

**Zweite Verordnung  
des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen  
zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung**

Vom 6. Oktober 2017

Auf Grund des § 80 Absatz 8 des Sächsischen Beamtengesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971) verordnet das Staatsministerium der Finanzen im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern:

**Artikel 1  
Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung**

Die Sächsische Beihilfeverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. August 2016 (SächsGVBl. S. 383, 609) wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Nach der Angabe zu § 30 wird folgende Angabe eingefügt:  
„§ 30a Kurzzeitkrankenpflege“.
  - b) Nach der Angabe zu § 48 wird folgende Angabe eingefügt:  
„§ 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1“.
  - c) Nach der Angabe zu § 49 werden die folgenden Angaben eingefügt:  
„§ 49a Ambulant betreute Wohngruppen  
„§ 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen“.
  - d) Die Angabe zu § 53 wird wie folgt gefasst:  
„§ 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag“.
  - e) In der Angabe zu § 54 werden nach dem Wort „individuellen“ die Wörter „oder gemeinsamen“ eingefügt.
  - f) Nach der Angabe zu § 65 wird folgende Angabe eingefügt:  
„§ 66 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes“.
2. In § 1 Absatz 6 werden die Wörter „21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424)“ durch die Wörter „14. August 2017 (BGBl. I S. 3214)“ und die Wörter „durch Artikel 15 Absatz 16 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160, 262)“ werden durch die Wörter „zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juni 2017 (BGBl. I S. 1570)“ ersetzt.
3. § 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 26. Juni 2015 (SächsGVBl. S. 390)“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächsGVBl. S. 348)“ und die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 26. Juni 2015 (SächsGVBl. S. 390)“ werden durch die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächsGVBl. S. 348)“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 werden die Wörter „Artikel 3 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2178)“ durch die Wörter „Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1822)“ ersetzt.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2553)“ durch die Wörter „Artikel 9 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214)“ ersetzt.
  - b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)“ durch die Wörter „Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966)“ ersetzt.
5. In § 5 Absatz 3 Nummer 2 wird das Wort „und“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
6. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12

Kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung notwendig ist

und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat. Eine Verlängerung ist dem Grunde nach nur beihilfefähig, wenn der Behandlungszeitraum von vier Jahren ausgeschöpft, eine Weiterbehandlung medizinisch notwendig und vor Beginn der Verlängerung die Anerkennung der Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen durch die Festsetzungsstelle auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes erfolgt ist. Je Quartal der verlängerten Behandlung sind bis zu 6,25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. Bei Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsel des Kieferorthopäden bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind. Aufwendungen für Leistungen zur Weiterführung der Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels zuzüglich der Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind in entsprechender Anwendung des § 29 Absatz 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.“

7. § 16 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 9 wird das Wort „wurde“ durch das Wort „wird“ ersetzt.
  - b) In Absatz 11 Satz 2 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von

Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller“ ersetzt.

8. § 18 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die tiefenpsychologisch fundierte oder die analytische Psychotherapie ist auch dann beihilfefähig, wenn sie jeweils als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt wird, wobei die nach § 16 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 anerkannte Behandlungsform überwiegen muss.“
    - bb) Im neuen Satz 3 werden nach dem Wort „Ist“ die Wörter „im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ eingefügt.
  - b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515)“ durch die Wörter „Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191)“ ersetzt.
9. In § 19 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Wörter „Satz 2 und 3“ ersetzt.
10. § 20 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)“ durch die Wörter „Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615)“ und die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)“ werden durch die Wörter „Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581)“ ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 2 Buchstabe c wird die Angabe „500 Euro“ durch die Angabe „550 Euro“ ersetzt.
    - bb) In Nummer 3 werden nach dem Wort „und“ die Wörter „gesondert berechnete Kurtaxe sowie“ eingefügt.
    - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a gilt entsprechend.“
11. § 21 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2210)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757)“ ersetzt.
  - b) Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Beihilfefähig sind auch gesondert ausgewiesene Versandkosten.“
12. § 22 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 278 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474)“ durch die Wörter „Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757)“ ersetzt.
  - b) Nach Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“
13. § 23 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) Im Wortlaut werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.
    - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Ist im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit nach § 62 Absatz 7 die Notwendigkeit eines Hilfsmittels schriftlich dokumentiert, ersetzt das Gutachten die ärztliche Verordnung nach Satz 1.“
  - b) In Absatz 4 Halbsatz 2 werden die Wörter „Reinigungsmittel für Sehhilfen, Perücken und sonstige Kopfhaarsatzstücke“ durch die Wörter „Reinigung von Hilfsmitteln“ ersetzt.
14. § 26 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.
  - b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „dient“ die Wörter „oder eine Nagelkorrektur mit Orthonyxiespangen erfolgt“ eingefügt.
15. § 27 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller“ ersetzt.
  - b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder mit Sozialversicherungsträgern vereinbart“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen“ ersetzt.
  - c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung vereinbart“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen“ ersetzt.
  - d) Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„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.“

16. In § 29 Absatz 1 Satz 1 wird nach den Wörtern „Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ ein Komma eingefügt, das Wort „oder“ wird durch die Wörter „von Psychotherapeuten,“ ersetzt und nach der ersten Alternative der Wörter „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ werden die Wörter „oder durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassungsmanagements“ eingefügt.
17. In § 30 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „vom 28. März 2015 (MBL. SMF S. 33)“ durch die Wörter „vom 17. Februar 2017 (MBL. SMF S. 74)“ ersetzt.
18. Nach § 30 wird folgender § 30a eingefügt:
- „§ 30a  
Kurzeitkrankenpflege
- 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 Kurzeitkrankenpflege in einer vollstationären Einrichtung entsprechend § 52 Absatz 1 beihilfefähig.“
19. § 32 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „ärztlich“ durch die Wörter „von einem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten“ ersetzt.
- b) In Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „die Pflegestufe II oder III“ durch die Wörter „den Pflegegrad 3 oder höher“ ersetzt.
20. In § 36 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722)“ durch die Wörter „Artikel 11 Absatz 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745)“ ersetzt.
21. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Nummer 7 werden die Wörter „Artikel 452 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474)“ durch die Wörter „Artikel 165 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626)“ ersetzt.
- b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
- „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 200 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.“
- bb) Nummer 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc wird wie folgt gefasst:
- „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“.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter „des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung“ durch die Wörter „von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller“ ersetzt.
- bb) In Satz 8 wird die Angabe „7,00 Euro“ durch die Angabe „11 Euro“ ersetzt.
22. In § 38 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „ärztliche“ gestrichen und nach dem Wort „Verordnung“ werden die Wörter „von einem Arzt oder Psychotherapeuten“ eingefügt.
23. In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 6a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615)“ ersetzt.
24. § 41 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(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 in entsprechender Anwendung des § 25 Absatz 1, 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig.“
25. § 42 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „geistige“ werden die Wörter „oder psycho-soziale“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „bis 4 und Absatz 2“ eingefügt.
26. § 44 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Kontrazeptiva“ die Wörter „einschließlich Notfallkontrazeptiva“ eingefügt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“
27. In § 46 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2218)“

durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3202)“ ersetzt.

28. In § 47 Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557)“ durch die Wörter „Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228)“ ersetzt.

29. Abschnitt 6 wird wie folgt gefasst:

## „Abschnitt 6

### Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

#### § 48

##### Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. 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 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.

#### § 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. Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 54) sowie
4. 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) Bei Pflegebedürftigen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung und Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe des § 49b Absatz 1 beihilfefähig. § 49b Absatz 2 Nummer 2 gilt entsprechend.

(3) Aufwendungen im Sinne von § 53 Absatz 2 für Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind nach Maßgabe des § 53 Absatz 2 beihilfefähig. 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) 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. § 55 Absatz 4 findet keine Anwendung.

#### § 49

##### Häusliche Pflege

(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. 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) 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. Sind die Voraussetzungen nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld ist auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen; § 6 Absatz 1 bleibt unberührt. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

(3) 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). Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 gewährt wird. 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 7a Stufe 5 beihilfefähig.

(6) 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. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. 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.

## § 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 hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, 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 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) 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 – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, 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 – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, 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 des Bemessungssatzes des Pflegebedürftigen nach § 57 gewährt.

## § 50

### Teilstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung einschließlich

der Aufwendungen für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück sind bis zur Höhe der in § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig. § 49 Absatz 5 und § 55 Absatz 2 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.

## § 51

### Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(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) Bei einer Verhinderungspflege durch Ersatzpflegekräfte, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des eineinhalbfachen Betrages der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 beihilfefähig. Notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegekraft im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, sind daneben auf Nachweis beihilfefähig; § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zusammen bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 beihilfefähig; Absatz 3 findet Anwendung. Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, finden die Absätze 1 und 3 Anwendung.

(3) 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. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

## § 52

### Kurzzeitpflege

(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. 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) 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. 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 2 gelten entsprechend.

## § 53

### Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag

(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. 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. Dies gilt im Rahmen der Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 entsprechend. § 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. § 49 Absatz 6 gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung von Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (§ 49 Absatz 1), in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
2. der teilstationäre 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). Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Monat nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in die folgenden Monate des Kalenderjahres übertragen werden. Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

## § 54

### Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes

(1) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt.

(2) 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. Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nach Satz 1 nur zur Hälfte gewährt.

## § 55

## Vollstationäre Pflege

(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. 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. 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. Die beihilfefähigen Aufwendungen im Sinne der Sätze 2 und 3 dürfen insgesamt den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Satz 2 nicht übersteigen. § 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) 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.

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

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

(5) Einkommen im Sinne von Absatz 4 sind

1. die Dienstbezüge im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes ohne den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages nach § 42 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
2. die Anwärterbezüge im Sinne von § 2 Absatz 2 Nummer 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
3. der Altersteilzeitzuschlag nach § 83 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
4. 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 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes,
5. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt,
6. der Zahlbetrag der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
7. das Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit,
8. die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit, wobei Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen sind, und
9. die Lohnersatzleistungen

des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder Lebenspartners. Bei Einkommen nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen im Sinne von Satz 2 bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Verringert sich das Einkommen vom Januar im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen. Bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummer 7 bis 9 gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend. Bei monatlich schwankenden Einkommen im Sinne von Satz 1 Nummer 7 bis 9 soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt werden. Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen.

## § 56

### Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Aufwendungen für Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

30. § 57 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 6 wird die erste Alternative des Wortes „Prozent“ durch das Wort „Prozentpunkte“ ersetzt.
- b) In Absatz 9 Satz 1 wird die Angabe „§§ 49“ durch die Angabe „§§ 48a“ und die Wörter „eine Pflegestufe“ werden durch die Wörter „ein Pflegegrad“ ersetzt.

31. § 61 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 werden die Wörter „der Pflegestufe II“ durch die Wörter „des Pflegegrades 3“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 werden die Wörter „Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424)“ durch die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575)“ ersetzt.

32. § 62 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Artikel 3a des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108, 3111)“ durch die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050)“ ersetzt.

- b) In Absatz 5 wird die Angabe „§§ 20 und 37“ durch die Wörter „§§ 20, 31 Absatz 2 und § 37“ ersetzt.
  - c) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt.
33. § 65 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird aufgehoben.
  - b) Absatz 3 wird Absatz 2.
34. Nach § 65 wird folgender § 66 eingefügt:

„§ 66

Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten  
und Dritten Pflegestärkungsgesetzes

- (1) Zur Überleitung der am 31. Dezember 2016 vorhandenen Pflegebedürftigen in die Pflegegrade gilt § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Für die Zuordnung zu einem Pflegegrad ist auf die Feststellung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung abzustellen.
  - (2) 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. 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. Kurzfristige Unterbrechungen lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt. Im Übrigen gilt § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.
  - (3) 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. § 53 Absatz 2 gilt entsprechend.
  - (4) Ein Zuschlag nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung zu dem Zuschlag anteilige Leistungen gewährt. Die Beihilfe kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten unmittelbar an die Pflegeeinrichtung geleistet werden. Dem Antrag ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen. Im Fall des § 55 Absatz 4 gelten die Leistungen der Beihilfe nach Satz 1 und der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Teil der beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2.
  - (5) § 141 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Hierbei ist auf die Mitteilung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nach § 44 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzustellen.
  - (6) 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. Dem Antrag ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.
  - (7) Wurde für den Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 53 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nicht ausgeschöpft, sind Aufwendungen, die im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2018 entstehen, in Höhe des nicht verbrauchten Betrages für Aufwendungen im Sinne von § 53 Absatz 2 zusätzlich dem Grunde nach beihilfefähig. Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde legt. § 144 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Abweichend von § 63 kann für die in Satz 1 genannten Aufwendungen, die im Zeitraum ab 1. Januar 2015 entstanden sind und für die die Antragsfrist nach § 63 abgelaufen ist, Beihilfe gewährt werden, wenn diese bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 beantragt wurde.
  - (8) Im Jahr 2017 ist § 55 Absatz 5 Satz 2 bis 5 mit der Maßgabe anzuwenden, dass an Stelle des Monats Januar der Monat November zu Grunde zu legen ist.“
35. Anlage 1 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Großbuchstabe K wird wie folgt geändert:
      - aaa) Buchstabe a wird aufgehoben.
      - bbb) Die Buchstaben b bis e werden die Buchstaben a bis d.
    - bb) Großbuchstabe M wird wie folgt geändert:
      - aaa) Dem Wortlaut wird folgender Buchstabe a vorangestellt:
        - „a) Mikrobiologische Therapie mit Spezifischen Nukleinsäuren (SNA)“.
      - bbb) Der bisherige Wortlaut wird Buchstabe b.
    - cc) Großbuchstabe P wird wie folgt geändert:
      - aaa) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:
        - „a) Photodynamische Therapie in der Parodontologie“.
      - bbb) Die bisherigen Buchstaben a bis c werden die Buchstaben b bis d.
    - dd) Großbuchstabe R wird wie folgt geändert:
      - aaa) Buchstabe a wird aufgehoben.
      - bbb) Die Buchstaben b bis d werden die Buchstaben a bis c.
    - ee) Großbuchstabe S wird wie folgt geändert:
      - aaa) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:
        - „b) SIPARI-Methode (musiktherapeutische Behandlungsmethode bei chronischer Aphasie und Sprechapraxie – Singen, Intonation, Prosodie, Atmung, Rhythmus, Improvisation)“.

bbb) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

aa) Fokussierte Extrakorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT) im orthopädischen oder schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung verkalkender Sehnenkrankungen (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporn (Fasziitis plantaris), der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapierefraktäre Achillodynie) oder des therapieresistenten Tennisellenbogens (therapierefraktäre Epicondylitis humeri radialis). Beihilfefähig sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge, insbesondere nach Nummer 445 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ, sind nicht beihilfefähig.

bb) Radiale Extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT) im orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Bereich  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung der terapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Beihilfefähig sind die Gebühren nach der Nummer 302 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge sind nicht beihilfefähig.“

bb) In Buchstabe i Satz 1 wird das Wort „cerebralen“ durch das Wort „zerebralen“ ersetzt.

36. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 24-30 wird Nummer 25-30.

b) Die Nummern 24 und 24.1 werden gestrichen.

c) In Nummer 35.3 Spalte 2 werden die Wörter „der Handgelenke“ durch die Wörter „des Handgelenkes“ und die Wörter „der Fußgelenke“ werden durch die Wörter „des Fußgelenkes“ ersetzt.

d) Die Nummer 35.4 Spalte 2 werden die Wörter „der Kniegelenke“ durch die Wörter „des Kniegelenkes“ ersetzt.

e) Nummer 35.6 Spalte 2 wird wie folgt gefasst:  
„des Fingers oder Zehns“.

37. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Ziffer X wird wie folgt gefasst:

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
<b>„X. Podologische Therapie</b>		
52	Hornhautabtragung an beiden Füßen	15,35
53	Hornhautabtragung an einem Fuß	9,00
54	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	14,15
55	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,65
56	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	28,05
57	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	15,50
58	Nagelkorrektur nach Ross Fraser	
	a) Ross-Fraser-Spange (einteilig, Federstahldraht) einschließlich Material, Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Negativabdruck, Positivnagelmodell, Anfertigung einer Passiv-Nagelkorrekturspange, Vorbereitung des Nagels, Aufsetzen, Aktivierung, Wiederaufsetzen, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen, Patientenaufklärung	155,00
	b) Regulierung der Ross-Fraser-Spange einschließlich Material, Abnehmen der Spange, Vorbereitung des Nagels, gegebenenfalls Nachformung, Kontrolle der Aktivierung, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	31,00
59	Nagelkorrektur mit einer bilateralen Orthonyxiespange (dreiteilig, vorgeformt, Federstahldraht) einschließlich Material, Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Vorbereitung des Nagels, individuelle Spangenformung, Aufsetzen, Aktivierung mit Drilldraht, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen, Patientenaufklärung	71,00
60	Nagelkorrektur mit Klebespange (aus Metall regulierbar, aus Kunststoff nicht regulierbar) einschließlich Material, Podologische Nageluntersuchung und -bearbeitung, Vorbereitung des Nagels, Fixierung, Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen, Patientenaufklärung	59,00*

b) Die bisherigen Nummern 60 und 61 werden die Nummern 61 und 62.

c) In den Fußnoten 2 und 3 wird jeweils das Wort „ärztlichen“ gestrichen und nach dem Wort „Verordnung“ werden jeweils die Wörter „von einem Arzt oder Zahnarzt“ eingefügt.

38. Anlage 4 wird wie folgt geändert:

a) Das Kurortverzeichnis Teil A wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe F wird nach der Zeile „Feilnbach“ folgende Zeile eingefügt:

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
„Feldberg	17258 Feldberger Seenlandschaft	K	Kneippkurort“.

- bb) In Buchstabe M wird die Zeile „Murnau“ gestrichen.
- cc) In Buchstabe W Zeile Wolkenstein Spalte 4 werden die Wörter „Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb“ durch das Wort „Heilbad“ ersetzt.
- b) Das Kurortverzeichnis Teil B Nummer 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In der Zeile Italien Spalte 2 werden nach dem Wort „Montegrotto“ ein Zeilenumbruch und das Wort „Montepulciano“ eingefügt.
  - bb) Nach der Zeile Italien wird folgende Zeile eingefügt:

Land	Ort
„Kroatien	Cres“.

- cc) Die Zeile Österreich Spalte 2 wird wie folgt geändert:
  - aaa) Das Wort „Badgastein“ wird durch die Wörter „Bad Gastein“ ersetzt.
  - bbb) Nach den Wörtern „Bad Schönau“ werden ein Zeilenumbruch und die Wörter „Bad Traunstein“ eingefügt.
- dd) In der Zeile Slowakei Spalte 2 werden nach den Wörtern „Bojnice / Weinitz“ ein Zeilenumbruch und das Wort „Dudince“ eingefügt.
- ee) Die Zeile Tschechien Spalte 2 wird wie folgt geändert:
  - aaa) Nach den Wörtern „Bad Joachimsthal / Jachymov“ werden ein Zeilenumbruch und die Wörter „Bad Luhatschowitz / Luhacovice“ eingefügt.
  - bbb) Das Wort „Luhacovice“ wird gestrichen.
- 39. Anlage 7 wird wie folgt geändert:
  - a) In Buchstabe a Spalte 3 erster Anstrich wird das Wort „retgrade“ durch das Wort „retrograde“ und das Wort „Zervikalkanastnose“ wird durch das Wort „Zervikalkanalstenose“ ersetzt.
  - b) Buchstabe e Spalte 3 wird wie folgt gefasst:
    - „– Schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der WHO zu ‚Examination and processing of human semen‘ erstellt worden sind“.
- 40. In Anlage 8 Nummer 14 und Anlage 9 wird jeweils in der Zeile „Vollmacht“ die Angabe „dem LSF“ durch die Wörter „der Festsetzungsstelle“ ersetzt.
- 41. Anlage 10 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

**Artikel 2  
Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Dresden, den 6. Oktober 2017

Der Staatsminister der Finanzen  
Prof. Dr. Georg Unland

Anhang