

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

Vom 11. November 2020

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 zuletzt durch die Verordnung vom 31. Januar 2019 (SächsGVBl. S. 120) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 13 wird wie folgt gefasst:
„§ 13 (weggefallen)“.
 - b) Die Angaben zu den §§ 16a bis 18 werden durch die folgenden Angaben ersetzt:
„§ 16a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren,
Verhaltenstherapie und Systemische Therapie
§ 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren
§ 18 Verhaltenstherapie
§ 18a Systemische Therapie“.
 - c) Die Angabe zu § 40 wird wie folgt gefasst:
„§ 40 Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen“.
2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 werden die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 458) und durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2018 (SächsGVBl. S. 430)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 6. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 470)“ ersetzt.
 - b) In Absatz 6 werden die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214)“ durch die Wörter „Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)“ ersetzt und die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juni 2017 (BGBl. I S. 1570)“ durch die Wörter „Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626)“ ersetzt.
3. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden 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)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 20. August 2019 (SächsGVBl. S. 662)“ ersetzt und 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)“ durch die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 25. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 496)“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 werden die Wörter „Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1822)“ durch die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2053)“ ersetzt.
4. In § 3 Absatz 2 wird vor dem Wort „Dienstverhältnisses“ das Wort „aktiven“ gestrichen und der Punkt am Ende durch die Wörter „oder Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen des Bundes oder eines anderen Landes erhalten.“ ersetzt.
5. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Artikel 9 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214)“ durch die Wörter „Artikel 6 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879)“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 35 Absatz 4 Satz 2“ durch die Wörter „§ 30 Absatz 3, § 35 Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.
 - b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966)“ durch die Wörter „Artikel 1 der Verordnung vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1470)“ ersetzt.

- c) In Absatz 6 Satz 5 werden nach dem Wort „Vergütungsvereinbarungen“ die Wörter „nach Satz 1“ eingefügt.
- d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:
„(8) 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.“
6. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird aufgehoben.
- b) Die Absätze 3 und 4 werden die Absätze 2 und 3.
- c) Absatz 5 wird Absatz 4 und die Wörter „Absätze 1 bis 4“ werden durch die Wörter „Absätze 1 bis 3“ ersetzt.
7. In § 6 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
8. In § 7 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „§ 5 Absatz 3 Nummer 2“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 2 Nummer 2“ ersetzt.
9. In § 7a Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587)“ durch die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)“ ersetzt.
10. § 10 Satz 1 und 2 werden wie folgt gefasst:
„Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen, einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Die Beihilfefähigkeit von implantologischen und kieferorthopädischen Leistungen richtet sich nach den §§ 11 und 12 und für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 14 Absatz 1.“
11. Die §§ 12 und 13 werden wie folgt gefasst:

„§ 12

Kieferorthopädische Leistungen

(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. Der Festsetzungsstelle soll ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. 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 Verlängerungszeitraums 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 Wechsel des Behandlers 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.

§ 13

(weggefallen)“.

12. § 14 Absatz 1 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:
„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. 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.“

13. In § 15 Absatz 2 Nummer 4 wird die Angabe „nach § 13“ gestrichen.

14. Die §§ 16 bis 16b werden durch die folgenden §§ 16 und 16a ersetzt:

„§ 16

Psychotherapeutische Leistungen

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

(2) 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.

Zudem muss die Behandlungsdauer pro Sitzung mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung, mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung und mindestens 50 Minuten bei Behandlung zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) umfassen.

(3) 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 Fehlbildungen stehen,
4. seelische Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(4) Wird die psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) durchgeführt, sind die Aufwendungen beihilfefähig, wenn eine somatische Abklärung durch einen Arzt erfolgt ist. Diese muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder einer psychotherapeutischen Akutbehandlung erfolgen. Die Abklärung ist bei Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach § 16a Absatz 5 Satz 2 von einem Arzt in einem Konsiliarbericht schriftlich oder elektronisch zu bestätigen.

§ 16a

Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

(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, Kurz- oder Langzeittherapie dem Grunde nach beihilfefähig.

(2) Bei Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung sind zur diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren Aufwendungen für bis zu acht probatorische Sitzungen als Einzelbehandlungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen, beihilfefähig. Im Mehrpersonensetting sind drei probatorische Sitzungen beihilfefähig. Probatorische Sitzungen sind

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

(3) 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.

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

(4) Kurzzeittherapie ist in Einzelbehandlung für höchstens 24 Sitzungen beihilfefähig, systemische Kurzzeittherapie für höchstens zwölf Sitzungen. Werden Gruppenbehandlungen durchgeführt, entsprechen zwei Sitzungen Gruppenbehandlung einer Sitzung Einzelbehandlung. Ein Mehrpersonensetting entspricht einer Sitzung Einzelbehandlung. Bei einem akuten Behandlungsbedarf sind Aufwendungen für psychotherapeutische Akutbehandlungen als Einzelbehandlungen beihilfefähig. Sie sind auf die Sitzungen nach Satz 1 anzurechnen.

(5) Sind psychotherapeutische Behandlungen über die in Absatz 4 Satz 1 genannten Sitzungszahlen hinaus notwendig (Langzeittherapie), kann Kurzzeittherapie in Langzeittherapie umgewandelt werden. 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. Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt für Langzeittherapie entsprechend. In Kurzzeittherapie durchgeführte Sitzungen sind auf die in Langzeittherapie genehmigten Sitzungen anzurechnen. Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 2 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Psychotherapeuten oder des Arztes ergeben.

(6) Die Behandlungsverfahren nach § 16 Absatz 1 sind nicht kombinierbar. Aufwendungen sind je Krankheitsfall nur für ein Behandlungsverfahren beihilfefähig.

(7) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienort 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 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. 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.

(8) 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 und 3 oder des § 18 Absatz 3 und 4 über eine hinreichende fachliche Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen einschließlich EMDR verfügt.“

15. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

bb) In dem neuen Satz 3 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „oder ein Mensch mit einer

geistigen Behinderung ist.“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

d) In Absatz 7 Satz 2 wird die Angabe „§ 16b Absatz 1“ durch die Angabe „§ 16 Absatz 2“ ersetzt.

e) In Absatz 8 Satz 1 wird das Wort „Gruppentherapie“ durch das Wort „Gruppenbehandlung“ ersetzt.

16. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „2 bis 6“ durch die Angabe „2 bis 4“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

d) Absatz 5 wird aufgehoben.

e) Absatz 6 wird Absatz 5.

17. Nach § 18 wird folgender §18a eingefügt:

„§ 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 Systemische Therapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind beihilfefähig, wenn die Person

1. Facharzt einer der folgenden Fachbereiche ist:

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

2. 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 einem Psychotherapeuten erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn er eine Weiterbildung oder eine vertiefte Ausbildung in diesem Verfahren erfolgreich abgeschlossen hat.“

18. § 20 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden in dem Satzteil vor Nummer 1 die Wörter „Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615)“ durch die Wörter „Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)“ und die Wörter „Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581)“ werden durch die Wörter „Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020 (BGBl. I S. 1691)“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(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 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, abgerechnet werden, für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2:
- a) das Entgelt bis zu dem Betrag des Entgeltkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 der Bundespflegesatzverordnung, der sich aus dem Produkt der maßgebenden Bewertungsrelation, des Basisentgeltwertes des dem Behandlungsort nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung 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 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 Walleistungen 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.“
- c) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „23 Euro“ durch die Angabe „45 Euro“ ersetzt.
 - d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b“ durch die Wörter „Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b“ ersetzt.
19. § 21 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757)“ durch die Wörter „Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 2020 (BGBl. I S. 1474)“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 Satz 4 wird aufgehoben.
20. § 22 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757)“ durch die Wörter „Artikel 223 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.
21. § 23 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 7 Satz 1 bis 5 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für Hörhilfen sind dem Grunde nach beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr begrenzt auf einen Betrag von 1 500 Euro je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für medizinisch notwendiges Zubehör. Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Hörhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder eines Facharztes für Phoniatrie und Pädaudiologie. Für Folgegeräte genügen die Feststellungen eines Hörgeräteakustikers, wenn keine neue ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Hörhilfe sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen

Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind.“

- b) In Absatz 8 Nummer 4 wird das Wort „Brustprothesenträgerinnen“ durch das Wort „Brustprothesenträgerinnen“ ersetzt.

22. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes oder die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 15 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. Das Vorliegen der Voraussetzungen nach den Absätzen 5 bis 7 ist durch schriftliche ärztliche Verordnung nachzuweisen.“

- b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „80 Euro“ durch die Angabe „100 Euro“ ersetzt.

23. § 26 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(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.“

24. In § 27 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „und 26“ durch ein Komma und die Angabe „26 und 29“ ersetzt.

25. § 30 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Häusliche Krankenpflege umfasst

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

Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege, auch wenn diese außerhalb des Haushalts des Gepflegten erbracht wird, sowie Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Änderungstarifvertrag vom 7. November 2017 (MBI. SMF S. 59)“ durch die Wörter „Änderungstarifvertrag vom 2. März 2019 (SächsABl. S. 1445)“ ersetzt und die Angabe „KR 7a“ wird durch die Angabe „KR 7“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird aufgehoben.

26. Dem § 35 wird folgender Absatz angefügt:

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

27. In § 36 Satz 1 werden die Wörter „Artikel 11 Absatz 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2745)“ durch die Wörter „Artikel 82 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)“ ersetzt.

28. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe „§§ 8 bis 30“ durch die Angabe „§§ 8 bis 30a“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 Nummer 7 werden die Wörter „Artikel 6 Absatz 3 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016)“ durch die Wörter „Artikel 8 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789)“ ersetzt.

- c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.

- d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „§ 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ durch die Wörter „§ 20 Absatz 1 Nummer 4“ ersetzt.

29. § 38 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Der Satzteil vor Nummer 1 wie folgt gefasst:

„Der Beihilfeberechtigte hat durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass“.

bb) In Nummer 2 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird der Satzpunkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

dd) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. gegebenenfalls eine Begleitperson notwendig ist.“

- b) In Satz 3 werden nach dem Wort „Gutachten“ die Wörter „eines Amts- oder Vertrauensarztes“

eingefügt.

30. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 2 wird der Satzteil vor Nummer 1 wie folgt gefasst:
„Der Beihilfeberechtigte hat durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass“.
- b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „wenn“ die Wörter „durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 2 werden die Wörter „durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass“ gestrichen.

31. § 40 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 40
Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen“.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615)“ durch die Wörter „Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385)“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Schutzimpfungen“ die Wörter „und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ eingefügt.
- c) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

„(3) 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. Dies umfasst auch Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich 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.“

32. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) 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 dem Grunde nach beihilfefähig. § 25 Absatz 1, 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 25 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
- c) In Absatz 3 werden die Wörter „eine von Absatz 1 abweichende“ gestrichen.

33. § 44 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva einschließlich Notfallkontrazeptiva und Intrauterinpressare sind bei Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig.“
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „70“ durch die Angabe „80“ ersetzt und die Angabe „30“ wird durch die Angabe „40“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird gestrichen.

34. § 47 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Gewebespenden“ die Wörter „sowie Spenden von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Organen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Gewebe“ werden die Wörter „und von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 werden die Wörter „Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211)“ durch die Wörter „Artikel 9 des Gesetzes vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1746)“ ersetzt.
 - cc) In Satz 6 werden die Wörter „Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228)“ durch die Wörter „Artikel 14 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248)“ ersetzt.
35. In § 49 Absatz 5 Satzteil nach Nummer 4 wird die Angabe „KR 7a“ durch die Angabe „KR 7“ ersetzt.
36. In § 49a Absatz 1 Nummer 3 werden die Wörter „hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ durch die Wörter „die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen“ ersetzt.
37. § 49b Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Buchstabe a werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651)“ durch die Wörter „Artikel 6 des Gesetzes vom 14. Juli 2020 (BGBl. I S. 1683)“ ersetzt.
 - b) In Buchstabe b werden die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879)“ ersetzt.
38. § 57 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 Halbsatz 2 werden die Wörter „Satz 3 und 4“ durch die Wörter „Satz 2 bis 4“ ersetzt.
 - b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
 „Die Bestimmung nach Satz 2 ist nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzung des Satzes 1 Halbsatz 1 nicht mehr zulässig.“
39. In § 59 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Wahlleistung nach § 20 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b oder Absatz 2 Nummer 3“ durch die Wörter „Wahlleistung für Unterkunft nach § 20 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b, Absatz 2 Nummer 4 oder § 37 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
40. In § 60 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 wird die Angabe „Nummer 2“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.
41. § 61 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 „2. es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach den §§ 152 und 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) nach § 30 Absatz 1 und Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 313 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 Prozent vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss, oder“.
42. § 62 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „oder die Festsetzungsstelle auf die Vorlage von Belegen verzichtet hat.“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Artikel 4 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050)“ durch die Wörter „Artikel 99 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626)“ ersetzt.
43. In Anlage 1 Nummer 1 Großbuchstabe M Buchstabe b werden nach dem Wort „Clustermedizin“ ein Komma und die Wörter „Behandlung mit Vergenix STR-Matrix“ eingefügt.
44. Anlage 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 7 Spalte 3 wird die Angabe „8,20“ durch die Angabe „9,50“ ersetzt.
 - b) In Nummer 18 Buchstabe b Spalte 3 wird die Angabe „18,20“ durch die Angabe „18,50“ ersetzt.
 - c) In Nummer 19 Buchstabe d Spalte 3 wird die Angabe „12,40“ durch die Angabe „16,40“ ersetzt.
 - d) In der Zeile vor Nummer 47 Spalte 2 werden die Wörter „Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.
 - e) In Nummer 47 Spalte 2 werden die Wörter „sprech- und sprachtherapeutische“ durch die Wörter „sprech-, sprach- und schlucktherapeutische“ ersetzt.
 - f) In Nummer 48 Buchstabe c Spalte 3 wird die Angabe „68,90“ durch die Angabe „74,50“ ersetzt.
 - g) Nummer 49 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Buchstabe c Spalte 3 wird die Angabe „67,60“ durch die Angabe „100,10“ ersetzt.

bb) In Buchstabe d Spalte 3 wird die Angabe „56,10“ durch die Angabe „67,20“ ersetzt.

45. Anlage 4 Teil A erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

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

47. Anlage 8 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 10 wird aufgehoben.

b) Die Nummern 11 bis 15 werden die Nummern 10 bis 14.

48. Anlage 9 wird wie folgt geändert:

a) In dem Satz, der mit dem Wortlaut „Bei Änderungen der nachstehenden Sachverhalte“ eingeleitet wird, wird der Spiegelstrich mit dem Wortlaut „Behandlung durch einen nahen Angehörigen“ gestrichen.

b) In dem Absatz „Erklärung“ wird Satz 3 gestrichen.

Artikel 2 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Dresden, den 11. November 2020

Der Staatsminister der Finanzen
Hartmut Vorjohann

Anhänge