

Dritte Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zur Änderung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Vom 31. Januar 2019

Auf Grund des § 80 Absatz 8 des **Sächsischen Beamtengesetzes** vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), der durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430) geändert worden ist, 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), die durch die Verordnung vom 6. Oktober 2017 (SächsGVBl. S. 554) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 7 wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 7a Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland“.
 - b) Die Angaben zu den §§ 16 bis 19 werden wie folgt gefasst:
„§ 16 Psychotherapeutische Leistungen
§ 16a Psychotherapeutische Akutbehandlung
§ 16b Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie
§ 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren
§ 18 Verhaltenstherapie
§ 19 Psychosomatische Grundversorgung“.
 - c) Die Angabe zu § 41 wird wie folgt gefasst:
„§ 41 Früherkennungsuntersuchungen“.
 - d) In der Angabe zu Anlage 3 wird die Angabe „und 5“ gestrichen.
 - e) Nach der Angabe zu Anlage 5 wird folgende Angabe eingefügt:
„Anlage 5a (zu § 41 Absatz 5)
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko“.
2. In § 1 Absatz 2 werden nach der Angabe „(SächsGVBl. S. 970, 971),“ die Wörter „das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430) geändert worden ist,“ eingefügt.
3. In § 2 Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächsGVBl. S. 348)“ durch die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430)“ ersetzt und die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Juli 2017 (SächsGVBl. S. 348)“ werden durch die Wörter „Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430)“ ersetzt.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
„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.“
 - b) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:
„Für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit gilt § 7a.“
5. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 4 Absatz 7“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 4 Absatz 7“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

6. Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

„§ 7a

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland

(1) Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder, wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln. Die Absätze 3 bis 5, 7 und 8 finden keine Anwendung. § 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, 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) § 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. § 49a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, 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) § 55 Absatz 3 findet keine Anwendung. § 55 Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 und 4 insgesamt nicht die Höchstbeträge des § 49 Absatz 5 übersteigen dürfen.“

7. Abschnitt 2 Unterabschnitt 3 wird wie folgt gefasst:

„Unterabschnitt 3

Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Psychotherapeutische Leistungen umfassen ambulante Leistungen der psychoanalytisch begründeten Verfahren, der Verhaltenstherapie und der psychosomatischen Grundversorgung. Zu den ambulanten psychotherapeutischen Leistungen gehört auch die psychotherapeutische Akutbehandlung.

(2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 sowie der §§ 16a bis 19 beihilfefähig, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt.

(3) Vor der Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach § 16b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung ist von einem Arzt vorzunehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich oder elektronisch zu bestätigen.

(4) Aufwendungen sind im gleichen Behandlungszeitraum nur für ein Behandlungsverfahren nach § 17 oder § 18 beihilfefähig.

§ 16a

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind für höchstens 24 Sitzungen

beihilfefähig, wenn

1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Einzelsitzung festgestellt wird,
2. ein Begutachtungsverfahren nach § 16b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zur Durchführung einer Therapie nach § 17 oder 18 bei der Festsetzungsstelle beantragt worden ist und
3. die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, in Einheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt wird.

Ist das Begutachtungsverfahren im Sinne von Satz 1 Nummer 2 nach 24 Sitzungen noch nicht abgeschlossen, können bis zu dessen Abschluss weitere psychotherapeutische Akutbehandlungen durchgeführt werden. Im Fall der Anerkennung einer Behandlung nach den §§ 17 oder 18 durch die Festsetzungsstelle werden die durchgeführten Akutbehandlungen auf das anerkannte Kontingent dieser Behandlungen angerechnet. Dabei sind auf eine in Einzelbehandlung anerkannte Sitzung zwei Sitzungen Akutbehandlung und auf eine in Gruppenbehandlung anerkannte Sitzung eine Sitzung Akutbehandlung anzurechnen.

§ 16b

Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren oder Verhaltenstherapien sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen, insbesondere depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymie,
 2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
 3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen, insbesondere Konversionsstörungen,
 4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
 5. Essstörungen,
 6. nichtorganischen Schlafstörungen,
 7. sexuellen Funktionsstörungen,
 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder
 9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- und wenn eine Sitzung eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung umfasst.

(2) 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. 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 Opiode und gleichzeitige stabile substituionsgestützte 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 Missbildungen stehen,
4. seelische Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(3) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung der in Absatz 1 genannten seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 1 Nummer 3 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private

Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Psychotherapeuten oder des Arztes ergeben.

(4) Für Beamte 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. Aufwendungen für telekommunikationsgestützte Therapie sind für bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie 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. 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.

(5) 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. Die Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn die behandelnde Person neben den Voraussetzungen des § 17 Absatz 2 bis 4 oder des § 18 Absatz 3 bis 5 über eine hinreichende fachliche Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen einschließlich EMDR verfügt.

§ 17

Psychoanalytisch begründete Verfahren

(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.

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend anerkannten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet. 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. 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) Aufwendungen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn diese Person

1. 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. Arzt mit der Bereichsbezeichnung ‚Psychotherapie‘ oder ‚Psychoanalyse‘ ist.

Aufwendungen für eine analytische Psychotherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn diese Person über eine der in Satz 1 Nummer 2 genannten Bereichsbezeichnungen verfügt, wobei eine Bereichsbezeichnung ‚Psychotherapie‘ vor dem 1. April 1984 verliehen sein muss.

(3) Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, durchgeführt, sind die Aufwendungen nur für diejenige anerkannte Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Person eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt und ist diese Person zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen, sind Leistungen nur für diejenige Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Zulassung oder Eintragung erfolgt ist. Verfügt die Person über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, sind sowohl Maßnahmen der tiefenpsychologisch fundierten als auch der analytischen Psychotherapie beihilfefähig. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine Ausbildung an einem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich.

(4) Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Absätzen 2 und 3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt, neben der Berechtigung nach den Absätzen 2 und 3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

(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 des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird.

(7) 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. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 16b Absatz 1, 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. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen.

Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.

(8) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie nicht beihilfefähig. 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

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 6 und Absatz 6 bis 7 gilt entsprechend.

(2) Von dem Begutachtungsverfahren nach § 16b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt hat, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen und bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 16b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen. § 16b Absatz 3 Satz 2 ist anzuwenden.

(3) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn die 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) Werden Behandlungen von einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen durch einen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person die in § 17 Absatz 3 Satz 2 genannten Qualifikationsanforderungen erfüllt oder über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt.

(5) Für den Nachweis der fachlichen Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und für Gruppenbehandlungen gilt § 17 Absatz 4 entsprechend.

(6) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Verhaltenstherapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

§ 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) 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.

Leistungen nach Satz 1 Nummer 3, die in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 kombiniert werden, sind nicht beihilfefähig. 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 einem Psychotherapeuten oder 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 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) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach beihilfefähig. 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. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.“

8. § 20 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird nach dem Wort „Bundespfllegesatzverordnung“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärzte nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und“.

c) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

9. § 26 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach dem Wort „Sprachtherapie“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Ergotherapie“ werden die Wörter „und der Ernährungstherapie“ eingefügt.

b) In Absatz 2 werden die Wörter „der Absätze 3 bis 5“ durch die Wörter „der Absätze 3 und 4“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „bis zu maximal 25 Sitzungen je Krankheitsfall und nur“ durch die Wörter „nach Nummer 16 der Anlage 3“ ersetzt.

bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. damit Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat behandelt werden,“.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) 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. 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.“

- e) Absatz 5 wird aufgehoben.
10. In § 30 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Änderungstarifvertrag vom 17. Februar 2017 (MBI. SMF S. 74)“ durch die Wörter „Änderungstarifvertrag vom 7. November 2017 (MBI. SMF S. 59)“ ersetzt.
11. § 31 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(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.“
12. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Nummer 7 werden die Wörter „§ 44 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 165 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626)“ durch die Wörter „§ 64 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 3 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016)“ ersetzt.
- b) Absatz 4 Satz 7 wird wie folgt gefasst:
„Aufwendungen für eine EAP 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.“
13. In § 38 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c werden nach dem Wort „Wirbelsäulenverletzungen“ die Wörter „mit muskulärem Defizit und Fehlstatik“ eingefügt und nach dem Wort „Behandlung“ werden die Wörter „mit muskulärem Defizit und Fehlstatik“ gestrichen.
14. In § 39 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „20 Euro“ durch die Angabe „40 Euro“ ersetzt und die Angabe „15 Euro“ durch die Angabe „30 Euro“ ersetzt.
15. § 41 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 41
Früherkennungsuntersuchungen“.
- b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:
„(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.“
- c) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.
16. Dem § 43 wird folgender Absatz angefügt:
„(4) 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 und berücksichtigungsfähige Angehörige, die einem Pflegegrad im Sinne von § 48 Absatz 1 Satz 1 zugeordnet sind, beihilfefähig. § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
17. § 45 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„§ 5 Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
„(4) 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. 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.“
18. In § 46 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3618) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,“ gestrichen.

19. In § 48 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „- 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,“ gestrichen.
20. In § 49b Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581)“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651)“ ersetzt.
21. § 56 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 „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.“
22. In § 62 Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Inland“ die Wörter „für eine voraussichtliche oder tatsächliche Dauer von mindestens drei Tagen“ gestrichen.
23. § 65 Absatz 2 wird aufgehoben.
24. Anlage 1 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Großbuchstabe C wird wie folgt geändert:
 - aaa) Buchstabe a wird aufgehoben.
 - bbb) Die Buchstaben b bis e werden die Buchstaben a bis d.
 - bb) Großbuchstabe L wird wie folgt geändert:
 - aaa) Die Zählbezeichnung a) wird gestrichen.
 - bbb) Buchstabe b wird aufgehoben.
 - cc) Großbuchstabe N wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:
 „b) Neurostimulation nach Molsberger“.
 - bbb) Die bisherigen Buchstaben b und c werden die Buchstaben c und d.
 - dd) Großbuchstabe T wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:
 „c) Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)“.
 - bbb) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe d.
 - b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:
 „a) Chelattherapie
 Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Aufwendungen für alternative Schwermetallausleitungen sind nicht beihilfefähig.“
 - bb) Der bisherige Buchstabe a wird Buchstabe b.
 - cc) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c und wie folgt geändert:
 - aaa) In Doppelbuchstabe aa Satz 1 wird das Wort „Fersensporn“ durch das Wort „Fersensporn“ ersetzt.
 - bbb) In Doppelbuchstabe bb werden in der vorangestellten Überschrift nach dem Wort „orthopädischen“ das Komma und das Wort „chirurgischen“ gestrichen und in Satz 1 vor dem Satzpunkt die Wörter „und des Fersensporn (Fasziitis plantaris)“ eingefügt.
 - dd) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe d und wird wie folgt gefasst:
 „d) Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
 Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftungen, Gaskangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie, diabetischem Fußsyndrom ab Wagner Stadium II oder Tinnitusleiden, die mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbunden sind.“
 - ee) Die bisherigen Buchstaben d bis h werden die Buchstaben e bis i.
 - ff) Der bisherige Buchstabe i wird Buchstabe j und Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 3 beihilfefähig.“

25. Die Anlagen 3 und 4 erhalten die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

26. Anlage 5 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe a wird die Angabe „5 900“ durch die Angabe „3 500“ ersetzt.

bb) In Buchstabe b wird die Angabe „360“ durch die Angabe „250“ ersetzt.

b) In Nummer 3 werden die Wörter „strukturierte Früherkennungsprogramm“ durch die Wörter „intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm“ ersetzt.

27. Nach Anlage 5 wird Anlage 5a in der aus dem Anhang dieser Verordnung ersichtlichen Fassung eingefügt.

28. Anlage 6 erhält die aus dem Anhang ersichtliche Fassung.

29. Anlage 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 13 wird ein Zeilenumbruch und folgende Nummer 14 eingefügt:

„14.	<p>Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</p> <p>Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de“</p>
------	---

b) Die bisherige Nummer 14 wird Nummer 15.

30. In Anlage 9 wird der Überschrift mit dem Wortlaut „Erklärung“ eine Leerzeile und folgender Absatz vorangestellt:

„Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

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

31. In Anlage 10 wird in Nummer 3 unter den Wörtern „ Anschubfinanzierung zur Gründung einer Wohngruppe“ die Angabe „ Pflegeunterstützungsgeld“ eingefügt.

Artikel 2 Inkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 mit Wirkung vom 1. Februar 2019 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 21 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Dresden, den 31. Januar 2019

Der Staatsminister der Finanzen
Dr. Matthias Haß

Anhänge

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 25 Anlage 3](#)

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 25 Anlage 4](#)

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 27 Anlage 5a](#)

[Anhang zu Artikel 1 Nummer 28 Anlage 6](#)

