen

1. für erstattungsfähige Aufwendungen infolge einer Krankheit, Verwundung oder sonstigen Beschädigung, die sich die beihilfeberechtigte Person bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat, soweit keine Ansprüche auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bestehen, und
2. in besonderen Ausnahmefällen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist.

(14) [1]Bei der Berechnung der Beihilfe sind die sich ergebenden Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden. [2]Zwischenrechnungen werden jeweils auf zwei Dezimalstellen durchgeführt.[59]

§ 58
(weggefallen)[60]

§ 59
Eigenbeteiligungen

(1) [1]Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um eine Eigenbeteiligung je verordnetes Arzneimittel, stoffliches Medizinprodukt und Verbandmittel zu mindern. [2]Diese beträgt 4 Euro bei einem Abgabepreis bis 16 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels oder Produkts, 4,50 Euro bei einem Abgabepreis von 16,01 Euro bis 26 Euro und 5 Euro bei einem Abgabepreis von mehr als 26 Euro. [3]Eine Minderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt nicht bei Aufwendungen für

1. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen,
2. Personen mit Versorgungsbezügen bis zur Höhe des um 10 Prozent erhöhten Mindestruhegehaltes gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes unter Berücksichtigung des Familienzuschlages der Stufe 1 nach § 55 Absatz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes in Verbindung mit § 40 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
3. Personen, die Leistungen nach § 55 Absatz 4 erhalten und
4. Schwangere.

(2) [1]Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung für Unterkunft nach § 20 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b, Absatz 2 Nummer 4 oder § 37 Absatz 3 Satz 1 ist von den beihilfefähigen Aufwendungen eine Eigenbeteiligung von 14,50 Euro je Aufenthaltstag in der stationären Einrichtung abzuziehen. [2]Aufnahme- und Entlassungstag sind insgesamt als ein Tag anzusehen.

(3) [1]Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Aufwendungen nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen. [2]Dies gilt für Eigenbeteiligungen nach Absatz 2 nur, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz der spendenden Person umfasst sind.[61]

§ 60
(weggefallen)[62]

§ 61
Belastungsgrenzen

(1) [1]Auf Antrag sind Minderungsbeträge nach § 32 Absatz 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 von den beihilfefähigen Aufwendungen von der Beihilfe bis zum Ende des Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, wenn die Belastungsgrenze überschritten ist. [2]Dabei sind die Beträge nur insoweit zu berücksichtigen als sie zu einer Minderung des zu erstattenden Betrages führen würden. [3]Die Abzugsbeträge für die Eigenbeteiligungen gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. [4]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.

(2) [1]Die Belastungsgrenze beträgt 1 Prozent der nach Absatz 1 Satz 4 maßgeblichen Einkünfte, wenn beihilfeberechtigte Personen oder berücksichtigungsfähige Angehörige schwerwiegend chronisch krank sind. [2]Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal je Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

1. es liegt eine Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 3 nach dem Zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor,
2. es liegt ein Grad der Behinderung nach den §§ 152 und 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch oder ein Grad der Schädigungsfolgen nach § 5 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch von mindestens 60 Prozent

vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss, oder

3. es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

(3) [1]Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils der Gesamtbetrag der Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags nach Absatz 1 Satz 1. [2]Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist bei Antragstellung mit Vorlage einer Kopie des Einkommensteuerbescheids oder anderer geeigneter Unterlagen zu belegen. [3]Steht der Gesamtbetrag der Einkünfte im Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht fest und macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass ihre Belastungsgrenze im maßgebenden Kalenderjahr bereits überschritten ist, kann ein Abzug der Beträge nach Absatz 1 Satz 1 unterbleiben.

(4) Wechselt die beihilfeberechtigte Person innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Absatz 2 genannten Dienstherrn, sind die beim bisherigen Dienstherrn in Abzug gebrachten Eigenbeteiligungen bei der Ermittlung der Belastungsgrenze beim neuen Dienstherrn zu berücksichtigen.[63]

Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften

§ 62
Verfahren

(1) [1]Die Beihilfe muss von der beihilfeberechtigten Person schriftlich oder elektronisch bei der zuständigen Festsetzungsstelle beantragt werden. [2]Hierfür sind im staatlichen Bereich die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formulare nach den Anlagen 8 bis 11 zu verwenden. [3]Zulässig sind auch entsprechende Formulare der elektronischen Datenverarbeitung. [4]Die Festsetzungsstelle kann die Formulare nach den Anlagen 8 bis 11 unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange anpassen, soweit dies für die elektronische Erfassung, Bearbeitung und Speicherung von Anträgen erforderlich ist. [5]Wenn die Festsetzungsstelle es zulässt, können bei einem elektronischen Beihilfeantrag die Unterlagen über Beihilfen elektronisch übermittelt werden. [6]Die Festsetzungsstelle kann bei elektronischer Beantragung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.

(2) [1]Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Unterlagen nachgewiesen sind, soweit in dieser Verordnung hierzu nichts anderes bestimmt ist oder die Festsetzungsstelle auf die Vorlage von Unterlagen verzichtet hat. [2]Für den Nachweis sind Zweitschriften oder Kopien der Unterlagen ausreichend.

(3) [1]Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. [2]Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis der beihilfeberechtigten Person zulässig. [3]Soweit Unterlagen zur Prüfung des Anspruchs auf Rabatte aus Arzneimittelver-

schreibungen 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. [4]Die in Papierform zugegangenen Beihilfebelege im Sinne des § 112 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 des Sächsischen Beamtengesetzes werden an die beihilfeberechtigte Person nach Festsetzung der Beihilfe zurückgesandt, soweit sie nicht vernichtet werden. [5]Werden Beihilfebelege in elektronischer Form gespeichert, sind in Papierform zugegangene Beihilfebelege abweichend von Satz 4 spätestens nach Abschluss der Bearbeitung zu vernichten.

(4) [1]Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im staatlichen Bereich auf das Bezügekonto der beihilfeberechtigten Person. [2]Nach deren Tod kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf dieses Konto gezahlt werden. [3]Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in Ausnahmefällen auf Antrag der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen. [4]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.

(6) [1]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. [2]Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das von der antragstellenden Person angegebene Konto.

(7) [1]Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der beantragten Aufwendungen, über Art und Umfang der Belegprüfung, 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. [2]Die Belegprüfung kann unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unter Vornahme einer Risikoabschätzung auf der Grundlage eines Risikomanagementsystems nach § 118 Absatz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes auf stichprobenartige Kontrollen beschränkt werden. [3]Die Festsetzungsstelle kann hierzu amts- und vertrauensärztliche Gutachten sowie Stellungnahmen sonstiger geeigneter Sachverständiger einholen. [4]In Pflegefällen nach Abschnitt 6 sollen der Entscheidung die für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellten Gutachten zu Grunde gelegt werden. [5]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) [1]Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung der Betroffenen an eine sachverständige Person übermittelt werden. [2]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) [1]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. [2]Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfegewährung von der Vorlage einer Übersetzung der Belege abhängig machen.[64]

§ 63
Antragsfrist

[1]Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. [2]Bei Pflegeleistungen ist für das Entstehen der Aufwendungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. [3]In den Fällen des § 44 Absatz 4 beginnt die Antragsfrist mit dem Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt. [4]Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 64
Verwaltungsvorschriften

Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Abschnitt 9
Pauschale Beihilfe[65]

§ 65
Antragstellung und Bewilligung

(1) [1]Die pauschale Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes muss von der beihilfeberechtigten Person schriftlich bei der zuständigen Festsetzungsstelle beantragt werden. [2]Hierfür ist im staatlichen Bereich das vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebene Formular nach Anlage 12 zu verwenden. [3]Die Festsetzungsstelle kann das Formular unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange anpassen, soweit dies für die elektronische Erfassung, Bearbeitung und Speicherung von Anträgen erforderlich ist.

(2) [1]Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der pauschalen Beihilfe dem Grunde nach wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. [2]Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis der beihilfeberechtigten Person zulässig.[66]

§ 66
Zahlung der pauschalen Beihilfe

(1) Die pauschale Beihilfe wird monatlich im Voraus gewährt, ohne dass es einer gesonderten Festsetzung durch Verwaltungsakt bedarf.

(2) Bei Veränderungen in der Höhe der pauschalen Beihilfe sind Überzahlungen mit den laufenden Zahlungen der pauschalen Beihilfe zu verrechnen.[67]

§ 67
Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge

Bei Beamtinnen und Beamten mit Anspruch auf Heilfürsorge, denen nach § 80a Absatz 8 des Sächsischen Beamtengesetzes pauschale Beihilfe für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt wird, besteht der Anspruch auf Beihilfe für sie selbst nach Maßgabe dieser Verordnung fort.[68]

Abschnitt 10
Übergangsvorschriften[69]

§ 68
Übergangsvorschriften

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

(2) [1]Für am 31. Dezember 2023 vorhandene Kinder gilt § 3 Absatz 5 erst ab dem 1. Januar 2025. [2]Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für vorhandene Kinder § 3 Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung.[70]

§ 69
Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes

(1) [1]Für am 31. Dezember 2016 vorhandene Pflegebedürftige im Sinne von § 48 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sind abweichend von Abschnitt 6 Aufwendungen bis zur Höhe der in § 49 Absatz 1 bis 3 und 6, §§ 50 und 53 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genannten Höchstbeträge, die sich mit Ausnahme des § 49 Absatz 6 aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ergeben, beihilfefähig, wenn dies günstiger ist. [2]Für den erhöhten beihilfefähigen Betrag nach § 53 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in Verbindung mit § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung gilt Absatz 3. [3]Kurzfristige Unterbrechungen lassen

den Besitzstandsschutz jeweils unberührt. [4]Im Übrigen gilt § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(2) [1]Ein Zuschlag nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Leistungen gewährt. [2]§ 53 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3) [1]§ 141 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. [2]Hierbei ist auf die Mitteilung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nach § 44 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzustellen.

(4) [1]Für am 31. Dezember 2016 vorhandene Pflegebedürftige, die ambulant oder stationär von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, und deshalb unter den Anwendungsbereich des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fallen, sind Aufwendungen bis zur Höhe der in Abschnitt 6 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genannten Höchstbeträge, die sich aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ergeben, beihilfefähig, wenn dies günstiger ist. [2]Dem Antrag ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.[71]

Anlagen

Anlage 1
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden[72]

Anlage 2
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilpraktikerleistungen[73]

Anlage 3
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel[74]

Anlage 4
Kurorteverzeichnis[75]

Anlage 5
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung[76]

Anlage 5a
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko[77]

Anlage 6
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen[78]

Anlage 7
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung

Anlage 8
Antrag auf Gewährung von Beihilfe[79]

Anlage 9
Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe[80]

Anlage 10
Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)[81]

Anlage 11
Antrag auf Gewährung von Pflegegeld[82]

Anlage 12
Antrag auf pauschale Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes[83]

1

Zur Beachtung: In den Fußnoten sind nur die Änderungen nach der umfassenden Änderung durch Verordnung vom 11. November 2020 (SächsGVBl. S. 590) einzeln nachgewiesen.

2

Inhaltsübersicht geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

3

§ 1 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

4

§ 2 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

5

§ 3 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

6

§ 4 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

7

§ 5 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

8

§ 6 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

9

§ 7 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

10

§ 7a geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

11

§ 8 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

12

§ 9 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

13

§ 11 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

14

§ 12 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

15

§ 15 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

16

§ 16 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

17

§ 16a geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

18

§ 17 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

19

§ 18 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

20

§ 18a geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

21

§ 19 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

22

§ 20 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

23

§ 21 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 30 der Verordnung vom 29. Oktober 2026 (SächsGVBl. S. 379)

24

§ 22 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 30 der Verordnung vom 29. Oktober 2026 (SächsGVBl. S. 379)

25

§ 23 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251), durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893) und durch Artikel 30 der Verordnung vom 29. Oktober 2026 (SächsGVBl. S. 379)

26

§ 24 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251), durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893) und durch Artikel 30 der Verordnung vom 29. Oktober 2026 (SächsGVBl. S. 379)

27

§ 26 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

28

§ 27 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

29

§ 28 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

30

§ 29 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

31

§ 30 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 30 der Verordnung vom 29. Oktober 2026 (SächsGVBl. S. 379)

32

§ 31 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

33

§ 31a geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

34

§ 32 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

35

§ 33 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

36

§ 34 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

37

§ 35 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

38

§ 36 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

39

§ 37 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

40

§ 38 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

41

§ 39 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

42

§ 40 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 30 der Verordnung vom 29. Oktober 2026 (SächsGVBl. S. 379)

43

§ 41 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

44

§ 43 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

45

§ 44 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251), durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893) und durch Artikel 30 der Verordnung vom 29. Oktober 2026 (SächsGVBl. S. 379)

46

§ 45 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

47

§ 47 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

48

§ 48 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

49

§ 48a geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

50

§ 49 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

51

§ 49b geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

52

§ 50 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

53

§ 51 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

54

§ 52 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

55

§ 52a eingefügt durch durch Artikel 2 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893) (SächsGVBl. S. 893)

56

§ 53 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

57

§ 54 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

58

§ 55 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

59

§ 57 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

60

§ 58 weggefallen durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

61

§ 59 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

62

§ 60 weggefallen durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

63

§ 61 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

64

§ 62 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

65

Abschnitt 9 eingefügt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

66

§ 65 eingefügt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

67

§ 66 eingefügt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

68

§ 67 eingefügt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

69

bisheriger Abschnitt 9 wird neu Abschnitt 10 durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

70

bisheriger § 65 wird neu § 68 durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

71

bisheriger § 66 wird neu § 69 durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

72

Anlage 1 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

73

Anlage 2 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

74

Anlage 3 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

75

Anlage 4 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

76

Anlage 5 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGV-Bl. S. 251)

77

Anlage 5a geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251)

78

Anlage 6 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Mai 2023 (SächsGVBl. S. 251) und durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGVBl. S. 893)

79

Anlage 8 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

80

Anlage 9 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

81

Anlage 10 neu gefasst durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

82

Anlage 11 angefügt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)

83

Anlage 12 angefügt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Dezember 2023 (SächsGV-Bl. S. 893)