

**Vierte Verwaltungsvorschrift  
zur Änderung der Verwaltungsvorschrift  
des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen  
zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung**

**Vom 23. Oktober 2024**

**I.**

Die **Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung** vom 24. Februar 2016 (SächsABl. SDr. S. S 266), die zuletzt durch die Verwaltungsvorschrift vom 1. Juni 2021 (SächsABl. S. 705) geändert worden ist, zuletzt enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 1. Dezember 2023 (SächsABl. SDr. S. S 253), wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1.2.2 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.
2. Nummer 2 wird wie folgt geändert:
  - a) Nummer 2.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 2.1.2 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„Wird nachträglich festgestellt, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und wurde der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert, ist eine bereits gezahlte Beihilfe aus Billigkeits- und Vertrauensschutzgründen zu belassen. Angehörige sind auch dann berücksichtigungsfähig, wenn eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines in § 80 Absatz 2 Satz 2 des Sächsischen Beamtengesetzes genannten Tatbestandes besteht.“
    - bb) Die Nummer 2.1.3 wird durch folgende Nummern 2.1.3 und 2.1.4 ersetzt:

„2.1.3 Wegen des Verweises auf den Familienzuschlag nach dem Sächsischen Besoldungsgesetz oder dem Sächsischen Beamtenversorgungsgesetz gilt der Kinderbegriff des Kindergeldrechts (§ 63 des Einkommensteuergesetzes, § 2 des Bundeskindergeldgesetzes). Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige leibliche Kinder, Adoptivkinder und Pflegekinder (§ 32 des Einkommensteuergesetzes, § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Bundeskindergeldgesetzes) des Beihilfeberechtigten sind danach stets berücksichtigungsfähig; Stiefkinder und Enkel des Beihilfeberechtigten nur dann, wenn sie der Beihilfeberechtigte in seinen Haushalt aufgenommen hat (§ 63 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 des Einkommensteuergesetzes, § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Bundeskindergeldgesetzes). Die Festsetzungsstelle kann die Entscheidung der Bezügestelle oder der Familienkasse zugrunde legen.

2.1.4 Die Mutter eines nichtehelichen Kindes eines Beihilfeberechtigten ist auch bezüglich der Geburtskosten keine berücksichtigungsfähige Erwachsene, da sie nicht verheiratet oder verpartnert sind. Für sie besteht eine eigenständige Absicherung im Geburtsfall über eine private oder eine gesetzliche Krankenversicherung. Deshalb kann für sie auch nach § 4 Absatz 2 Satz 6 keine Beihilfe für die dort genannten Leistungen als berücksichtigungsfähige Erwachsene gewährt werden.“
  - b) Nummer 2.2.1 wird wie folgt gefasst:

„2.2.1 Im Regelfall bestehen bei einer Verwendung im Ausland (Versetzung, Abordnung oder Zuweisung) der Anspruch auf Kindergeld und damit auch der Anspruch auf den Familienzuschlag für diese Kinder fort. In Einzelfällen kann jedoch der Kindergeldanspruch entfallen (zum Beispiel, weil das Kind im Ausland nicht im Haushalt des Beamten lebt). In diesen Fällen wird auf den Anspruch auf Auslandszuschlag für diese Kinder abgestellt (§ 53 Absatz 4 Nummer 2 des Bundesbesoldungsgesetzes). Kinder, für die Anspruch auf Auslandszuschlag besteht, sind auch im Familienzuschlag zu berücksichtigen (§ 64 Absatz 2 Satz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes).“

3. Nummer 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 3.1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Der Nummer 3.1.1 wird folgender Satz angefügt:  
 „Vergleichbar ist ebenfalls die an ehemalige Beamte der Deutschen Bundespost und deren Postnachfolgeunternehmen gewährten Beihilfeleistungen nach der Bundesbeihilfeverordnung durch die Postbeamtenkrankenkasse (PostBeaKK) (vergleiche § 26d des Bundesanstalt-Post-Gesetzes).“
  - bb) Nummer 3.1.3 wird wie folgt geändert:
    - aaa) In Satz 1 werden die Wörter „§§ 8 und 11 des Sächsischen Beamtengesetzes“ durch die Wörter „§§ 8 und 11 des Sächsischen Ministergesetzes“ ersetzt.
    - bbb) In Satz 2 wird die Angabe „Nummer 1.2.9“ durch die Angabe „Nummer 1.2.8“ ersetzt.
- b) Nummer 3.2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 3.2.1 Satz 3 werden die Wörter „mehr als einem Kind“ durch das Wort „Kindern“ und das Wort „den“ durch das Wort „einen“ ersetzt.
  - bb) Nummer 3.2.2 wird wie folgt gefasst:  
 „3.2.2 Für die Gewährung von Beihilfe geht die eigene Beihilfeberechtigung (zum Beispiel als Beamter auf Widerruf, Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Waisengeld) der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger immer vor. Dies gilt auch dann, wenn auf Grund der Berücksichtigungsfähigkeit ein höherer Bemessungssatz als aus dem eigenen Dienstverhältnis zustünde.“
  - cc) Die bisherige Nummer 3.2.2 wird Nummer 3.2.3.
- c) Nummer 3.5 wird wie folgt gefasst:
  - „3.5 Zu Absatz 5**
  - 3.5.1 Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder sind nur bei dem Beihilfeberechtigten beihilfefähig, der den Familienzuschlag oder vergleichbare Leistungen für das Kind tatsächlich erhält (vergleiche § 2 Absatz 1 oder 2).
  - 3.5.2 In den Fällen des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummern 2 bis 5 des Sächsischen Beamtengesetzes erhält nur der Beihilfeberechtigte die Beihilfe, der vor Beginn der Freistellung den Familienzuschlag erhalten hat oder erhalten hätte. Dies betrifft Fälle einer Beurlaubung beziehungsweise Freistellung vom Dienst, in denen die Beihilfeberechtigung fortbesteht, aber gerade keine Besoldung oder Versorgungsbezüge und dementsprechend auch kein Familienzuschlag für das Kind gezahlt wird. Damit wird sichergestellt, dass für das Kind Beihilfe nach den bisherigen Konditionen bezogen werden kann. Gerade in Fällen, in denen sonst die Beihilfe für das Kind beim anderen Elternteil gezahlt werden würde, könnten ansonsten Anpassungen beim Krankenversicherungsschutz notwendig werden, wenn sich die Beihilfeberechtigung beim anderen Elternteil nach dem Beihilferecht des Bundes oder eines anderen Landes bestimmt. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn dort ein anderer (in der Regel niedriger) Beihilfebemessungssatz für das Kind geregelt ist. Die Regelung des § 80 Absatz 4 Satz 9 des Sächsischen Beamtengesetzes geht als speziellere Norm § 80 Absatz 4 Satz 8 des Sächsischen Beamtengesetzes beziehungsweise Absatz 5 Satz 1 vor. Ein Wahlrecht besteht dabei nicht.
  - 3.5.3 Bei Anwendung der Konkurrenzregelung des § 80 Absatz 4 Satz 9 des Sächsischen Beamtengesetzes ist zunächst zu prüfen, welcher Beihilfeberechtigte den Familienzuschlag vor Beginn der Beurlaubung tatsächlich erhalten hat, wenn dem Grunde nach mehrere Beihilfeberechtigte einen Anspruch auf den Familienzuschlag hatten. Die Regelung findet daher nur in den seltenen Ausnahmefällen Anwendung, wenn zunächst zu Beginn der Beurlaubung oder Freistellung keine Konkurrenz vorlag und der Beihilfeberechtigte demzufolge den Familienzuschlag für das Kind hätte erhalten müssen, der aber (in der Regel auf Grund einer Beurlaubung oder Freistellung ohne Besoldung) tatsächlich nicht gezahlt werden konnte.

3.5.3.1 Beispiel 1:

Eine Beihilfeberechtigte (Mutter) befindet sich in einer Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung (für das Beispiel ist dabei unerheblich, ob während dieser Zeit Anspruch auf Beihilfe fortbesteht oder nicht). Während der Freistellung wird ein Kind geboren, dessen Vater nicht beihilfeberechtigt ist. Mutter und Vater trennen sich, die Mutter ist im Anschluss an die Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung in Elternzeit und hat damit nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Sächsischen Beamtengesetzes Anspruch auf Beihilfe für das Kind. Eine Konkurrenzsituation kann dann eintreten, wenn die Mutter während der Elternzeit einen Beihilfeberechtigten (Stiefvater) heiratet, der das Kind als Stiefkind in den gemeinsamen Haushalt aufnimmt. In diesem Falle wird in der Regel eine neue Konkurrenzsituation eintreten, da der Stiefvater dann einen Anspruch auf den Familienzuschlag für das Stiefkind hat. Fraglich ist dann, wer die Beihilfe für das Kind erhalten soll:

Vor Beginn der Elternzeit hatte die Mutter keinen Anspruch auf Familienzuschlag für das Kind gehabt, da keine Besoldung gezahlt wurde. Sie hat demnach tatsächlich nicht vor Beginn der Freistellung den Familienzuschlag erhalten. Sie hätte aber vor Beginn der Freistellung den Familienzuschlag erhalten können und müssen, wenn sie Anspruch auf Besoldung gehabt hätte, da eine Konkurrenzsituation zum Beginn der Elternzeit beim Familienzuschlag für das Kind gerade nicht bestand. In der Folge ist die Beihilfe für das Kind nach § 80 Absatz 4 Satz 9 des Sächsischen Beamtengesetzes der Mutter zu gewähren. In diesem Falle ist es ausnahmsweise auch unerheblich, dass dann der Stiefvater tatsächlich den Familienzuschlag für das Kind erhält.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass der Vater aber in dem geschilderten Fall dann die Beihilfe für das Kind erhalten muss, wenn die Elternzeit der Mutter endet und der Vater weiterhin den Familienzuschlag erhält.

3.5.3.2 Beispiel 2:

Eine Beihilfeberechtigte (Mutter) befindet sich in einer Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung (für das Beispiel ist dabei unerheblich, ob während dieser Zeit Anspruch auf Beihilfe fortbesteht oder nicht). Während der Freistellung wird ein Kind geboren, dessen Vater beihilfeberechtigt ist. Die Mutter ist im Anschluss an die Freistellung ohne Anspruch auf Besoldung in Elternzeit, so dass eine neue Konkurrenzsituation eintritt. In diesem Falle hatte die Mutter vor Beginn der Elternzeit mangels Anspruchs auf Besoldung keinen Anspruch auf Familienzuschlag. Sie kann damit auch keinen Anspruch auf Beihilfe für das Kind haben, da hier die Regelung des § 80 Absatz 4 Satz 9 des Sächsischen Beamtengesetzes keine Anwendung findet. Die Frage, wer von beiden die Beihilfe für das Kind erhält, bestimmt sich ausschließlich nach § 80 Absatz 4 Satz 8 des Sächsischen Beamtengesetzes. Ein Wahlrecht sieht weder § 80 Absatz 4 Satz 8 noch Satz 9 des Sächsischen Beamtengesetzes vor.

3.5.4 Bei mehreren Beihilfeberechtigten mit unterschiedlichen Dienstherrn (zum Beispiel Bund – Land; Bund – Kommune) hat die andere Festsetzungsstelle auf dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 1 entspricht, zu bestätigen, wer die Beihilfe für die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält.“

4. Nummer 4 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4.1.1 wird wie folgt gefasst:

„4.1.1 Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen beurteilt sich nach der Rechtslage im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und nicht nach der Rechtslage im Zeitpunkt der Stellung des Beihilfeantrags (BVerwG, Urteil vom 3. Juli 2003, 2 C 36/02 Rn. 29), der Einreichung eines Heil- und Kostenplans (VGH Mannheim, Urteil vom 1. Februar 2019, 2 S 1352/18, Rn. 24) oder der (gerichtlichen) Entscheidung über den Beihilfeantrag (OVG Bautzen, Beschluss vom 29. August 2022, 2 A 127/22). Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen kommt es nicht darauf an, ob der Beihilfeberechtigte die ihm in Rechnung gestellte Vergütung beglichen hat oder nicht (OVG Bautzen, Beschluss vom 5. März 2010, 2 B 28/10). Für die Beihilfefähigkeit einer Maßnahme ist es ebenfalls nicht von Bedeutung, ob die private

Krankenversicherung die (anteiligen) Kosten einer Maßnahme erstattet, da im Beihilferecht einerseits und im Versicherungsrecht der privaten Krankenversicherungen andererseits hinsichtlich der Erstattung von Behandlungskosten unterschiedliche Maßstäbe anzuwenden sind. So gründet beispielsweise die im Beihilferecht zu erfolgende Prüfung der wissenschaftlichen Anerkennung einer Behandlungsmethode in der Erwartung des Dienstherrn, dass die aus allgemeinen Steuergeldern finanzierte Beihilfe nur Heilbehandlungen erstattet, die zweckmäßig sind und eine hinreichende Gewähr für eine möglichst rasche, sichere und erfolgreiche Therapie bieten, während im Bereich der privaten Krankenversicherung nicht geprüft wird, ob die in Rede stehende Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist (VGH Mannheim, Beschluss vom 4. Juli 2022, 2 S 3715/21, Rn. 47 ff.).“

b) Nummer 4.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4.2.2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 3 werden nach dem Wort „berücksichtigen“ die Wörter „(vergleiche § 2 Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes)“ eingefügt.

bbb) Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ein Verlustabzug nach § 10d des Einkommensteuergesetzes berührt nicht die Einkünfteermittlung (VG Dresden, Gerichtsbescheid vom 28. April 2022, 11 K 440/19). Arbeitsentgelt aus geringfügigen Beschäftigungen im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder des § 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (sogenannte Minijobs) zählt nicht zum Gesamtbetrag der Einkünfte, wenn es nach § 40a des Einkommensteuergesetzes pauschal besteuert wird (vergleiche § 40a Absatz 2 und 2a des Einkommensteuergesetzes). Entsprechendes gilt für andere Einkünfte, die einer Pauschalbesteuerung nach § 40a des Einkommensteuergesetzes unterliegen.“

bb) Nummer 4.2.4 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden die Wörter „Betrag von 18 000 Euro“ durch das Wort „Ehegattengrenzbetrag“ ersetzt.

bbb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Glaubhaftmachung der Einkünfte ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 2 entspricht, zu verwenden.“

cc) Die Nummer 4.2.5 wird durch folgende Nummern 4.2.5 und 4.2.6 ersetzt:

„4.2.5 Der Ehegattengrenzbetrag beträgt im Kalenderjahr 2024 18 504 Euro. Er ist für den gesamten maßgeblichen Dreijahreszeitraum zu Grunde zu legen. Für im Kalenderjahr 2024 entstandene Aufwendungen ist der Ehegattengrenzbetrag von 18 504 Euro demnach für die Jahre 2021 bis 2023 maßgeblich. Der Ehegattengrenzbetrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des Sächsischen Besoldungsgesetzes und die monatliche Sonderzahlung nach § 64a des Sächsischen Besoldungsgesetzes erhöht werden. Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt. Das kann dazu führen, dass Erhöhungen des Ehegattengrenzbetrages in Folgejahren zu einer unterschiedlichen Berücksichtigung des Ehegattengrenzbetrages in einzelnen Jahren führen (zum Beispiel bei einer Erhöhung ab 2025 wäre auch für die Jahre 2022 und 2023 der erhöhte Betrag maßgeblich). Unter Berücksichtigung der Besoldungsanpassungen mit dem Fünften Dienstrechtsänderungsgesetzes beträgt der Ehegattengrenzbetrag vorbehaltlich weiterer Besoldungsanpassungen

im Kalenderjahr 2025	18 504 Euro,
im Kalenderjahr 2026	20 180 Euro,
im Kalenderjahr 2027	21 290 Euro.

4.2.6 In den Fällen des Satzes 7 ist der Beihilfebescheid unter dem Vorbehalt der Aufhebung und der Rückforderung der geleisteten Beihilfe zu erlassen. Soweit nachträglich Umstände bekannt werden, die zu einem Ausschluss der Beihilfegewährung an den Ehegatten oder Lebenspartner führen würden, hat die Festsetzungsstelle den Bescheid ganz oder teilweise aufzuheben. Es ist regelmäßig davon auszugehen, dass der Beihilfebescheid bei einer nachträglich festgestellten Überschreitung der Einkommensgrenze rückwirkend unrichtig geworden ist und insoweit nach § 48 des Verwaltungsverfahrensgesetzes binnen Jahresfrist zurückgenommen werden kann. Die Jahresfrist beginnt erst zu laufen, wenn der nach der innerbehördlichen Geschäftsverteilung für die Rücknahme zuständige Amtsträger (vergleiche BVerwG, Beschluss vom 19. Dezember 1984, GrSen 1.84) positive und vollständige Kenntnis aller die Rücknahme rechtfertigenden Tatsachen hatte und keine Notwendigkeit mehr für eine weitere Aufklärung oder für irgendwelche Überlegungen hinsichtlich der Rücknahme bestand. Die von der Festsetzungsstelle zu prüfende Rückforderung der zu viel gezahlten Beihilfe beruht auf § 49a Absatz 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes und richtet sich nach § 89 des Sächsischen Beamtengesetzes in Verbindung mit § 18 Absatz 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes (BVerwG, Urteil vom 16. November 1989, 2 C 43/87; BVerwG, Urteil vom 22. März 2017, 5 C 5/16; zum Verwaltungsverfahren insgesamt vergleiche OVG Münster, Urteil vom 17. August 2018, 1 A 2675/15). Für diesen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gilt die kenntnisabhängige dreijährige Verjährungsfrist in entsprechender Anwendung des § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches (hierzu BVerwG, Urteil vom 15. März 2017, 10 C 3/16).“

c) Nummer 4.3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4.3.2 Satz 2 werden nach der Angabe „B 1 KR 35/15 R“ ein Komma und die Wörter „zur Brustasymmetrie BSG, Urteil vom 10. März 2022, B 1 KR 3/21 R“ eingefügt.

bb) Nummer 4.3.3 wird wie folgt gefasst:

„4.3.3 Aufwendungen für die Behandlung von körperlichen Anomalien, die einen Krankheitswert erreichen (hierzu Nummer 1.1.2), sind medizinisch notwendig und dem Grunde nach beihilfefähig. So kann beispielsweise die Resektion einer Fettschürze nach Gewichtsreduktion beihilfefähig sein, wenn diese zu gravierenden Bewegungseinschränkungen führt. Hinsichtlich der Aufwendungen für eine Liposuktion bei Lipödem wird auf Absatz 2 der Nummer 4.4.4 hingewiesen. Im Einzelfall können bei ausgeprägter krankhafter Adipositas auch Aufwendungen für bariatrische Operationen zur Gewichtsreduktion (zum Beispiel Gastric Banding) beihilfefähig sein, wenn Folge- oder Begleiterkrankungen der Adipositas vorliegen und konservative Therapien ausgeschöpft sind.“

cc) Die Nummern 4.3.6 und 4.3.7 werden wie folgt gefasst:

„4.3.6 In den Fällen existierender Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 6 kann die Festsetzungsstelle regelmäßig davon ausgehen, dass die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit nach Satz 1 vorliegen, falls kein ausdrücklicher (Teil-)Ausschluss für eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach Anlage 1 vorliegt (vergleiche auch Nummer 4.6.1).

4.3.7 Aufwendungen für Kataraktoperationen sind auch unter Einsatz eines Femtosekundenlasers oder Nanolasers beihilfefähig. Es handelt sich dabei um medizinisch notwendige und wissenschaftlich allgemein

anerkannte Behandlungsmethoden. Der Einsatz eines Femtosekundenlasers oder Nanolasers bei Durchführung einer Kataraktoperation ist nach Nummer 1375 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte, zu welcher der Zuschlag nach Nummer 441 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen gegebenenfalls hinzukommt, beihilfefähig. Die Nummern 5800 und 5855 (analog) des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind nicht gesondert abrechenbar und somit nicht beihilfefähig (BGH, Urteile vom 14. Oktober 2021, III ZR 350/20 und III ZR 353/20).“

dd) Die bisherige Nummer 4.3.7 wird Nummer 4.3.8.

ee) Die bisherige Nummer 4.3.8 wird Nummer 4.3.9 und Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Nachweis einer unvermeidbaren Härte, die bei Ablehnung der Beihilfe zu einer existenziellen Notlage führen könnte, obliegt dem Beihilfeberechtigten als Mitwirkungshandlung (BVerwG, Urteil vom 2. November 2022, 5 A 1/21 Rn. 32; VGH Mannheim, Urteil vom 26. November 2015, 2 S 1075/14).“

ff) Die bisherige Nummer 4.3.9 wird Nummer 4.3.10.

gg) Die bisherigen Nummern 4.3.10 bis 4.3.10.3 werden gestrichen.

hh) Nummer 4.3.11 wird wie folgt gefasst:

„4.3.11 In besonderen Härtefällen nach Satz 2 kann die Beihilfefähigkeit ausnahmsweise auch für Aufwendungen von Leistungen gegeben sein, die dem Grunde nach nicht medizinisch notwendig, nicht wirtschaftlich angemessen oder nicht wissenschaftlich anerkannt sind. Allein aus der Tatsache, dass eine Behandlung möglicherweise sinnvoll ist, folgt jedoch nicht, dass sie im Rahmen der Beihilfe als Härtefall zu erstatten wäre. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode im konkreten Einzelfall zu einem therapeutischen Erfolg geführt hat, da eine solche ‚Erfolgsabhängigkeit‘ dem Beihilferecht fremd ist (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94; OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 8. Oktober 2020, OVG 10 N 62/20 zu einer Beihilfe für eine Protonentherapie zur Behandlung eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms). Eine aus Fürsorgegesichtspunkten gebotene Erhöhung des Bemessungssatzes richtet sich nach § 57 Absatz 13 Nummer 2.

4.3.11.1 Hinsichtlich des Krankheitsbildes kommen als Ausnahmefall – ähnlich wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – im Hinblick auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005, 1 BvR 347/98 insbesondere Fälle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit in Betracht (VGH Mannheim, Urteil vom 14. Juli 2010, 11 S 2730/09; vergleiche auch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. Januar 2011, BAnz. Nr. 56 [S. 1342] vom 8. April 2011 und BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 25. September 2023, 1 BvR 1790/23 zu einer begehrten Behandlung mit dem Arzneistoff Miglustat bei infantiler Tay-Sachs-Erkrankung). Der Rechtssatz des Bundesverfassungsgerichts, es sei mit den Grundrechten aus Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, dem für seine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe, ist mit

demselben Inhalt vom Bundesverwaltungsgericht für das Beihilferecht aufgestellt worden. Beihilfe ist danach auch für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden unter anderem dann zu gewähren, wenn zur Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung gerade keine allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden Therapien zur Verfügung stehen (BVerwG, Urteil vom 29. Juni 1995, 2 C 15/94, BVerwG, Beschluss vom 22. August 2007, 2 B 37/07, Rn. 6).

4.3.11.2 Die Kostenerstattung einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach dem jeweiligen Bemessungssatz ist somit dann möglich, wenn sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer solchen Krankheit noch nicht herausgebildet hat, das anerkannte Heilverfahren nicht angewendet werden darf oder ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist (BVerwG, Urteil vom 2. November 2022, 5 A 1/21, Rn. 23 mit weiteren Nachweisen). Weitere Voraussetzung der Beihilfefähigkeit ist, dass die wissenschaftlich noch nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode nach einer medizinischen Erprobungsphase entsprechend dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft noch wissenschaftlich allgemein anerkannt werden kann (BVerwG, Urteil vom 18. Juni 1998, 2 C 24/97, Rn. 12, VGH Mannheim, Beschluss vom 4. Juli 2022, 2 S 3715/21, Rn. 48, 52 zur abgelehnten Beihilfefähigkeit einer HIFU-Ganzdrüsentherapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom). Wenn die Krankheit zwar lebensbedrohlich ist oder regelmäßig tödlich verläuft, aber zu ihrer Behandlung (Heilung, Besserung oder Linderung) allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapien gegeben sind, besteht keine (verfassungsrechtliche) Verpflichtung, auch für die Kosten einer von dem Erkrankten zu seiner Behandlung gewählten nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode aufzukommen (VGH Mannheim, Urteil vom 14. Juli 2010, 11 S 2730/09). Darüber hinaus muss in diesen Fällen die nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer Heilung oder erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. Ebenso wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010, B 6 KA 48/09 R) ist eine reale Chance auf Heilung der Grunderkrankung selbst oder eine positive Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung ausreichend. Jedoch führt nicht jede Verbesserung der Lebensqualität, sondern nur die Erfüllung der Hoffnung des Erkrankten auf eine rettende Behandlung in einer aussichtslosen gesundheitlichen Situation dazu, dass auch die Kosten wissenschaftlich nicht anerkannter Behandlungsmethoden im Ausnahmefall von der Beihilfe zu übernehmen sind.

4.3.11.3 Die ausgeschlossene Thymustherapie einschließlich einer Behandlung mit Thymuspräparaten oder die teilweise ausgeschlossene Hyperthermiebehandlung können demnach bei Krebserkrankungen beihilfefähig sein, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.“

ii) Die bisherige Nummer 4.3.11 wird Nummer 4.3.12.

d) Nummer 4.4 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4.4.4 Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Notwendigkeit einer Liposuktion bei Lipödem kann gegeben sein, wenn ein Lipödem fortgeschrittenen Stadiums (ICD-10-Codes E 88.21 oder E 88.22) ärztlich diagnostiziert wurde und trotz konsequent durchgeführter konservativer Therapie (insbesondere Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainage, Bewegungstherapie, Ernährungsumstellung) Beschwerden fortbestehen (vergleiche hierzu S2k-Leitlinie 037/012: Operative Therapie des Lipödems). Hinsichtlich eines Lipödems des Stadiums II (ICD-10-Code E 88.21) kommt eine Beihilfefähigkeit deshalb allenfalls dann in Betracht, wenn eine

wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zuvor erfolglos durchgeführt wurde (BVerwG, Urteil vom 2. November 2022, 5 A 1/21, Rn. 26; hierzu auch VGH Mannheim, Urteil vom 11. Juli 2024, 2 S 1904/23).“

- bb) In Nummer 4.4.6 Satz 6 wird die Angabe „300 Euro“ durch die Angabe „400 Euro“ ersetzt.
- cc) In Nummer 4.4.8 Satz 6 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „18. Januar 2024“ ersetzt.
- dd) Folgende Nummer 4.4.10 wird angefügt:
  - „4.4.10 Aufwendungen für eine Schnelltestung der Infektionskrankheiten SARS-CoV-2, Influenza A und B sowie RSV mittels des Testsystems GeneXpert® von der Cepheid GmbH, die vor Ort in einer Arztpraxis durchgeführt werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig.“
- e) Nummer 4.5 wird wie folgt geändert:
  - aa) Die Nummern 4.5.2 bis 4.5.4 werden wie folgt gefasst:
    - „4.5.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen für ambulante Leistungen sind die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt oder einem Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (zum Beispiel einer Klinik) in Rechnung gestellt wird. Insbesondere findet die Gebührenordnung für Ärzte auch dann Anwendung, wenn der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person, zum Beispiel einem Krankenhausträger, abgeschlossen wird und ambulante Leistungen durch Ärzte erbracht werden, die lediglich im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses in der Erfüllung ihrer eigenen Dienstaufgaben tätig werden und selbst mit dem Patienten keine Vertragsbeziehungen eingehen. Die Vereinbarung eines Pauschalhonorars entspricht in diesen Fällen nicht den Vorgaben des § 2 Absatz 1 und 2 der Gebührenordnung für Ärzte und ist deshalb nichtig (BGH, Urteil vom 4. April 2024, III ZR 38/23 zur nichtigen Vereinbarung eines Pauschalhonorars für eine ambulante Cyberknife-Behandlung). Sie kann der Beihilfefestsetzung – anders als eine analoge Abrechnung von Gebührencyffern nach § 6 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte – nicht zu Grunde gelegt werden, sofern es keine gesonderte, nach Absatz 6 zu beurteilenden Verträge oder Vergütungsvereinbarungen gibt (vergleiche Nummern 4.3.6 und 4.6.1). Dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten zum Beispiel die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst (vergleiche zum Beispiel § 32 Absatz 5 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz). Abrechnungen nach dem DKG-NT (Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif) sind ebenso anzuerkennen.
    - 4.5.3 Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich gemäß § 1 Absatz 1 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach der Gebührenordnung für Ärzte mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind – § 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
    - 4.5.4 Gemeinsame Abrechnungsempfehlungen, die zwischen Spitzenorganisationen, zum Beispiel Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, dem PKV-Verband und den Beihilfetägern, abgeschlossen werden, gelten als wirtschaftlich angemessen. Es handelt sich hierbei regelmäßig um

Analogabrechnungen zu den Gebührenordnungen.“

- bb) Die bisherige Nummer 4.5.4 wird Nummer 4.5.5.
- cc) Die bisherige Nummer 4.5.5 wird Nummer 4.5.6 und in Satz 2 werden nach den Wörtern „Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten“ die Wörter „oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ eingefügt.
- dd) Die bisherige Nummer 4.5.6 wird Nummer 4.5.7 und in Satz 2 werden nach den Wörtern „Deutscher Ärzte-Verlag GmbH“ ein Komma und die Wörter „abrufbar über die Homepage der Bundesärztekammer“ eingefügt.
- ee) Die bisherigen Nummern 4.5.6.1 und 4.5.6.2 werden Nummer 4.5.7.1 und 4.5.7.2.
- ff) Die bisherige Nummern 4.5.7 wird Nummer 4.5.8 und wie folgt gefasst:  
 „4.5.8 Aufwendungen für eine medizinische Zweitmeinung, auch über das medizinische Zweitmeinungsportal ‚Medexo‘, sind dem Grunde nach beihilfefähig, soweit es sich um ärztliche Leistungen nach dem Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte handelt. Dies gilt ebenso für telemedizinische ärztliche Leistungen (zum Beispiel ärztliche Beratung in einer Videosprechstunde), wenn sichergestellt ist, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Freistaat Sachsen im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Aufklärung, Beratung und Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird (vergleiche § 7 Absatz 4 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 352) in der Fassung der Änderungssatzung vom 2. Juli 2021 und § 7 Absatz 4 der (Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte). Inwieweit dies auch in anderen Bundesländern zugelassen ist, richtet sich nach den jeweiligen Berufsordnungen des Landes. Die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer und die Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen mit der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfeträgern von Bund und Ländern zu telemedizinischen Leistungen sind entsprechend anzuwenden (abrufbar über das PKV-Serviceportal). Pauschale Verwaltungsgebühren oder sonstige Gebühren sind nicht beihilfefähig.“
- gg) Die bisherige Nummer 4.5.8 wird Nummer 4.5.9 und nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:  
 „Ebenso wenig sind die Gebührenordnungen zugunsten eines Pauschalhonorars abdingbar (vergleiche Nummer 4.5.2).“
- hh) Die bisherige Nummern 4.5.9 wird Nummer 4.5.10.
- ii) Die bisherige Nummer 4.5.9.1 wird Nummer 4.5.10.1.
- jj) Die bisherige Nummer 4.5.9.1.1 wird die Nummer 4.5.10.1.1 und in Satz 3 werden nach dem Wort „beihilfefähig“ die Wörter „(vergleiche Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 5. März 2021, 5 C 11/19 zur Nebeneinanderabrechnung der Nummern 6100 und 2197 GOZ)“ eingefügt.
- kk) Die bisherigen Nummern 4.5.9.1.2 bis 4.5.9.1.6 werden die Nummern 4.5.10.1.2 bis 4.5.10.1.6.
- ll) Die bisherige Nummer 4.5.9.2 wird Nummer 4.5.10.2.
- mm) Die bisherigen Nummern 4.5.9.2.1 bis 4.5.9.2.32 werden die Nummern 4.5.10.2.1 bis 4.5.10.2.32.
- nn) Die bisherige Nummer 4.5.9.3 wird Nummer 4.5.10.3.
- oo) Die bisherigen Nummern 4.5.9.3.1 bis 4.5.9.3.3 werden die Nummern 4.5.10.3.1 bis 4.5.10.3.3.
- f) Nummer 4.6.1 Satz 5 wird wie folgt gefasst:  
 „Beispiele sind:  
 a) Vergütungsvereinbarungen des PKV-Verbandes mit Cyberknife-Zentren (umfasst auch das Verfahren ZAP-X),

- b) Kooperationsvereinbarung des PKV-Verbandes mit der Tele-Arzt-GmbH,
  - c) Rahmenvereinbarung des PKV-Verbandes mit dem Universitätsklinikum Köln und Kooperationspartnern über die Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie bei Lungenkrebs im Netzwerk Genomische Medizin (NGM),
  - d) Rahmenvereinbarung des PKV-Verbandes mit der LMU München über die Erbringung einer hochpräzisen MR-geführten Strahlentherapie mit MR-Linac,
  - e) Innovationspartnerschaft des PKV-Verbandes mit der Cepheid GmbH über den Einsatz des Testsystems GeneXpert® zur Schnelltestung von Infektionskrankheiten vor Ort in der Arztpraxis.“
- g) In Nummer 4.7.1 Satz 3 wird die Angabe „§ 66“ durch die Angabe „§ 64“ ersetzt.
- h) Der Nummer 4.8 wird folgende Nummer 4.8.2 angefügt:
- „4.8.2 Der Ausschluss von Aufwendungen gemäß § 80 Absatz 5 Satz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes für Life-Style-Mittel und Mittel, die der allgemeinen Lebenshaltung dienen, ist auch dann nicht unangemessen, wenn diese im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung als erstattungsfähig ausgewiesen sind. Kann durch die Festsetzungsstelle im Einzelfall eine Zuordnung der beantragten Aufwendungen zu § 80 Absatz 5 Satz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes nicht eindeutig vorgenommen werden, kann eine Entscheidung im Einvernehmen mit dem Sächsischen Staatsministerium der Finanzen herbeigeführt werden.“
5. Nummer 5.3.2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 9“ ersetzt.
  - b) In Satz 4 wird das Wort „BayVGH“ durch die Wörter „VGH München“ ersetzt.
6. Nummer 6 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 6.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 6.1.2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Zu den zustehenden Leistungen gehören außerdem Ansprüche auf soziale Entschädigung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.“
    - bb) Der Nummer 6.1.3 wird folgender Satz angefügt:

„Ebenso gehen Leistungen der Beihilfe einem Anspruch auf Kostenübernahme gegenüber vom Dienstherrn veranlassten Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Dienstunfähigkeit nach § 52 Absatz 5 des Sächsischen Beamtengesetzes vor (vergleiche hierzu auch VGH München, Beschluss vom 14. November 2014, 14 C 12.2695).“
    - cc) Nummer 6.1.5 wird wie folgt gefasst:

„6.1.5 Erstattungsleistungen können zum Beispiel auch aufgrund von Vorschriften, die auf Vorschriften des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch Bezug nehmen (zum Beispiel § 4 des Häftlingshilfegesetzes) bestehen.“
    - dd) In Nummer 6.1.6 werden die Wörter „(vergleiche Nummer 58.1.4)“ gestrichen.
  - b) Nummer 6.2.1 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Festzuschuss umfasst 60 Prozent der jeweiligen Regelversorgung. Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann sich der Festzuschuss maximal auf 75 Prozent erhöhen.“
  - c) In Nummer 6.3.1 Satz 2 werden die Wörter „und Selbstbehalte“ gestrichen.
7. In Nummer 7.1.3 Satz 4 wird die Angabe „200 Euro“ durch die Angabe „230 Euro“ ersetzt.
8. Nummer 7a wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 7a.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 7a.1.1 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
    - bb) In Nummer 7a.1.2 Satz 2 werden die Wörter „der Beamte“ durch die Wörter

„die beihilfeberechtigte Person“ ersetzt.

b) In Nummer 7a.6.3 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

c) Nummer 7a.8 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 7a.8.1 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

bb) Nummer 7a.8.2 wird wie folgt gefasst:

„7a.8.2 Die Regelung des § 55 Absatz 5 gilt nur eingeschränkt für Aufwendungen bei vollstationärer Pflege im Ausland. Die Höhe der gesamten beihilfefähigen Aufwendungen wird auf die anteiligen Kosten einer Krankenpflegekraft beschränkt (vergleiche § 49 Absatz 5). In die Höchstgrenze sind die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2 und 3 in voller Höhe einzubeziehen. Auf eine tatsächliche anteilige Leistungsgewährung durch die Pflegeversicherung kommt es nicht an. Darüber hinaus sind die von § 55 Absatz 5 erfassten Aufwendungen nur in Höhe der Differenz zwischen den anteiligen Kosten einer Krankenpflegekraft und den beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2 und 3 beihilfefähig. Leistungszuschläge nach § 55 Absatz 2 (§ 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind nicht beihilfefähig (vergleiche hierzu Nummer 55.2.8) und daher nicht von den verbleibenden Aufwendungen abzuziehen.“

cc) In Nummer 7a.8.3 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ und die Angabe „Absatz 8“ durch die Angabe „Absatz 10“ ersetzt.

9. Nummer 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 8.1 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Eine Untersuchung dient der Krankheitsbehandlung im beihilferechtlichen Sinne, wenn sie aus Anlass eines auf konkrete Anhaltspunkte gestützten Krankheitsverdachts erfolgt und die Möglichkeit besteht, dass infolge des Untersuchungsergebnisses eine bestimmte Behandlung erfolgt. Der Beihilfefähigkeit steht die Möglichkeit, dass die Untersuchung zu dem Ergebnis führt, dass keine oder eine nicht behandelbare Krankheit vorliegt, nicht entgegen (OVG Bremen, Beschluss vom 12. September 2023, 2 LA 40/23, Rn. 29 zu humangenetischen Untersuchungen; hierzu auch Nummer 4.4.7). Nur wenn feststeht, dass bei jedem in Betracht zu ziehenden Ausgang der Untersuchung ohnehin keine Behandlung oder keine andere Behandlung als bisher stattfinden wird, dient die Untersuchung nicht mehr der Krankheitsbehandlung im beihilferechtlichen Sinne (vergleiche VGH Mannheim, Urteil vom 20. Juli 2021, 2 S 872/20, Rn. 38 zur nicht behandlungsbedürftigen oder behandelbaren symptomlosen balancierten Translokations-Trisomie).“

b) In Nummer 8.2 Buchstabe b wird die Angabe „und 4“ gestrichen.

c) Nummer 8.5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Andere Leistungen sind nur in dem Maße beihilfefähig, wie sie nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die hierzu auf die Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte verweist, oder nach den Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfeträgern von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen berechnungsfähig sind.“

10. Nummer 9.2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesverwaltungsgericht hat (in drei Urteilen vom 15. Juni 2023, 3 C 3/22, 3 C 4/22, 3 C 5/22) entschieden, dass die Eigenblutproduktion im Wege der Mischung mit einem Sauerstoff-Ozon-Gemisch oder mit homöopathischen Fertigarzneimitteln nicht von Heilpraktikern durchgeführt werden darf, da die auf diesem Weg erfolgte Eigenblutproduktion nicht homöopathisch im Sinne des § 28 des Transfusionsgesetzes ist und folglich dem Arztvorbehalt des § 7 Absatz 2 des Transfusionsgesetzes unterfällt; entsprechende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.“

- b) Der bisherige Satz 6 wird gestrichen.
11. Nummer 12 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 12.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 12.1.3 wird wie folgt gefasst:  
„12.1.3 Wird der Festsetzungsstelle zur Genehmigung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt, müssen die Dokumentation des Befundes, die kieferorthopädischen Leistungen, die Behandlungsdauer, die Behandlungsmethode, die zum Einsatz kommenden Therapiegeräte und eine detaillierte Aufschlüsselung der zu erwartenden Material- und Laborkosten ersichtlich sein.“
- bb) In Nummer 12.1.6 Satz 1 wird das Wort „Behandlung“ durch das Wort „Erstbehandlung“ und die Wörter „nach Ablauf von“ werden durch die Wörter „in einem Zeitraum von längstens“ ersetzt.
- b) Nummer 12.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 12.3.1 wird gestrichen.
- bb) Die bisherige Nummer 12.3.2 wird Nummer 12.3.1 und Satz 2 wird gestrichen.
12. Nummer 16 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 16.1.1 Satz 1 bis 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:  
„Die ambulante Psychotherapie umfasst die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, probatorische Sitzungen, die analytische Psychotherapie, die Systemische Therapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung. Hinsichtlich der Behandlungsformen und Definitionen wird auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) hingewiesen. Die analytische Psychotherapie, die Systemische Therapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie können sowohl als Kurzzeittherapie als auch als Langzeittherapie zur Anwendung kommen.“
- b) Der Nummer 16.2 werden die folgenden Nummern 16.2.2 und 16.2.3 angefügt:  
„16.2.2 Eine Einzelbehandlung ist die Behandlung einer Person, wobei auch eine Bezugsperson einbezogen werden kann. Bei einer Gruppenbehandlung werden mehrere Personen, die keinen persönlichen Bezug zueinander haben, in einer Gruppensitzung behandelt. Ein Mehrpersonensetting findet statt, wenn Patienten, die in einer persönlichen Beziehung stehen (Kernfamilie, erweiterte Familie, Lebenspartner oder Mitglieder von anderen interpersonellen Systemen) in einer Sitzung behandelt werden. Dies ist bei den beihilfefähigen psychotherapeutischen Verfahren nur im Rahmen der Systemischen Therapie möglich.  
16.2.3 Bei Prüfung der nach Satz 2 erforderlichen Behandlungsdauer ist es ohne Belang, ob eine von der Festsetzungsstelle anerkannte Abrechnungsempfehlung eine abweichende Rechnungsstellung zulässt. So steht beispielsweise die in Nummer 14 der Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen zum 1. Juli 2024 vorgesehene Abrechnung der Kurzzeittherapie in Einzelbehandlung bei zweimaliger Dauer von 25 Minuten pro Kalendertag anstelle der nach Satz 2 vorgesehenen 50 Minuten der Beihilfefähigkeit ebenso wenig entgegen wie eine Ausdehnung der Sitzungszahl für die kürzere Behandlungsdauer von den in § 16a Absatz 5 festgelegten 24 auf 48 Sitzungen (vergleiche auch Nummer 16a.5.1).“
- c) Nummer 16.4.1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ und die Angabe „Formblatt 2a“ wird durch die Angabe „Formblatt 5“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „16a.5.5“ durch die Angabe „16a.6.5“ ersetzt.
13. Nummer 16a wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
**„16a Zu § 16a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und psychotherapeutische Akutbehandlung“**
- b) Nummer 16a.1.1 wird wie folgt gefasst:  
„16a.1.1 Die psychotherapeutische Behandlung ist je nach Behandlungserfordernis in Kurzzeit- oder Langzeittherapie beihilfefähig. Eine psychotherapeutische Behandlung kann sowohl in einem persönlichen Psychotherapeut-Patienten-Kontakt oder im Rahmen einer Videobehandlung erfolgen. Dies erfolgt in Eigenverantwortung des Behandlers. Auf die Ausnahme in Nummer 17.1.2 wird hingewiesen.“
- c) Die Nummern 16a.2 und 16a.3 werden wie folgt gefasst:  
**„16a.2 Zu Absatz 2**  
16a.2.1 Probatorische Sitzungen können als Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich. Dies gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In der Systemischen Therapie können auch probatorische Sitzungen im Mehrpersonensetting stattfinden. Zur Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie in der Gruppe kann an Sitzungen der Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung teilgenommen werden.  
16a.2.2 Mit Inkrafttreten der Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen zum 1. Juli 2024 wurde die psychotherapeutische Sprechstunde zur Vorbereitung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung als analoge Abrechnung nach Nummer 812 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte neu aufgenommen.  
16a.2.3 Für probatorische Sitzungen und Sitzungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringer.  
**16a.3 Zu Absatz 3**  
16a.3.1 Bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung handelt es sich um eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an eine psychotherapeutische Sprechstunde, Sie soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Ziel ist es, die Fixierung oder Chronifizierung der psychischen Symptomatik zu vermeiden und die Symptomatik kurzfristig zu verbessern (vergleiche § 13 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie). Für Akutbehandlungen sieht das Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Ärzte keine eigenständige Leistungsposition vor. Mit Nummer 13 der Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen zum 1. Juli 2024 wurde die Möglichkeit der Analogabrechnung dieser Leistung nach Nummer 812 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte geschaffen. Zur Sicherstellung der Angemessenheit der Beihilfe ist dieser Betrag gemäß § 4 Absatz 8 Satz 2 der Abrechnung zugrunde zu legen und ersetzt den in der Beihilfeverordnung festgelegten beihilfefähigen Höchstbetrag von 53 Euro. Die erfolgten Sitzungen sind auf die beihilfefähige Höchstzahl an Sitzungen gegebenenfalls nachfolgender Kurz- oder Langzeittherapie anzurechnen. Dabei sind zwei Sitzungen Akutbehandlung (Einzeltherapie, mindestens 25 Minuten) einer Sitzung (mindestens 50 Minuten) Einzelbehandlung nach einem in den §§ 17 oder 18 genannten Verfahren gleichzusetzen.“
- d) Die bisherige Nummer 16a.3 wird Nummer 16a.4 und wie folgt geändert:  
aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.  
bb) Die bisherige Nummer 16a.3.1 wird Nummer 16a.4.1 und wie folgt gefasst:

„16a.4.1 Bei der Kurzzeittherapie handelt es sich um eine patienten- und problemorientierte psychotherapeutische Behandlung, die in ihrer Konzeption als schnell wirksame Psychotherapie auf eine zeitnahe Symptomreduktion, die Verbesserung der Funktionsfähigkeit, Stabilisierung und Wiederherstellung der Arbeits- bzw. Schulfähigkeit sowie eine Reduktion von intrapsychischen und interpersonellen Konflikte ausgerichtet ist und – anders als eine Langzeittherapie – keine umfassende Behandlung der pathogenetischen Faktoren, die der Erkrankung zugrundeliegen, anstrebt. Das Hauptziel der Kurzzeittherapie ist es nicht, die verborgenen Motive oder tief greifenden Veränderungen der persönlichen Eigenschaften und der emotionalen Reaktion herauszufinden. Stattdessen soll die Kurzzeittherapie konkrete Hilfe bei der Überwindung der tatsächlichen Lebensprobleme des Patienten, einschließlich der Korrektur des gestörten Verhaltens oder Denkens und der Beseitigung schmerzhafter Symptome leisten. Ziel der Kurzzeittherapie ist das Streben nach kleinen Veränderungen, um dem Patienten bei der Lösung spezifischer Probleme zu helfen. Sie stellt sich nicht die Aufgabe, die Persönlichkeit des Patienten tiefgreifend zu verändern. Sie bedarf daher keiner vorherigen Genehmigung durch die Festsetzungsstelle. Hier liegt es in der Sorgfalt des Psychotherapeuten, die Feststellungen und Analyseergebnisse nach Satz 1 vor Behandlungsbeginn zu dokumentieren. Ist Langzeittherapie erforderlich, werden die Angaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens benötigt (vergleiche Nummer 16a.6).“

cc) Die bisherige Nummer 16a.3.2 wird Nummer 16a.4.2.

e) Die bisherige Nummer 16a.4 wird Nummer 16a.5 und wie folgt gefasst:

**„16a.5 Zu Absatz 5**

16a.5.1 Eine Kurzzeittherapie in Einzelbehandlung umfasst bis zu 24 Therapieeinheiten, wobei eine Therapieeinheit 50 Minuten umfasst. Eine Therapieeinheit kann auch in zwei Teileinheiten pro Kalendertag zu jeweils 25 Minuten aufgeteilt werden.“

f) Die bisherige Nummer 16a.5 wird Nummer 16a.6 und wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.

bb) Die bisherige Nummer 16a.5.1 wird Nummer 16a.6.1.

cc) Die bisherige Nummer 16a.5.2 wird Nummer 16a.6.2 und Satz 2 wird gestrichen.

dd) Die bisherigen Nummern 16a.5.3 und 16a.5.4 werden die Nummern 16a.6.3 und 16a.6.4.

ee) Die bisherige Nummer 16a.5.5 wird Nummer 16a.6.5 und in Satz 1 werden nach der Angabe „bis 5“ die Wörter „des Anhangs 3“ eingefügt.

ff) Die bisherigen Nummern 16a.5.6 wird Nummer 16a.6.6.

gg) Die bisherige Nummer 16a.5.7 wird Nummer 16a.6.7 und in Satz 4 wird die Angabe „Nummer 16a.5.14“ durch die Angabe „Nummer 16a.6.14“ ersetzt.

hh) Die bisherigen Nummern 16a.5.8 bis 16a.5.11 werden die Nummern 16a.6.8 bis 16a.6.11.

ii) Die bisherige Nummer 16a.5.12 wird Nummer 16a.6.12 und in Satz 2 werden die Wörter „Nummern 16a.5.6 bis 16a.5.9“ durch die Wörter „Nummern 16a.6.6 bis 16a.6.9“ ersetzt.

jj) Die bisherigen Nummern 16a.5.13 und 16a.5.14 werden die Nummern 16a.6.13 und 16a.6.14.

kk) Die bisherige Nummer 16a.5.15 wird Nummer 16a.6.15 und im Wortlaut wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

g) Die bisherige Nummer 16a.6 wird Nummer 16a.7 und wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

- bb) Die bisherige Nummer 16a.6.1 wird Nummer 16a.7.1 und Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:  
„Im gleichen Behandlungszeitraum sind nur Aufwendungen für ein Behandlungsverfahren nach den §§ 17, 18 oder 18a beihilfefähig. Eine psychosomatische Grundversorgung kann daneben erfolgen.“
- cc) Die bisherige Nummer 16a.6.2 wird Nummer 16a.7.2.
- h) Die bisherige Nummer 16a.7 wird Nummer 16a.8 und wie folgt geändert:
  - aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.
  - bb) Die bisherigen Nummern 16a.7.1 und 16a.7.2 werden die Nummern 16a.8.1 und 16a.8.2.
- i) Die bisherige Nummer 16a.8 wird Nummer 16a.9 und wie folgt geändert:
  - aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 8“ durch die Angabe „Absatz 9“ ersetzt.
  - bb) Die bisherige Nummer 16a.8.1 wird Nummer 16a.9.1 und in Satz 2 werden die Wörter „§ 17 Absatz 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 17 Absatz 2 und 3“ ersetzt und die Wörter „§ 18 Absatz 3 bis 5“ werden durch die Wörter „§ 18 Absatz 3 und 4“ ersetzt.
  - cc) Die bisherige Nummer 16a.8.2 wird Nummer 16a.9.2.
- 14. Nummer 17.1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 17.1.1 wird die Angabe „Nummer 16a.6.2“ durch die Angabe „Nummer 16a.7.2“ ersetzt.
  - b) In Nummer 17.1.2 Satz 6 wird jeweils nach dem Wort „haben“ und nach dem Wort „hinaus“ das Komma gestrichen.
- 15. In Nummer 18.1.1 wird die Angabe „Nummern 16a.6.2“ durch die Angabe „Nummern 16a.7.2“ ersetzt.
- 16. Nummer 18a.1.2 wird wie folgt gefasst:  
„18a.1.2 Aufwendungen für Leistungen der Systemischen Therapie sind bei Kindern und Jugendlichen, die ab dem 12. April 2024 entstanden sind, in gleichem Umfang wie für Erwachsene beihilfefähig. Bis zum 11. April 2024 entstandene Aufwendungen für Kinder und Jugendliche sind nicht beihilfefähig.“
- 17. In Nummer 19.2.1 wird die Angabe „Nummer 16a.6.2“ durch die Angabe „Nummer 16a.7.2“ ersetzt.
- 18. Nummer 20 wird wie folgt geändert:
  - a) Nummer 20.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 20.1.2 Satz 6 wird die Angabe „Fallpauschalenvereinbarung 2020“ durch die Angabe „Fallpauschalenvereinbarung 2024“ ersetzt und die Angabe „Psychosomatik 2020“ wird durch die Angabe „Psychosomatik 2023“ ersetzt.
    - bb) Nummer 20.1.4 wird wie folgt geändert:
      - aaa) In Satz 10 werden die Wörter „beziehungsweise Anlage 5“ gestrichen.
      - bbb) In Satz 11 werden nach dem Wort „ansatzfähig“ die Wörter „(Anlage 5 des Entgeltkatalogs)“ eingefügt.
      - ccc) In Satz 13 werden nach dem Wort „werden“ die Wörter „(Anlage 3 und Anlage 4 des Entgeltkatalogs)“ eingefügt.
      - ddd) Die Sätze 21 und 22 werden gestrichen.
    - cc) Folgende Nummer 20.1.15 wird angefügt:  
„20.1.15 Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Leistungen in einer Gemischten Krankenanstalt (Einrichtung, die neben der üblichen Krankenhausbehandlung zusätzlich auch Rehabilitationsmaßnahmen anbietet), ist danach zu beurteilen, ob es sich um eine Krankenhausleistung oder eine medizinische Rehabilitationsleistung handelt. Aufwendungen für eine Krankenhausleistung sind nach § 20 beihilfefähig, Aufwendungen für eine medizinische Rehabilitation nach den Vorschriften der §§ 37 und 38. Eine Übersicht von Einrichtungen, die als Gemischte Krankenanstalt eingestuft sind,

steht auf der Homepage des PKV-Verbandes zur Verfügung. Die Aufnahme in eine Gemischte Krankenanstalt an sich setzt eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit der vorgesehenen Maßnahme durch die Festsetzungsstelle – anders als unter Umständen bei der privaten Krankenversicherung – nicht voraus. Eine für bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen vorgesehene Voranerkennung nach § 38 bleibt unberührt.“

- b) Nummer 20.2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 20.2.1 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Nummer 20.2.1.1 Satz 1 wird die Angabe „2020: 3 679,62 Euro“ durch die Wörter „2023: 4 000,71 Euro; im Jahr 2024: 4 210,59 Euro“ ersetzt.
- bbb) In Nummer 20.2.1.2 werden die Wörter „ab 1. Januar 2021: 163,09 Euro“ durch die Wörter „vom 1. Januar 2023 bis 27. März 2024: 230 Euro; ab 28. März 2024: 250 Euro“ ersetzt.
- bb) Nummer 20.2.2 wird wie folgt geändert:
- aaa) Nummer 20.2.2.1 wird wie folgt geändert:
- aaaa) In Satz 2 werden die Wörter „krankenhausindividuellen Basisentgeltwert des dem Behandlungsort nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung“ durch die Wörter „pauschalen Basisentgeltwert von 300 Euro“ ersetzt.
- bbbb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:  
 „Die Beihilfeberechtigten sind bei Kostenzusagen (vergleiche Nummer 62.3.3) von der Festsetzungsstelle auf diese Unsicherheiten hinzuweisen, soweit keine Kostenzusage nach § 20 Absatz 2 Nummer 3 erfolgt.“
- c) Der Nummer 20.3 werden die folgenden Nummern 20.3.2 bis 20.3.5 angefügt:
- „20.3.2 Mit § 44b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben seit dem 1. November 2022 näher bestimmte gesetzlich krankenversicherte Begleitpersonen einen Anspruch auf Krankengeld, wenn sie im Zusammenhang mit der aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitung von Versicherten, bei denen die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vorliegen und die Anspruch auf Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, § 35a des Achten Buches Sozialgesetzbuch oder Leistungen nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch haben, bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus mit aufgenommen werden und ihnen ein Verdienstausschluss entsteht. Absatz 3 umfasst die nicht von § 44b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfassten Fälle der Begleitpersonen mit gesetzlicher oder privater Krankenversicherung, bei denen eine Person begleitet wird, die selbst beihilfeberechtigt oder gegebenenfalls berücksichtigungsfähig ist. Ist die Begleitperson hingegen selbst beihilfeberechtigt, besteht die Möglichkeit einer Beurlaubung unter Belassung der Besoldung, so dass kein Verdienstausschluss entsteht.
- 20.3.4 Die Höhe des Ausfalls von Arbeitseinkünften dieser Begleitpersonen ist dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind 70 Prozent des ausgefallenen Arbeitseinkommens, bei Arbeitsentgelt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, höchstens jedoch 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- 20.3.5 Im Unterschied zum Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung besteht keine Sozialversicherungspflicht der Begleitperson (zum Beispiel § 26 Absatz 2 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch, § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) als sonstige Versicherte, da die Beihilfe beziehungsweise Festsetzungsstelle für die Beihilfe kein Leistungsträger im Sinne der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften ist, so dass die Festsetzungsstelle keine Sozialversicherungsbeiträge abzuführen hat.“
- d) Nummer 20.4 wird wie folgt gefasst:

**„20.4 Zu Absatz 4**

- 20.4.1 Können im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung die erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, besteht Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.
- 20.4.2 Gemäß § 132m Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie deren Vergütung, die der Berechnung der Beihilfe zugrunde zu legen sind.
- 20.4.3 Wahlleistungen nach Absatz 1 Nummer 4 sind im Zusammenhang mit der Übergangspflege beihilfefähig. Hierfür genügt die aus Anlass des Krankenhausaufenthaltes geschlossene Wahlleistungsvereinbarung, die für die Dauer der Übergangspflege fortgilt, ohne dass es einer neuen Wahlleistungsvereinbarung bedarf. Dennoch kann eine solche neu oder erstmals abgeschlossen werden.“

e) Die bisherige Nummer 20.4 wird Nummer 20.5 und in der Überschrift wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

19. Nummer 21 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 21.1.2 Satz 5 wird wie folgt gefasst:  
„Einen Anhaltspunkt für die Einordnung eines bestimmten Vitaminpräparates liefern dessen Zulassung oder Registrierung und die Erwähnung in der vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie herausgegebenen ‚Roten Liste‘ sowie in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Verfügung gestellten Arzneimittelinformationssystem AMIce oder der ABDA-Datenbank.“
- b) Nummer 21.2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 21.2.3 Satz 1 werden nach dem Wort „VIAL“ ein Komma und das Wort „KYBELLA“ eingefügt.
  - bb) In Nummer 21.2.5 Satz 2 wird die Angabe „Nummer 59.1.6“ durch die Angabe „Nummer 59.1.5“ ersetzt.
- c) Nummer 21.3.2 wird wie folgt gefasst:  
„21.3.2 Nicht beihilfefähig sind nach Absatz 3 Nummer 1 insbesondere folgende sogenannte Lifestyle-Arzneimittel:

<b>Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amfepramon	REGENON; TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ALVALIN
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	

A 08 AA 12 Setmelanotid (Ausnahme im Zusammenhang mit genetisch bestätigtem, durch Funktionsverlustmutationen bedingtem biallelischem Proopiomelanocortin [POMC]-Mangel [einschließlich PCSK1] oder biallelischem Leptinrezeptor [LEPR]-Mangel oder genetisch bestätigtem Bardet-Biedl-Syndrom bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren)	Imcrivee
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	
A 08 AH 01 Calotropis gigantea (madar)	Cefamadar
A 08 AH 02 Fucus vesiculosus	Cemafagar, Formoline A Figurtropfen Fucus-Gastreu S R59 Gracia Redumax, Refigura Fucus Tropfen
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 08 AX 02 Liraglutid	Saxenda
A 08 AX 03 Semaglutid (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Wegovy, Ozempic,
A 10 BJ 02 (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	
A 10 BJ 06 (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	
A 10 BX 16 Tirzepatid (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Mounjaro
Dulaglutid (gilt nur bei der Anwendung zur Gewichtsreduktion)	Trulicity
<b>Abmagerungsmittel (peripher wirkend)</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	alli; XENICAL; alle generischen Orlistat-Fertigarzneimittel
<b>Sexuelle Dysfunktion</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
C 04 AB 01 (gilt nur bei der Anwendung zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion)	
G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT; CAVERJECT Impuls; MUSE; VIRIDAL; Vitaros
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA; alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (Ausnahme Tadalafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern)	CIALIS alle generischen Tadalafil Fertigarzneimittel

G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA alle generischen Vardenafil Fertigarzneimittel
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
G 04 BE 30 Kombinationen Aviptadil; Phentolaminmesilat	Invicorp
G 04 BE 52 Papaverin- Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	Priligy
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin
V 03 AB 36 Phentolamin (gilt nur bei der Anwendung zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion)	
Turnera diffusa	Cefagil; DESEO; libiLoges; Neradin
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex; Virilis - Gastreu S R41; Yohimbin Vitalkomplex
<b>Nikotinabhängigkeit</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 06 AX 12 (gilt nur bei der Anwendung zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit)	
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN; Nicopass; Nicorette; Nicotin AL; Nicotin beta; Nicotinell; Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	Champix
N 07 BA 04 Cytisin	ASMOKEN
<b>Steigerung des sexuellen Verlangens</b>	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	
Turnera diffusa	Cefagil; DESEO; Neradin; Remisens
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex; Virilis - Gastreu S R 41; Yohimbin Vitalkomplex; LIBOMAX

Ein nach Absatz 3 Nummer 1 ausgeschlossenes Arzneimittel kann im Einzelfall aus Fürsorgegründen als medizinisch notwendig und beihilfefähig anerkannt werden, sofern das Mittel ausschließlich zur Behandlung einer anderen als in § 80 Absatz 5 Satz 1 Alternative 1 des Sächsischen Beamtengesetzes in Verbindung mit Absatz 3 Nummer 1 genannten Körperfunktionsstörung eingesetzt wird und es entweder kein anderes Mittel zur Behandlung der Krankheit gibt oder andere Mittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben (BVerwG, Urteil vom 18. Februar 2009, 2 C 23/08). Im Zweifel sind die Voraussetzungen durch eine Stellungnahme des behandelnden Arztes nachzuweisen.“

20. Nummer 22 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 22.1 wird wie folgt gefasst:

**„22.1 Zu Absatz 1**

22.1.1 Der beihilferechtliche Medizinproduktebegriff wird entsprechend dem unionsrechtlichen Medizinproduktebegriff gemäß der Begriffsbestimmung in Artikel 2 Nummer 1 und für Zubehör nach Nummer 2 der Verordnung (EU)

2017/745 definiert. Die für die im Arzneimittel- und Medizinprodukterecht geltenden Abgrenzungskriterien finden auch im Beihilferecht Anwendung. Danach unterscheiden sich Medizinprodukte von Arzneimitteln durch ihre Funktionsweise. Medizinprodukte wirken in erster Linie physikalisch, während die Hauptwirkung von Arzneimitteln auf pharmakologische, immunologische oder metabolische Art erfolgt (zur insofern identischen Vorgängerregelung des Artikels 1 Absatz 2 Buchstabe a der Richtlinie 93/42/EWG vergleiche EuGH, Urteil vom 19. Januar 2023, C-495/21 Rn. 40 f.).

22.1.2 Das Medizinproduktegesetz wurde zum 26. Mai 2021 für alle Produkte im Anwendungsbereich der Verordnung (EU) 2017/745 durch das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz abgelöst. Für In-vitro-Diagnostika war es übergangsweise noch bis zum 25. Mai 2022 anzuwenden. Seit dem 26. Mai 2022 fallen auch diese gemäß § 2 Absatz 1 des Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes in den Anwendungsbereich des Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes. Ein In-vitro-Diagnostikum kann bei Erfüllung der in Artikel 2 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2017/746 definierten Voraussetzungen ein Medizinprodukt sein.“

b) Nummer 22.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 22.2.3 wird wie folgt gefasst:

„22.2.3 Da für die Abgrenzung von stofflichem Medizinprodukt und Arzneimittel die Wirkungsweise des Mittels maßgeblich ist (vergleiche Nummer 22.1.1), kommt es nicht darauf an, unter welcher Bezeichnung der Hersteller das Erzeugnis auf den Markt bringt. Insofern kann auch ein als stoffliches Medizinprodukt vertriebenes Mittel ein Präsentationsarzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 1 des Arzneimittelgesetzes und Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a der Richtlinie 2001/83/EG sein (BVerwG, Urteile vom 14. September 2023, 3 C 1/23 und 3 C 2/23 zu Nasensprays mit gefriergetrockneten Pflanzenextrakten aus dem Rhizom des Alpenveilchens beziehungsweise einer Lösung mit Aloe Vera Gel), so dass sich die Beihilfefähigkeit dieses Produktes nach § 21 beurteilt.“

bb) Die bisherigen Nummern 22.2.3 und 22.2.4 werden die Nummern 22.2.4 und 22.2.5.

21. Nummer 23 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 23.1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 23.1.1 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

bb) In Nummer 23.1.3 Satz 1 wird die Angabe „100 Euro“ durch die Angabe „120 Euro“ ersetzt.

b) Nummer 23.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 23.2.1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Großbuchstabe A Kleinbuchstabe s wird die Angabe „150 Euro“ durch die Angabe „180 Euro“ ersetzt.

bbb) Großbuchstabe B wird wie folgt geändert:

aaaa) Nach Kleinbuchstabe q wird folgender Kleinbuchstabe r eingefügt:

„r) Blutdruckmessgerät“

bbbb) Die bisherigen Kleinbuchstaben r bis t werden die Kleinbuchstaben s bis u.

ccc) Großbuchstabe C Kleinbuchstabe c und d wird wie folgt gefasst:

„c) Communicator (bei Sprech- oder Sprachstörungen)

d) Computerspezialausstattung für Behinderte (zum Beispiel Clear Reader); Spezialhard- und -software bis zu insgesamt 4 000 Euro, gegebenenfalls zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 6 300 Euro“

ddd) Großbuchstabe D Kleinbuchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) Digitale Gesundheitsanwendungen, soweit im Verzeichnis

des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten (abrufbar unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>)“

- eee) Großbuchstabe E Kleinbuchstabe h wird wie folgt gefasst:  
„h) Elektroscooter/-mobil bis zu 2 500 Euro“
- fff) Großbuchstabe G Kleinbuchstabe j wird wie folgt gefasst:  
„j) Gummihose sowie saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen) bei Blasen- oder Darminkontinenz“
- ggg) In Großbuchstabe H Kleinbuchstabe k wird die Angabe „1 500 Euro“ durch die Angabe „1 750 Euro“ ersetzt.
- hhh) Großbuchstabe K wird wie folgt geändert:
  - aaaa) In Kleinbuchstabe l wird die Angabe „15 Euro“ durch die Angabe „17 Euro“ ersetzt und die Angabe „40 Euro“ wird durch die Angabe „45 Euro“ ersetzt.
  - bbbb) In Kleinbuchstabe s werden nach dem Wort „Krankenfahrstuhl“ die Wörter „(auch elektrisch)“ eingefügt.
- iii) In Großbuchstabe M Kleinbuchstabe d wird die Angabe „64 Euro“ durch die Angabe „78 Euro“ ersetzt.
- jjj) In Großbuchstabe N Kleinbuchstabe c wird die Angabe „80 Euro“ durch die Angabe „90 Euro“ ersetzt.
- kkk) In Großbuchstabe O Kleinbuchstabe c wird die Angabe „64 Euro“ durch die Angabe „78 Euro“ ersetzt.
- lll) In Großbuchstabe P Kleinbuchstabe e wird die Angabe „520 Euro“ durch die Angabe „600 Euro“ ersetzt.
- mmm) Großbuchstabe S wird wie folgt geändert:
  - aaaa) Nach Kleinbuchstabe a wird folgender Kleinbuchstabe b eingefügt:  
„b) Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe“
  - bbbb) Die bisherigen Kleinbuchstaben b bis k werden die Kleinbuchstaben c bis l.
  - cccc) Der bisherige Kleinbuchstabe l wird Kleinbuchstabe m und im Wortlaut wird die Angabe „64 Euro“ durch die Angabe „78 Euro“ ersetzt.
  - dddd) Die bisherigen Kleinbuchstaben m bis s werden die Kleinbuchstaben n bis t.
  - eeee) Nach dem neuen Kleinbuchstaben t wird folgender Kleinbuchstabe u eingefügt:  
„u) Steh- und Gehtrainer (zum Beispiel Innowalk)“
  - ffff) Die bisherigen Kleinbuchstaben t bis x werden die Kleinbuchstaben v bis z.
  - gggg) Die bisherigen Kleinbuchstaben y und z werden die Kleinbuchstaben aa und bb.
- nnn) In Großbuchstabe V Kleinbuchstabe b wird das Wort „Gefühlstaubheit“ durch das Wort „Gehörlosigkeit“ ersetzt.
- bb) Nummer 23.2.3 wird wie folgt geändert:
  - aaa) Großbuchstabe E wird wie folgt geändert:
    - aaaa) Nach Kleinbuchstabe h wird folgender Kleinbuchstabe i eingefügt:  
„i) Endgeräte, die zur Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen erforderlich sind und Aufwendungen für die technische Anbindung, den

Betrieb und für Telekommunikationsdienstleistungen (zum Beispiel zum Betrieb und Nutzung einer App zur Kontrolle einer Diabetes-Erkrankung, VGH München, Beschluss vom 4. März 2024, 24 ZB 23.1840)“

- bbbb) Die bisherigen Kleinbuchstaben i und j werden die Kleinbuchstaben j und k.
  - cccc) Der bisherige Kleinbuchstabe k wird gestrichen.
  - bbb) Großbuchstabe H Kleinbuchstabe g wird wie folgt gefasst:
    - „g) Heimtrainer und sonstige Fitnessgeräte (zum Beispiel Galileo S 25 Trainingsgerät, VGH Mannheim, Urteil vom 15. November 2023, 2 S 984/23)“
  - ccc) Großbuchstabe L wird wie folgt geändert:
    - aaaa) Nach Kleinbuchstabe a wird folgender Kleinbuchstabe b eingefügt:
      - „b) Lastenrad (VG Hamburg, Urteil vom 4. Januar 2023, 14 K 2111/21)“
    - bbbb) Der bisherigen Kleinbuchstabe b wird Kleinbuchstabe c.
  - cc) In Nummer 23.2.5 wird die Angabe „600 Euro“ durch die Angabe „1 000 Euro“ ersetzt.
  - c) Nummer 23.7 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 23.7.1 wird wie folgt gefasst:
      - „23.7.1 Zu den beihilfefähigen Hörhilfen zählen:
        - a) Hörgeräte (Luftleitungsgeräte und Knochenleitungsgeräte),
        - b) Tinnitusgeräte (dazu zählen auch kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte, sogenannte Tinnitusinstrumente) und
        - c) Übertragungsanlagen (nur zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen)
 und deren medizinisch notwendiges Zubehör wie Fernbedienungen, Mikrofone oder spezielle Adapter für externe Audiogeräte.“
    - bb) In Nummer 23.7.2 Satz 1 wird die Angabe „1 500 Euro“ durch die Angabe „1 750 Euro“ ersetzt.
22. Nummer 24 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 24.3.1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
 

„Eine ärztliche Verordnung ist jedoch weiterhin erforderlich, wenn Indikationen vorliegen, bei denen zusätzliche Beihilfeleistungen, beispielsweise für Aufwendungen von Kurzzeitlinsen, für eine zusätzliche Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen oder für vergrößernde Sehhilfen, in Anspruch genommen werden.“
  - b) Nummer 24.4 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 24.4.1 wird wie folgt geändert:
      - aaa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 

„Aufwendungen für Brillengläser und Kontaktlinsen sind ab Vollendung des 18. Lebensjahres unabhängig von der Sehstärke und unabhängig von Indikationen einheitlich bis zu einem Höchstbetrag von 110 Euro (für Sehhilfenkauf bis 31. Dezember 2023 100 Euro) alle zwei Jahre je Auge beihilfefähig.“
      - bbb) In Satz 3 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „oder der beihilfefähige Höchstbetrag in diesem Zeitraum ausgeschöpft wurde“ eingefügt.
      - ccc) In Satz 4 wird die Angabe „100 Euro“ durch die Angabe „110 Euro“ ersetzt.
    - bb) Nummer 24.4.2 wird wie folgt gefasst:
 

„24.4.2 Hat sich die Fehlsichtigkeit nach ärztlicher Bescheinigung vor Ablauf von zwei Jahren so stark geändert, dass Brillengläser oder

Kontaktlinsen neu beschafft werden müssen (Änderung der Fehlsichtigkeit um mindestens 1 Dioptrie), kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht (§ 4 Absatz 3 Satz 2) nochmals Beihilfe im Rahmen des Höchstbetrages von 110 Euro je Auge gewährt werden. Die neue Zwei-Jahres-Frist beginnt dann mit dem Tag der Ersatzbeschaffung. Eine Änderung der Sehstärke liegt nur vor, wenn gleichartige Sehbereiche betroffen sind. Zum Beispiel ist der Ersatz von Gläsern für eine Nahbrille durch Gläser für eine Fernbrille nicht beihilfefähig. Beihilfefähig können Aufwendungen für den Ersatz von Gläsern einer Nahbrille durch Gleitsichtgläser sein, wenn sich die Fehlsichtigkeit im Nahbereich um 1 Dioptrie geändert hat. Wird im Zwei-Jahres-Zeitraum Beihilfe für mehrere Sehhilfen beantragt, weil der beihilfefähige Höchstbetrag mit der ersten noch nicht ausgeschöpft war, sind Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung im vorgenannten Sinne nur für die zuerst beantragte Sehhilfe beihilfefähig. Wurde Beihilfe für zwei Sehhilfen gleichzeitig beantragt (zum Beispiel Nah- und Fernbrille) kann nur für eine davon im Wege der vorgenannten Ersatzbeschaffung Beihilfe vor Ablauf des Zwei-Jahres-Zeitraums gewährt werden.

Beispiel:

Die Erstbeschaffung der Brille erfolgte am 10. September 2023. Der beihilfefähige Betrag von 200 Euro für zwei Gläser wurde bei der Beihilfestsetzung ausgeschöpft. Der beihilfefähige Höchstbetrag könnte grundsätzlich erst wieder für ab dem 10. September 2025 entstehende Aufwendungen für Gläser in Anspruch genommen werden. Im Februar 2025 wird aber eine Augenoperation an beiden Augen durchgeführt, durch die die Fehlsichtigkeit teilweise ausgeglichen wird. Am 6. März 2025 werden neue Brillengläser mit den um mindestens 1 Dioptrie geänderten Sehstärkewerten gekauft. Die Aufwendungen sind pro Glas bis zur Höhe von 110 Euro beziehungsweise für beide Gläser bis zur Höhe von insgesamt 220 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für weitere Brillengläser sind erst ab einem Kauf ab 6. März 2027 wieder bis zur Höhe von 110 Euro pro Glas beihilfefähig.“

- c) In Nummer 24.6.1 Satz 1, 3 und 7 wird jeweils die Angabe „100 Euro“ durch die Angabe „110 Euro“ ersetzt.
- d) In Nummer 24.8.1 werden die Wörter „von 55 Euro“ durch die Wörter „in Höhe von 64 Euro“ ersetzt.

23. Nummer 26 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 26.2 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Nummern 26.2.1 bis 26.2.3 werden wie folgt gefasst:

„26.2.1 Aufwendungen für die von Vertretern von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandten Heilmittel sind unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 6 und der Anlage 3 zu § 26 Absatz 2 beihilfefähig. Aufwendungen, die auf einer ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung beruhen, deren Therapieansatz beziehungsweise Therapiedauer nicht von der verordnenden sondern von der leistungserbringenden Person bestimmt wird (sogenannte ‚Blankoverordnungen‘, zum Beispiel in den Bereichen Ergotherapie und Physiotherapie), sind nur für einen Zeitraum von 16 Wochen ab Verordnungsdatum dem Grunde nach beihilfefähig. Die Liste der Heilmittel ist abschließend. Bei den Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. Die vorgegebene Mindestbehandlungsdauer ist die Regelbehandlungszeit. Bei einer durch den Verordner oder dem Leistungserbringer begründeten Abweichung von der Mindestbehandlungszeit ist eine anteilige Kürzung oder Erhöhung des jeweiligen Höchstbetrages möglich. Sogenannte Doppelbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn Doppelbehandlungen verordnet oder zwei der verordneten Behandlungen hintereinander durchgeführt worden sind (vergleiche

VG Dresden, Urteil vom 12. November 2013, 11 K 1709/12). Die Höchstbeträge für beihilfeberechtigte Personen im Ausland bemessen sich nach den ortsüblichen Gebühren (§ 4 Absatz 7).

26.2.2 Heilmittel sind dem Grunde nach auch dann beihilfefähig, wenn sie als telemedizinische Leistung in Echtzeit erbracht werden (vergleiche auch § 11 Absatz 3 der Heilmittel-Richtlinie und § 9 Absatz 3 der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte).

26.2.3 Werden vergleichbare Leistungen von einem Arzt oder Zahnarzt erbracht, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den Nummern 500 ff. des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Bei osteopathischen Behandlungen sind die Aufwendungen im Rahmen einer Analogabrechnung nach der Nummer 3306 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sowie nach dem IGEL-Katalog (Hess, Klakow-Franck: IGEL-Kompendium für die Arztpraxis, Deutscher Ärzteverlag) und den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin (DGOM) beihilfefähig. Aufwendungen für osteopathische Behandlungen, die nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind bis zu dem Höchstbetrag für manuelle Therapie beihilfefähig.“

bb) Die bisherigen Nummern 26.2.3 bis 26.2.7 werden die Nummern 26.2.4 bis 26.2.8.

b) Nummer 26.3 wird wie folgt gefasst:

**„26.3 Zu Absatz 3**

26.3.1 Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- krankengymnastische Einzeltherapie,
- Physiotherapie nach Bedarf,
- MAT oder MTT

Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Nummer 15 der Anlage 3 abgegolten.

26.3.2 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

26.3.3 Die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b genannte Schultergelenkläsion kann beispielsweise nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwerer Schultersteife (frozen shoulder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea oder periathritis humero-scapularis (PHS) eintreten.

26.3.4 Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder des bei dieser beschäftigten Arztes reicht nicht aus. Nach Abschluss der EAP ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.“

c) Die bisherige Nummer 26.3 wird Nummer 26.4 und wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

bb) Die bisherigen Nummern 26.3.1 bis 26.3.5 werden die Nummern 26.4.1 bis 26.4.5.

d) Die bisherige Nummer 26.4 wird Nummer 26.5 und wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

bb) Die bisherige Nummer 26.4.1 wird Nummer 26.5.1.

e) Die bisherige Nummer 26.5 wird gestrichen.

f) Folgende Nummer 26.6 wird angefügt:

**„26.6 Zu Absatz 6**

26.6.1 Der beihilfefähige Höchstbetrag ermittelt sich nach einem 5-Stufen-System, wobei grundsätzlich der in der Anlage 3 ausgewiesene Höchstbetrag gilt (1. Stufe).

- 26.6.2 Da Heilmittelleistungserbringer bei privat versicherten Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen erfahrungsgemäß höhere Preise verlangen, kann die Festsetzungsstelle den erstattungsfähigen Höchstbetrag nach Anlage 3 um 10 Prozent überschreiten (2. Stufe).
- 26.6.3.1 Wegen § 80 Absatz 9 Satz 5 des Sächsischen Beamtengesetzes sind Heilmittel jedoch mindestens in Höhe der im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Beträge beihilfefähig (vergleiche Nummer 4.8.2). Die Heilmittelversorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist dadurch gekennzeichnet, dass der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer für jedes Heilmittel einen Vertrag und eine Vergütungsvereinbarung hierzu nach §§ 125, 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abschließt. Daher hat die Festsetzungsstelle der Beihilfefestsetzung die in diesen Vergütungsvereinbarungen vereinbarten Preise – auch ohne ausdrückliche Anordnung des Staatsministeriums der Finanzen nach § 4 Absatz 8 Satz 2 – als Höchstbeträge zugrunde zu legen, wenn selbst der 1,1-fache Betrag der in der Anlage 3 ausgewiesenen Obergrenze unterhalb der Vergütungsvereinbarung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, auch wenn diese in der Anlage 3 noch nicht nachvollzogen wurden (3. Stufe). Dies gilt jedoch nur dann, wenn mit der Vergütungsvereinbarung ausschließlich die Preise anpasst werden. Werden gleichzeitig Änderungen der in Rede stehenden Leistungsposition gegenüber der in der Anlage 3 enthaltenen Leistungsbezeichnung vereinbart, bleibt es bei dem in der Anlage 3 für diese Leistungsposition genannten beihilfefähigen Höchstbetrag. In diesem Falle bedarf es zunächst einer Anpassung der Anlage 3 oder übergangsweise einer Anordnung nach § 4 Absatz 8 Satz 2 durch das Staatsministerium der Finanzen.
- 26.6.3.2 Die Festsetzungsstellen haben Vergütungsvereinbarungen über Heilmittel der Beihilfefestsetzung jedoch nur dann zugrunde zu legen, wenn ihnen diese nach § 4 Absatz 6 Satz 5 bekannt sind. Eine aktive Recherche- und Nachforschungspflicht der Festsetzungsstellen besteht nicht. Das Staatsministerium der Finanzen informiert die Festsetzungsstellen über die in den Vergütungsvereinbarungen vereinbarten Preise, sobald sie ihm bekannt sind.
- 26.6.4 Ausgangswert für die mögliche zehnprozentige Erhöhung (im Rahmen der 2. Stufe) ist stets der in Anlage 3 genannte Höchstbetrag, nicht jedoch ein infolge einer Vergütungsvereinbarung nach §§ 125, 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhöhter Preis, da § 80 Absatz 9 Satz 5 des Sächsischen Beamtengesetzes kein Leistungs- und Vergütungsniveau oberhalb des im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geforderten Preisniveaus erfordert.
- 26.6.5.1 In Ausnahmefällen ist darüber hinaus ein um bis zu 60 Prozent erhöhter Betrag beihilfefähig (4. Stufe). Ebenso wie bei der 2. Stufe berechnet sich der erhöhte Betrag aufgrund der als absolute Obergrenze formulierten Vorschrift nur auf der Grundlage des in der Anlage 3 genannten Höchstbetrages und nicht auf der Grundlage eines aufgrund einer Vergütungsvereinbarung erhöhten Wertes.
- 26.6.5.2 Der Beihilfeberechtigte hat in diesen Fällen nachzuweisen, dass er bei drei Heilmittelerbringern in Wohnortnähe (vergleiche hierzu Nummer 37.2.6.1) keine Leistungen zu dem 1,1-fachen Höchstbetrag der Anlage 3 beziehungsweise zu dem in der Vergütungsvereinbarung nach §§ 125, 125a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgewiesenen Betrag erhalten konnte. Der Nachweis kann neben einem Kostenvoranschlag oder einem konkreten Angebot auch durch die Vorlage von Preislisten der Heilmittelerbringer erfolgen.
- 26.6.5.3 Beispiel: Der Beihilfeberechtigte erhält eine Rechnung von seiner Physiotherapiepraxis P über 52 Euro für eine Behandlungseinheit Manuelle Therapie. Der Beihilfeberechtigte hat außer der Rechnung seiner Praxis auch das Angebot einer anderen Praxis A über 48 Euro sowie einen Kostenvoranschlag eines weiteren Heilmittelerbringers H über 55 Euro

eingereicht. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben der GKV-Spitzenverband und der Verband der Physiotherapeuten eine Vereinbarung über die Anhebung des Höchstbetrags von 31 Euro auf 37 Euro bei Senkung des Richtwerts für die Behandlungsdauer von 30 Minuten auf 25 Minuten getroffen.

Nach Nummer 11 der Anlage 3 sind für eine Behandlung (Richtwert: 30 Minuten) bis zu 32,20 Euro beihilfefähig (1. Stufe). Nach § 26 Absatz 6 Satz 2 kann die Festsetzungsstelle einen Höchstbetrag von 35,42 Euro (32,20 Euro + 10 Prozent) zugrunde legen (2. Stufe). Der erhöhte Betrag von 37 Euro im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kann (im Rahmen der 3. Stufe) nicht zugrunde gelegt werden, da mit der Vereinbarung nicht nur der Preis, sondern auch die Leistungsposition geändert wurde (hierzu Nummer 26.6.3.1). Erst recht kann von diesem Betrag keine zehnpromzentige Erhöhung auf 40,70 Euro vorgenommen werden, da sich diese Erhöhungsmöglichkeit immer nur auf den in der Anlage 3 ausgewiesenen Betrag bezieht (hierzu Nummer 26.6.4). Ausgehend von dem in der Anlage 3 ausgewiesenen Betrag von 32,20 Euro kann nach Satz 3 als 1,6-facher Betrag maximal 51,52 Euro (32,20 Euro + 60 Prozent) als beihilfefähiger Höchstbetrag zugrunde gelegt werden. Da eines der Alternativangebote jedoch einen günstigeren Betrag ausweist, ist als beihilfefähiger Höchstbetrag nur der Betrag des Vergleichsangebotes von 48 Euro zugrunde zu legen (4. Stufe). Der Maximalbetrag von 51,52 Euro könnte der Beihilfefestsetzung nur dann zugrunde gelegt werden, wenn auch das zweite Vergleichsangebot diesen Betrag nicht unterschreitet.

26.6.5.4 Kann der Beihilfeberechtigte nicht die erforderliche Anzahl an Angeboten, Kostenvoranschlägen oder Preislisten von Heilmittelerbringern vorlegen, kann die Festsetzungsstelle den 1,6-fachen Satz der zugrundeliegenden Leistungsposition der Anlage 3 auch dann der Beihilfefestsetzung zugrunde legen, wenn der Beihilfeberechtigte unter namentlicher Nennung der angefragten Heilmittelerbringer glaubhaft macht, dass von ihnen zeitnah kein Vergleichsangebot zu erlangen war. In diesem Fall kann der Beihilfebescheid unter dem Vorbehalt der Aufhebung und der Rückforderung der geleisteten Beihilfe erlassen werden; Nummer 4.2.6 gilt entsprechend.

26.6.5.5 In Fällen langfristigen Heilmittelbedarfs (Dauerbehandlung), insbesondere nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 8 der Heilmittel-Richtlinie, genügt die Vorlage von Vergleichsangeboten zu Beginn der verordneten Dauerbehandlung. Preissteigerungen während der laufenden Dauerbehandlung sind bis zum 1,6-fachen Satz der zugrundeliegenden Leistungsposition der Anlage 3 beihilfefähig und erfordern nicht die Vorlage neuer Vergleichsangebote.

26.6.5.6 Werden in einer Verordnung mehrere Heilmittel verordnet, ist auf die Gesamtkosten der Leistung abzustellen, da ansonsten eine nicht sachgerechte Aufsplittung der Behandlung bei mehreren Heilmittelerbringern erfolgen müsste.

Beispiel (zum Stand: 1. Januar 2024):

Eine ärztliche Verordnung enthält die Heilmittelmaßnahmen Krankengymnastik als Einzelbehandlung, Elektrotherapie und Manuelle Lymphdrainage (30 Minuten). Nach der Anlage 3 sind die Heilmittel bis zu den Höchstbeträgen 26,80 Euro (Nummer 4), 8,20 Euro (Nummer 42) und 32,50 Euro (Nummer 19a), insgesamt bis zu einem Gesamthöchstbetrag in Höhe von 67,50 Euro beihilfefähig, Praxis P bietet diese Heilmittel für 30 Euro, 10 Euro und 37 Euro je Behandlungseinheit (insgesamt 77 Euro) an; Praxis A für 32 Euro, 8,20 Euro und 38 Euro je Behandlungseinheit (insgesamt 78,20 Euro) an und Praxis B für 32 Euro, 11,50 Euro und 36 Euro je Behandlungseinheit (insgesamt 79,50 Euro). Ein auf die jeweiligen Heilmittel abstellender Kostenvergleich ergäbe, dass jedes Heilmittel bei einem anderen Heilmittelerbringer kostengünstiger wäre, wobei der Preis für Elektrotherapie in der Praxis A sich sogar innerhalb des in der Anlage 3 ausgewiesenen Höchstbetrages bewegt. Da aber auf die Gesamtkosten abzustellen ist, können alle Heilmittelmaßnahmen in der insgesamt kostengünstigsten Praxis P durchgeführt werden. Da die Höhe der in der Praxis P anfallenden

Aufwendungen in Höhe von 73 Euro innerhalb des 1,6-fachen Betrages nach Satz 3 von insgesamt 67,50 Euro (Gesamtbetrag 108 Euro) liegt, sind diese Aufwendungen beihilfefähig.

26.6.5.7 In Fällen sogenannter „Blankoverordnungen“ (vergleiche Nummer 26.2.1) ist die Zugrundelegung des 1,6-fachen Satzes der jeweiligen Leistungsposition nicht ausgeschlossen. Da der Heilmittelerbringer die konkrete Therapieart nicht in jedem Fall auf der Grundlage der in der Blankoverordnung angegebenen Diagnose beurteilen kann und gegebenenfalls eine eigene Untersuchung vornehmen muss, ist die Vorlage weiterer Angebote oder Kostenvoranschläge auch eine Woche nach Behandlungsbeginn möglich. Für den Kostenvergleich genügt es, wenn die beiden weiteren Angebote oder Kostenvoranschläge auf der Grundlage der im Erstantebot für erforderlich erachteten Therapieart erstellt werden. Nimmt der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige die Behandlung vor Ablauf der Wochenfrist auf und stellt sich nach Vorlage aller drei Angebote oder Kostenvoranschläge heraus, dass die Behandlung bei einem anderen Heilmittelerbringer kostengünstiger wäre, kann er trotz Einräumung der Wochenfrist nicht darauf vertrauen, dass für die begonnene Behandlung der 1,6-fache Satz der entsprechenden Leistungsposition als beihilfefähig anerkannt wird. In diesen Fällen kann nach der 2. Stufe allenfalls der 1,1-fache Satz zugrunde gelegt werden (vergleiche Nummer 26.6.2).

26.6.5.8 Im Fall der erstmaligen Antragstellung bei Überschreitung der 1,1-fachen Höchstgrenze kann für einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2025 auf den Nachweis des Beihilfeberechtigten, dass keine günstigere Beschaffung möglich ist, verzichtet werden. Zugleich ist er von der Festsetzungsstelle schriftlich über die Voraussetzungen einer künftigen Kostenerstattung über den Höchstbetrag hinaus zu informieren. Dies kann mittels folgenden Textes erfolgen:

„Die Angemessenheit der Kosten für Heilmittel bestimmt sich grundsätzlich nach § 26 Absatz 2 i. V. m. Anlage 3 Sächsische Beihilfeverordnung (SächsBhVO). Danach beträgt der beihilfefähige Höchstbetrag für *Bezeichnung XX,XX EUR* je Behandlung und unter Zugrundelegung der Sonderregelung des § 26 Absatz 6 Satz 2 *YY,YY EUR*. Gemäß § 26 Absatz 6 Satz 3 können die Kosten für Heilmittel auch über die in der SächsBhVO genannten Höchstbeträge hinaus erstattet werden, wenn keine günstigere Beschaffung möglich ist. Dies ist bei Inanspruchnahme künftiger Behandlungen durch Vorlage von mindestens zwei weiteren Kostenvoranschlägen oder Angeboten durch Sie nachweisbar. Diese Kostenvoranschläge oder Angebote sind spätestens mit dem Beihilfeantrag auf Erstattung künftiger Aufwendungen für Heilmittel vorzulegen. Ansonsten kann die Kostenerstattung künftig nur bis zu den in § 26 Absatz 6 Satz 2 und der Anlage 3 der SächsBhVO genannten Höchstbeträgen erfolgen. Die Aufwendungen für *Bezeichnung in Höhe von XX,XX EUR* je Behandlung (*vgl. Rechnung vom xx.yy.zzzz*) werden Ihnen ausnahmsweise einmalig in voller Höhe, jedoch maximal zum 1,6-fachen Satz der zugrundeliegenden Leistungsposition der Anlage 3 der SächsBhVO, zum Bemessungssatz erstattet.“

26.6.6 Das Staatsministerium der Finanzen kann aufgrund von § 80 Absatz 9 Satz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes und § 4 Absatz 8 Satz 2 auch im Bereich der Heilmittel für eine Übergangszeit von einem Jahr von Anlage 3 abweichende Höchstgrenzen festlegen und bekannt geben (5. Stufe).“

24. Nummer 27 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 27.1.2 wird wie folgt gefasst:

„27.1.2 Zu den beihilfefähigen Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, integrierte Schmerztherapien, ambulante Tinnitus-therapien, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Kasseler Stottertherapie, Echotherapie bei benignen Schilddrüsenknoten und Fibroadenomen (zum Beispiel beim Gesundheitsverbund Nord), sozialmedizinische Nachsorge im Sinne des § 43 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, medizinische Leistungen (Eingangs-, Quartalsuntersuchungen und Teamgespräche) im Rahmen einer Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch

interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sowie die besonderen Leistungen für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen mit psychischen Erkrankungen nach der Rahmenvereinbarung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. mit dem Land Rheinland-Pfalz vom 1. Juli 2020 (psyCardea), Nachsorgeangebot RESTART (Kooperation der Debeka mit der Charité Berlin zur Behandlung von Long-Covid). Als beihilfefähige Komplextherapie kann auch die Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf angesehen werden, deren Behandlung sich an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) orientiert. Komplextherapien sind auch im Rahmen der zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Leistungserbringern vereinbarten speziellen Versorgungsformen, zum Beispiel im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder der Integrierten Versorgung gemäß § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und den hierfür getroffenen Vereinbarungen beihilfefähig (zum Beispiel: INFORM-Programm des HOPP-Kindertumorzentrum Heidelberg [KiTZ]).“

- b) Nummer 27.4.1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:  
 „Die vereinbarten Vergütungssätze mit den Einrichtungen, mit denen eine entsprechende Vereinbarung besteht, gibt das Staatsministerium der Finanzen durch Rundschreiben bekannt.“
- c) In Nummer 27.6.1 Satz 3 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „(zum Beispiel INFORM-Programm des HOPP-Kindertumorzentrum Heidelberg [KiTZ])“ eingefügt.

25. Nummer 28.1.1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 wird die Angabe „70 Euro“ durch die Angabe „85 Euro“ ersetzt.
- b) In Satz 4 wird die Angabe „63,50 Euro“ durch die Angabe „77,27 Euro“ ersetzt, die Angabe „21,17 Euro“ wird durch die Angabe „25,76 Euro“ ersetzt und die Angabe „Absatz 12“ wird durch die Angabe „Absatz 14“ ersetzt.

26. Nummer 30.1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 30.1.1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:  
 „Dagegen ist für eine erforderliche vorübergehende häusliche Krankenpflege die Verordnung eines Arztes, bei Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die Verordnung eines Psychotherapeuten ausreichend.“
- b) Nummer 30.1.5.1 wird wie folgt gefasst:  
 „30.1.5.1 Behandlungspflege sind Maßnahmen, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, und die üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden können. Behandlungspflege umfasst insbesondere
- Absaugen der oberen Luftwege und Bronchialtoilette,
  - An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen im Rahmen der Krankenbehandlung,
  - An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes,
  - Auflegen von Kälteträgern,
  - Aufwendungen für die Schulbegleitung oder den Besuch eines Kindergartens durch eine ausgebildete Berufspflegekraft, soweit diese Begleitung kein Integrationshelfer ist; in Zweifelsfällen ist der Festsetzungsstelle die Kostenentscheidung der zuständigen Krankenversicherung zur Angemessenheitsprüfung vorzulegen,
  - Beatmungspflege (Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts),

- Blasenspülung,
- Blutdruckmessung,
- Blutzuckermessung,
- Dekubitusbehandlung (Positionswechsel),
- Durchführen der Sanierung von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)-Trägern mit gesicherter Diagnose,
- Flüssigkeitsbilanzierung,
- Inhalationen,
- Instillation,
- Interstitielle Glukosemessung (mit Real-Time-Messgeräten),
- Legen und Wechseln einer Magensonde,
- Pflegeanleitung (des Patienten und gegebenenfalls anderer Personen im Haushalt),
- Pflege des zentralen Venenkatheters,
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege,
- Richten und Verabreichen verordneter Medikamente (einschließlich Einreibungen, Bäder und so weiter),
- Spezielle Krankenbeobachtung,
- Stomabehandlung,
- Symptomkontrolle bei Palliativpatienten,
- Überprüfen und Versorgen von Drainagen,
- Verrichtungen bei Infusionen oder Injektionen,
- Verrichtungen der Darm- und Blasenentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung, Katheterisierung der Harnblase),
- Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG),
- Versorgung eines suprapubischen Katheters,
- Wechsel und Pflege der Trachealkanüle,
- Wundversorgung einer akuten Wunde,
- Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.“

c) In Nummer 30.1.5.4 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „sowie Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege [Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie]“ eingefügt.

d) Nummer 30.1.6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „(Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)“ die Wörter „und die Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Einer nach diesen Richtlinien vorausgesetzten Genehmigung, eines Begutachtungsverfahrens oder einer besonderen ärztlichen Qualifikation für die Verordnung bedarf es nicht.“

27. Nummer 31 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„31 Zu § 31 Palliativversorgung und gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“**

b) In Nummer 31.2.2 werden der Tabelle die folgenden Zeilen angefügt:

„1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022	283,50	296,10
1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023	296,10	305,55
1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024	311,85	318,15“.

c) Folgende Nummer 31.3 wird angefügt:

**„31.3 Zu Absatz 3**

31.3.1 Mit § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde die gesundheitliche

Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase eingeführt. Dabei können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Betroffenen in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Neben der Beratung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden.

- 31.3.2 Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich dabei nach § 15 der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Verbindung mit den Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen Träger der Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen unter Anwendung des § 132g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

28. Nummer 31a wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 31a.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 5 bis 8 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:  
„Pro Fall ist an das Krebsregister eine Krebsregisterpauschale nach § 65c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen, die jährlich von den Ländern und den Krankenkassenverbänden angepasst wird. Sie beträgt vom 1. Januar 2023 bis zum 30. Juni 2024 101,57 Euro. Ab dem 1. Juli 2024 beträgt die Krebsregisterpauschale 114,59 Euro. Außerdem fallen Vergütungen für verschiedene Meldungsarten an das klinische Krebsregister in unterschiedlicher Höhe pro Fall an (zum Beispiel 19,50 Euro für Meldung einer Diagnose eines Tumors nach hinreichender Sicherung ab dem 1. Februar 2024). Die Aufwendungen für die Krebsregisterpauschale und die Meldevergütung sind einschließlich Umsatzsteuer beihilfefähig.“
- bb) Der bisherige Satz 10 wird gestrichen.
- b) In Nummer 31a.2 wird in dem Satz nach Doppelbuchstabe bb das Wort „Krebsregisters“ durch das Wort „Krebsregister“ ersetzt.

29. In Nummer 32.3.1 Satz 1 wird die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

30. In Nummer 33.2.1 Satz 1 werden die Wörter „Beihilfeberechtigte mit dienstlichem Wohnsitz“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

31. Nummer 34 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
**„34 Zu § 34 Kommunikationshilfen“**
- b) Nummer 34.1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Kommunikationsshelfern“ durch das Wort „Kommunikationshilfen“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Kommunikationsshelfer“ durch das Wort „Kommunikationshilfen“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 werden die Wörter „des Kommunikationsshelfers“ durch die Wörter „der Kommunikationshilfen“ ersetzt.
- c) Nummer 34.2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Kommunikationsshelfer“ durch das Wort „Kommunikationshilfen“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird das Wort „Kommunikationsshelfer“ durch das Wort „Kommunikationshilfen“ ersetzt.
- cc) In Satz 5 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
- dd) Satz 6 wird gestrichen.

32. In Nummer 35.5.2 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.

33. Nummer 36 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 36.3 Satz 2 wird das Wort „Pauschalbeihilfe“ durch das Wort „Beihilfe“

ersetzt.

- b) In Nummer 36.4 wird das Wort „Beamten“ durch die Wörter „beihilfeberechtigten Personen“ ersetzt.
- c) In Nummer 36.5 wird die Angabe „Absatz 10“ durch die Angabe „Absatz 12“ ersetzt.

34. Nummer 37 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 37.2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 37.2.4.3 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt und die Angabe „80 Prozent“ wird durch die Angabe „90 Prozent“ ersetzt.
  - bb) Nummer 37.2.7.1 wird wie folgt gefasst:

„37.2.7.1 Beihilfefähig ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne des § 64 Absatz 1 Nummer 3 oder 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und sinngemäßer Anwendung der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2022 (abrufbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen.html>). Die Sport- oder Trainingsgruppen müssen nach Nummer 8 der Rahmenvereinbarung anerkannt sein.“
- b) Nummer 37.3 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 37.3.1 Satz 1 wird die Angabe „200 Euro“ durch die Angabe „230 Euro“ ersetzt.
  - bb) Folgende Nummer 37.3.6 wird angefügt:

„37.3.6 Auf Nummer 20.1.15 (Gemischte Krankenanstalten) wird hingewiesen.“
- c) Nummer 37.4.4 wird wie folgt gefasst:

„37.4.4 Kann der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige bei bestehenden Vergütungsverträgen der Einrichtung mit Sozialversicherungsträgern eine Leistung zu diesen Konditionen nicht erlangen, besteht kein Vertrag mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder erfolgt keine Einzelabrechnung nach Nummer 37.4.1, können aus Fürsorgegründen (vergleiche Urteil des VGH Mannheim vom 15. August 2013, 2 S 1085/13) Aufwendungen im folgenden Umfang als beihilfefähig bewertet werden:

  - a) Pauschaltagesätze, die alle Leistungen (insbesondere Unterkunft, Verpflegung, Pflege, ärztliche Leistungen, Heilmittel) enthalten, können – bei gesonderter Berechnung von Heilmitteln auch ohne die Voraussetzungen des § 26 Absatz 6 Satz 3 – bis zu einer Höhe von 160 Prozent des Vergleichsvergütungssatzes mit einem Sozialversicherungsträger als angemessen im Sinne des § 4 Absatz 3 bewertet werden.
  - b) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Pauschaltagesätze nur beihilfefähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nur in dieser besonders spezialisierten Einrichtung durchgeführt werden kann und soweit die ungedeckten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen 20 Euro je Tag übersteigen.“

35. Nummer 38 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 38.2 wird wie folgt gefasst:

**„38.2 Zu Absatz 2**

  - 38.2.1 Nummer 26.3 gilt entsprechend.
  - 38.2.2 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.“
- b) Nummer 38.4 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 38.4.1 Satz 1 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
  - bb) In Nummer 38.4.3 Satz 4 und 5 wird jeweils die Angabe „200 Euro“ durch die Angabe „230 Euro“ ersetzt.

36. Nummer 39 wird wie folgt geändert:

- a) Der Nummer 39.1.1 wird folgender Satz angefügt:  
„Da Kuren der Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit dienen, sind diese nur bei Beamten im aktiven Dienstverhältnis beihilfefähig.“
- b) Der Nummer 39.2 werden die folgenden Nummern 39.2.3 und 39.2.4 angefügt:  
„39.2.3 Die Festsetzungsstelle kann davon ausgehen, dass Kuren im Ausland in folgenden Kurorten dem Grunde nach beihilfefähig sind:
  - 1. Europäische Union**

<b>Land</b>	<b>Ort</b>
Frankreich	Aix-les-Bains
	Amélie-les-Bains-Palade
	Cambo-les-Bains
	La Roche-Posay
Italien	Abano Terme
	Galzignano
	Ischia
	Meran
	Montegrotto
Montepulciano	
Kroatien	Cres
Österreich	Bad Gastein
	Bad Hall in Tirol
	Bad Hofgastein
	Bad Schönau
	Bad Traunstein
	Oberlaa
Polen	Bad Flinsberg/Swieradow-Zdroj
	Kolberg/Kolobrzeg
	Swinemünde/Świnoujście
	Ustroń
Rumänien	Bad Felix/Baile Felix
Slowakei	Dudince
	Piestany
	Turcianske Teplice
Tschechien	Bad Belohrad/Lazne Belohrad
	Bad Joachimsthal/Jachymov
	Bad Luhatschowitz/Luhacovice
	Bad Teplitz/Lazne Teplice v Cechach
	Franzensbad/Frantiskovy Lazne
	Freiwaldau/Lazne Jesenik
	Johannisbad/Janske Lazne
	Karlsbad/Karlovy Vary
	Konstantinsbad/Konstantinovy Lazne
Marienbad/Marianske Lazne	
Ungarn	Bad Heviz
	Bad Zalakaros
	Bük
	Hajduszoboszlo
	Harkány
	Komarom
	Sarvar

## 2. Außerhalb der Europäischen Union

<b>Region</b>	<b>Land</b>	<b>Ort</b>
Totes Meer	Israel	Ein Boqeq
	Jordanien	Sweimeh

39.2.4 Die in Nummer 39.2.3 genannte Kurortliste Ausland ist nicht abschließend. Soll die Kur in einem anderen ausländischen Ort durchgeführt werden, hat die beihilfeberechtigte Person anhand geeigneter Unterlagen nachzuweisen, dass es sich um einen im Ausland anerkannten Kurort handelt.“

c) In Nummer 39.3.1 Satz 1 wird die Angabe „200 Euro“ durch die Angabe „230 Euro“ ersetzt.

37. Nummer 40 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 40.1 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 40.1.1 wird folgender Satz angefügt:

„Andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe sind die Gabe von Antikörpern (passive Immunprophylaxe) oder die Gabe von Medikamenten (Chemoprophylaxe) zum Schutz vor Weiterverbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten (§ 2 Nummer 10 des Infektionsschutzgesetzes).“

bb) Der Nummer 40.1.3 wird folgender Satz angefügt:

„Ebenso sind Schutzimpfungen gegen Masern für empfängliche, das heißt ungeimpfte Personen, ohne Altersbegrenzung beihilfefähig.“

cc) In Nummer 40.1.5 Satz 1 werden die Wörter „Abschnitt IX Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe hh“ durch die Wörter „Teil A Abschnitt IX Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe ii“ ersetzt.

dd) Folgende Nummern 40.1.11 und 40.1.12 werden angefügt:

„40.1.11 Aufwendungen für Impfungen in Apotheken sind beihilfefähig, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist. Nach § 132e Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist dies bei der Gripeschutzimpfung für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 für Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, zugelassen. Die Aufwendungen sind gemäß § 4 Absatz 3 als wirtschaftlich angemessen anzusehen, wenn sie der gesetzlich vorgesehenen oder vertraglich vereinbarten Vergütung entsprechen (vergleiche den mit Wirkung vom 8. April 2023 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung [PKV-Verband] abgeschlossenen Vertrag des GKV-Spitzenverbandes und des Deutschen Apothekerverbandes e. V. [DAV] zur Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen durch Apotheken vom 12. Mai 2023, veröffentlicht auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter <https://www.gkv-spitzenverband.de>). Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich.

40.1.12 Aufwendungen für eine Immunprophylaxe gegen Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) mit Palivizumab (Synagis) sind bei Vorliegen der Voraussetzungen in Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie beihilfefähig. Die Voraussetzungen liegen vor bei

- Kindern, die in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind,
- Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden,
- Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.

Beihilfefähig ist die Gabe von bis zu 5 Dosen je RSV-Saison. Darüber hinaus gehende Dosen sind im Einzelfall nur beihilfefähig, wenn eine besondere Begründung der behandelnden Ärzte vorliegt, aus der sich die medizinische Notwendigkeit im Sinne des § 4 Absatz 3 ergibt. Bei Vorliegen der Voraussetzungen in Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie sind auch andere Mittel zur Immunprophylaxe gegen RSV beihilfefähig, zum Beispiel Nirsevimab (Beyfortus), soweit sich nicht bereits ein Anspruch aus einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt.“

b) Nummer 40.4.2 wird durch die folgenden Nummern 40.4.2 und 40.4.3 ersetzt:

- „40.4.2 Auf Grundlage des § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde bislang nur die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Masern erlassen. Danach sind insbesondere Aufwendungen für eine zweite Schutzimpfung gegen Masern von erwachsenen Kindern, die zum Beispiel in Schulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen betreut werden, dem Grunde nach beihilfefähig (§ 2 Absatz 2 der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Masern). Auf Grund der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision sind diese Aufwendungen jedoch im Rahmen des Absatzes 1 auch ohne diese Beschränkungen bereits beihilfefähig (vergleiche Nummer 40.1.3).
- 40.4.3 Die Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung und auf Präexpositionsprophylaxe gegen COVID-19 (COVID-19-Vorsorgeverordnung) wurde ebenfalls auf Grundlage des § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen. Dementsprechend sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe gegen die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) beihilfefähig bei Personen, wenn bei ihnen aus medizinischen Gründen kein oder kein ausreichender Immunschutz gegen eine Erkrankung an der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) durch eine Schutzimpfung erzielt werden kann oder bei ihnen Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Kontraindikation nicht durchgeführt werden können und sie einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf einer Erkrankung an der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) ausgesetzt sind.“

38. Nummer 41 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 41.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Nummern 41.1.1 und 41.1.2 werden wie folgt gefasst:
- „41.1.1 Aufwendungen sind für alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes beihilfefähig. Gegenstand der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind insbesondere die ‚Volkskrankheiten‘ der Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankung sowie der Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus), hierzu Nummern 41.1.2 und 41.1.3. Daneben sind das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Nummer 41.1.4) und das Screening auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen (Nummer 41.1.5) als weitere Früherkennungsmaßnahmen einmalig beihilfefähig.
- 41.1.2 Aufwendungen für allgemeine Gesundheitsuntersuchungen sind entsprechend § 25 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, soweit der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige das 18. Lebensjahr vollendet hat. Entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) ist bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres eine Gesundheitsuntersuchung beihilfefähig. Ab Vollendung des 35. Lebensjahres sind Aufwendungen für Gesundheitsuntersuchungen alle drei Jahre beihilfefähig. Wird zu einer Gesundheitsuntersuchung Beihilfe gewährt, sind in den auf das Jahr der Gesundheitsuntersuchung folgenden zwei Kalenderjahren Aufwendungen für eine (erneute) Gesundheitsuntersuchung nicht beihilfefähig.“
- bb) In Nummer 41.1.3 Satz 1 werden die Wörter „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie)“ durch die Wörter

- „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ ersetzt.
- cc) Nummer 41.1.4 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Satz 1 wird das Wort „Screening“ durch das Wort „Ultraschallscreening“ ersetzt.
- bbb) In Satz 2 wird die Angabe „Nummer 41.3.5“ durch die Angabe „Nummer 41.3.3“ ersetzt.
- dd) Folgende Nummer 41.1.5 wird angefügt:
- „41.1.5 Aufwendungen für die Teilnahme am Screening auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen sind nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie für Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ab dem Alter von 35 Jahren einmalig beihilfefähig. Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist es nicht erforderlich, dass das Screening im Zusammenhang mit einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung erfolgt.“
- b) Nummer 41.2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 41.2.1 wird wie folgt gefasst:
- „41.2.1 Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-Richtlinie/oKFE-RL) im dort jeweils bestimmten Umfang beihilfefähig. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme gibt es nach der oKFE-Richtlinie derzeit für Darmkrebs und das Zervixkarzinom.“
- bb) In Nummer 41.2.2 Satz 1 wird das Wort „Danach“ durch die Wörter „Nach den in Nummer 41.2.1 genannten Richtlinien“ ersetzt.
- c) Nummer 41.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Nummern 41.3.1 und 41.3.2 werden gestrichen.
- bb) Die bisherigen Nummern 41.3.3 bis 41.3.5 werden die Nummern 41.3.1 bis 41.3.3.
- d) Nummer 41.4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 41.4.1 wird wie folgt geändert:
- aaa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung, die genetische Analyse und intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen werden mit den in Anlage 5 zu § 41 Absatz 4 festgelegten Pauschalen als beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) durchgeführt wurden.“
- bbb) In Satz 2 werden die Wörter „Zugelassene Zentren“ durch die Wörter „FBREK-Zentren“ ersetzt und in der nachfolgenden Aufzählung werden in der Zeile „Universitätsklinikum Erlangen“ das Wort „Frauenklinik“ durch die Wörter „Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum“ ersetzt.
- bb) Nummer 41.4.2 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Satz 1 werden die Wörter „Erkrankte (Indexfall) nach Nummer 2 Buchstabe a“ durch die Wörter „erkrankte Person (Indexperson) nach Absatz 3 Nummer 1“ ersetzt.
- bbb) In Satz 2 und 3 werden jeweils die Wörter „Nummer 2 Buchstabe b“ durch die Wörter „Absatz 3 Nummer 2“ ersetzt.
- cc) Nummern 41.4.4 wird gestrichen.
39. Nummer 42 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
- „42 Zu § 42 Kinderuntersuchungen“.**

- b) In Nummer 42.1 werden nach den Wörtern „Krankheiten bei Kindern“ die Wörter „und Jugendlichen“ gestrichen.
40. Nummer 44 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 44.1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 44.1.1 Satz 2 werden die Wörter „(,Mutterschafts-Richtlinien‘)“ durch die Wörter „(Mutterschafts-Richtlinie)“ ersetzt.
- bb) In Nummer 44.1.2 Satz 1 wird das Wort „Entbindung“ durch das Wort „Geburt“ ersetzt.
- cc) In Nummer 44.1.4 Satz 2 werden die Wörter „Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
- dd) Die Nummern 44.1.5 bis 44.1.7 werden wie folgt gefasst:
- „44.1.5 Aufwendungen für molekulargenetische Tests (zum Beispiel Fruchtwasseruntersuchung/Amniozentese, Mutterkuchenpunktion/Chorionzottenbiopsie) zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21, weiterer Trisomien und anderer Erkrankungen (zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen) oder für Untersuchungen an fetaler DNA aus mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 (Nicht-invasiver Pränataltest – NIPT) sind nur bei besonderen Risiken oder zur Abklärung von Auffälligkeiten im Einzelfall beihilfefähig (vergleiche § 3 Absatz 3 Nummern 5 bis 7 der Mutterschafts-Richtlinie; zur Beihilfefähigkeit von molekulargenetischen beziehungsweise humangenetischen Tests im Rahmen einer Krankenbehandlung vergleiche Nummer 8.1).
- 44.1.6 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für molekulargenetische Tests, die allein der Abklärung genetischer Ursachen dienen, aus der sich keine weiteren Behandlungs- und Therapieoptionen für das Kind ergeben. Nummer 44.1.5 bleibt unberührt.
- 44.1.7 Aufwendungen für Nabelschnurpunktion (Chordozentese) sind beihilfefähig, wenn diese aus ärztlicher Sicht notwendig sind und die Notwendigkeit auf der Rechnung des Arztes vermerkt ist.“
- ee) Die bisherige Nummer 44.1.6 wird Nummer 44.1.8 und im Satz werden die Wörter „Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
- ff) Die bisherige Nummer 44.1.7 wird Nummer 44.1.9 und im Satz werden die Wörter „Abschnitt A der Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „§ 2 der Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
- gg) Die bisherige Nummer 44.1.8 wird Nummer 44.1.10 und in Satz 1 werden die Wörter „Mutterschafts-Richtlinien sehen“ durch die Wörter „Mutterschafts-Richtlinie sieht“ ersetzt.
- hh) Die bisherige Nummer 44.1.9 wird Nummer 44.1.11.
- ii) Die bisherige Nummer 44.1.10 wird Nummer 44.1.12 und wie folgt geändert:
- aaa) In Satz 1 werden die Wörter „In den Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „In der Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt und nach dem Wort „Verbands-“ werden ein Komma und das Wort „Heil-“ eingefügt.
- bbb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Verbands-“ ein Komma und das Wort „Heil-“ eingefügt.
- ccc) In Satz 4 werden die Wörter „Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
- ddd) In Satz 6 werden nach dem Wort „Verbands-“ ein Komma und das Wort „Heil-“ eingefügt.
- jj) Die bisherige Nummer 44.1.11 wird Nummer 44.1.13.
- kk) Die bisherige Nummer 44.1.12 wird Nummer 44.1.14 und in Satz 3 werden das Komma und die Wörter „der zum 27. Juni 2008 in Kraft getreten ist“ gestrichen.
- ll) Die bisherigen Nummern 44.1.13 bis 44.1.15 werden die Nummern 44.1.15 bis 44.1.17.

- mm) Die bisherige Nummer 44.1.16 wird Nummer 44.1.18 und in Satz 2 wird die Angabe „80 Prozent“ durch die Wörter „in der Regel 90 Prozent“ ersetzt.
  - b) Nummer 44.2 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 44.2.3 wird wie folgt gefasst:
      - „44.2.3 Aufwendungen für eine Rufbereitschaft der Hebamme sind nicht beihilfefähig.“
    - bb) Die bisherige Nummer 44.2.3 wird Nummer 44.2.4.
  - c) Der Nummer 44.4.4 werden die folgenden Sätze angefügt:
    - „Die Geburtspauschale wird auch Beamten mit Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes gewährt. Sie wird auch Beihilfeberechtigten gewährt, die pauschale Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes erhalten. § 5 Absatz 1 Nummer 1 findet in diesen Fällen keine Anwendung.“
  - d) Nummer 44.5 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 44.5.1 Satz 1 wird das Wort „Beamten“ durch die Wörter „beihilfeberechtigten Personen“ ersetzt.
    - bb) In Nummer 44.5.4 wird die Angabe „80 Euro“ durch die Angabe „88 Euro“ und die Angabe „40 Euro“ wird durch die Angabe „44 Euro“ ersetzt.
    - cc) In Nummer 44.5.5 Satz 4 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.
    - dd) In Nummer 44.5.8 wird das Wort „Beamte“ durch die Wörter „beihilfeberechtigte Personen“ ersetzt.
41. Nummer 45 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 45.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Die Nummern 45.1.3 bis 45.1.5 werden wie folgt gefasst:
      - „45.1.3 Die künstliche Befruchtung besteht in der Regel aus mehreren Behandlungsschritten (hierzu Nummer 12 der Richtlinien über künstliche Befruchtung). Ein Behandlungszyklus (Zyklusfall) beginnt nach Nummer 9.1 Satz 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung mit dem ersten Zyklustag im Spontanzyklus, dem ersten Stimulationstag im stimulierten Zyklus beziehungsweise dem ersten Tag der Down-Regulation.
      - 45.1.4 Der Zyklusfall umfasst den ersten bis 28. Zyklustag für Frauen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spontanzyklus) beziehungsweise den Zeitraum vom ersten Stimulationstag bis 14 Tage nach Ovulationsauslösung oder Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme für Frauen ohne endogen gesteuerten Zyklus. Für Frauen ohne endogen gesteuerten Zyklus und ohne hormonelle Stimulation umfasst der Zyklusfall einen Zeitraum von 28 Tagen. Der bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) und der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) erforderliche Embryo-Transfer zählt zum Behandlungszyklus und ist daher beihilfefähig, wenn der Transfer innerhalb des Zyklusfalles erfolgt. Auf Grund des § 1 Absatz 1 Nummer 3 des Embryonenschutzgesetzes ist davon auszugehen, dass innerhalb eines Zyklus nicht mehr als drei Embryonen auf eine Frau übertragen werden. Werden imprägnierte Eizellen nach erfolgreicher künstlicher Befruchtung zunächst nicht verwendet, richten sich diesbezügliche Aufwendungen, in der Regel nach Kryokonservierung der imprägnierten Eizellen, ausschließlich nach Absatz 3.
      - 45.1.5 Die Regelungen in Anlage 7, wann eine In-vitro-Fertilisation oder Intracytoplasmatische Spermieninjektion als vollständig durchgeführt gelten, sind unabhängig vom Behandlungszyklus, nach dem sich die Beihilfefähigkeit der sich anschließend entstehenden Aufwendungen (zum Beispiel Embryo-Transfer) richtet.“
    - bb) Die bisherigen Nummern 45.1.3 bis 45.1.7 werden die Nummern 45.1.6 bis 45.1.10.
    - cc) Die bisherige Nummer 45.1.8 wird Nummer 45.1.11 und wie folgt geändert:

- aaa) In Satz 1 wird die Angabe „Nummer 45.1.6“ durch die Angabe „Nummer 45.1.9“ ersetzt.
  - bbb) In Satz 3 wird die Angabe „Nummer 4.3.8“ durch die Angabe „Nummer 4.3.9“ ersetzt.
  - ccc) Die folgenden Sätze werden angefügt:  
„Ein Härtefall liegt nicht vor, wenn der berücksichtigungsfähige Ehegatte gesetzlich krankenversichert ist und die ihm zuzurechnenden Aufwendungen von seiner gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Hierbei ist unerheblich, wenn Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf 50 Prozent begrenzt werden. Nummer 45.1.15 bleibt unberührt. Bei sich überschneidenden Ansprüchen von Ehegatten, die unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen angehören, steht diesen ein Wahlrecht zu (vergleiche auch BSG, Urteil vom 29. August 2023, B 1 KR 13/22 R).“
  - dd) Die bisherige Nummer 45.1.9 wird Nummer 45.1.12 und im Wortlaut wird die Angabe „12. März 2020 (SächsABl. S. 295)“ durch die Angabe „6. Juli 2023 (SächsABl. S. 1048)“ ersetzt.
  - ee) Die bisherigen Nummern 45.1.10 bis 45.1.13 werden die Nummern 45.1.13 bis 45.1.16.
  - b) Nummer 45.3.3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 wird das Wort „dreimal“ durch die Wörter „in drei Behandlungszyklen“ ersetzt.
    - bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Embryotransfer“ die Wörter „innerhalb eines Behandlungszyklus“ eingefügt.
42. Nummer 47 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 47.3.3 Satz 2 wird gestrichen.
  - b) Nummer 47.4.2 Satz 6 wird wie folgt gefasst  
„Hinsichtlich der Eigenbeteiligungen sind die Sonderbestimmungen in § 32 Absatz 3 Satz 4 und § 59 Absatz 3 zu beachten.“
43. In Nummer 48.1.4 Satz 3 werden nach dem Wort „der“ das Wort „individuelle“ gestrichen und die Wörter „Absatz 2 und 3“ durch die Angabe „Absatz 10“ ersetzt.
44. Nummer 49 wird wie folgt geändert:
- a) Nach der Überschrift wird folgende Nummer 49.0 eingefügt:  
„49.0 Die Pauschalbeihilfe im Sinne des Absatzes 2 und 3 entspricht dem Pflegegeld, welches auf Grundlage der §§ 37 und 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch die Pflegeversicherung gezahlt wird. Pauschalbeihilfe und pauschale Beihilfe nach Abschnitt 9 stehen in keinem Zusammenhang zueinander.“
  - b) In Nummer 49.1.11 Satz 4 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
  - c) Nummer 49.2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 49.2.2 Satz 3 werden nach dem Wort „Pauschalbeihilfe“ ein Komma und die Wörter „soweit keine Beihilfe nach § 55 in Betracht kommt“ eingefügt.
    - bb) In Nummer 49.2.7 Satz 1 werden die Wörter „§ 35 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes“ durch die Wörter „§ 74 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
    - cc) Nummer 49.2.12 wird wie folgt gefasst:  
„49.2.12 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2024):  
49.2.12.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 770 Euro). Vom 3. März bis 5. März sowie vom 17. März bis 19. März wird er in häuslicher Umgebung gepflegt, wofür er Pflegegeld (100 Prozent = 332 Euro) beansprucht.“

Die Rechnung der vollstationären Pflegeeinrichtung beträgt 650 Euro. Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 beträgt 689 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil der Aufwendungen der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 zu ermitteln:

- Anteil der Aufwendungen von der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 (650 Euro von 761 Euro)	85,41 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 85,41 Prozent)	14,59 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (14,59 Prozent von 332 Euro)	48,44 Euro
- Zahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 6 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der häuslichen Pflegehilfe volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen ist) Höhe des Pflegegeldes (= 6/30 von 48,44 Euro)	9,69 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 30 Prozent von 650 Euro	195,00 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 9,69 Euro	<u>2,91 Euro</u>
Gesamt	197,91 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 70 Prozent von 650 Euro	455,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 9,69 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 2,91 Euro	<u>6,78 Euro</u>
Gesamt	461,78 Euro

49.2.12.2 Wie Beispiel 49.2.12.1, jedoch beträgt die Rechnung für die vollstationäre Pflegeeinrichtung 800 Euro.

Da mit den Aufwendungen der vollstationären Pflege der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 (761 Euro) überschritten wird, kann keine anteilige Pauschalbeihilfe mehr gezahlt werden.“

d) Nummer 49.3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 49.3.3 wird wie folgt gefasst:

„49.3.3 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2024):

49.3.3.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte

Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 432 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 573 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 501,20 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (501,20 Euro von 1 432 Euro)	35 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)	65 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 573 Euro)	372,45 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 501,20 Euro	150,36 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 372,45 Euro	<u>111,74 Euro</u>
Gesamt	262,10 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 501,20 Euro	350,84 Euro
- Pauschalbeihilfe 354,25 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 111,74 Euro	<u>260,71 Euro</u>
Gesamt	611,55 Euro

49.3.3.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 778 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 765 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 711,20 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (711,20 Euro von 1 778 Euro)	40 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 40 Prozent)	60 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 765 Euro)	459,00 Euro
a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 711,20 Euro	355,60 Euro
- zum Pflegegeld 50 Prozent von 459,00 Euro	<u>229,50 Euro</u>
Gesamt	585,10 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 Prozent von 711,20 Euro	355,60 Euro
- Pauschalbeihilfe 459,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 229,50 Euro	<u>229,50 Euro</u>
Gesamt	585,10 Euro

49.3.3.3 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2, der ihm ab 15. August bewilligt wurde, die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 761 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 332 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte ab 15. August beträgt 200 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Das so ermittelte Pflegegeld wird anteilig für die Zeit vom 15. August bis 31. August (17 Tage) gewährt:

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (200 Euro von 761 Euro)	26,28 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./. 26,28 Prozent)	73,72 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (73,72 Prozent von 332 Euro)	244,75 Euro
- anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 17 Tagen, Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 17/30 von 244,75 Euro)	138,69 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 200 Euro	60,00 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 138,69 Euro	<u>41,61 Euro</u>
Gesamt	101,61 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 200 Euro	140,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 138,69 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 41,61 Euro	<u>97,08 Euro</u>
Gesamt	237,08 Euro“.

bb) Nummer 49.3.7 wird wie folgt gefasst:

„49.3.7 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2024):

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 762 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 332 Euro) in Anspruch. Vom 1. April bis 30. April befindet er sich in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Aufwendungen für die Pflege durch Berufspflegekräfte sind in diesem Zeitraum nicht angefallen.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Zeiten einer vollstationären Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen nach § 20 unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Dies gilt jedoch nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Folglich kann für 28 Tage Pflegegeld gewährt werden:

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte	0 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./. 0 Prozent)	100 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (100 Prozent von 332 Euro)	332,00 Euro
- anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 28 Tagen, Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 28/30 von 332 Euro)	309,87 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 309,87 Euro	92,96 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- Pauschalbeihilfe 309,87 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 92,96 Euro	216,91 Euro“.

e) Nummer 49.4.9 wird wie folgt gefasst:

„49.4.9 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2024):

49.4.9.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades

3 das Pflegegeld (100 Prozent = 573 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. August bis 26. August, das heißt für die Dauer von 22 Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 000 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. August bis 5. August (fünf Tage) und 26. August bis 31. August (sechs Tage) zu gewähren  
Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 573 Euro) 210,10 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 20 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist)  
Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 20/30 von 573 Euro/2) 191,00 Euro
- a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung
  - zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 300,00 Euro  
30 Prozent von 1 000 Euro
  - zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 210,10 Euro 63,03 Euro
  - hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 20 Tage, 30 Prozent von 191,00 Euro 57,30 Euro
  - Gesamt 420,33 Euro
- b) Leistungen der Beihilfe
  - zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro 700,00 Euro
  - Pauschalbeihilfe 210,10 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 63,03 Euro 147,07 Euro
  - hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 20 Tage, 191,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 57,30 Euro 133,70 Euro
  - Gesamt 980,77 Euro

49.4.9.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 das Pflegegeld (100 Prozent = 573 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. Oktober bis 17. Oktober, das heißt für die Dauer von 13 Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 500 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen

Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Oktober bis 5. Oktober (fünf Tage) und 17. Oktober bis 31. Oktober (15 Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (20/30 von 573 Euro)	382,00 Euro
- für die Dauer von elf Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist) Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 11/30 von 573 Euro/2)	105,05 Euro
a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro	750,00 Euro
- zum Pflegegeld für 20 Tage 50 Prozent von 382,00 Euro	191,00 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für elf Tage, 50 Prozent von 105,05 Euro	<u>52,53 Euro</u>
Gesamt	993,53 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro	750,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 382,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 191,00 Euro	191,00 Euro
- hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für elf Tage, 105,05 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 52,53 Euro	<u>52,52 Euro</u>
Gesamt	993,52 Euro

49.4.9.3 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 das Pflegegeld (100 Prozent = 765 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 26. Dezember bis 28. Dezember, das heißt für die Dauer von drei Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 100 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Dezember bis 26. Dezember (26 Tage) und 28. Dezember bis 31. Dezember (vier Tage) zu gewähren  
Höhe des Pflegegeldes (30/30 von 765 Euro) 765,00 Euro
- da aufgrund der Tage der tatsächlichen häuslichen Pflege der Höchstanspruch nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für den Kalendermonat bereits ausgeschöpft ist, erfolgt keine hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von einem Tag
- a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung
  - zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 100 Euro 30,00 Euro
  - zum Pflegegeld 30 Prozent von 765 Euro 229,50 Euro
  - Gesamt 259,50 Euro
- b) Leistungen der Beihilfe
  - zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 100 Euro 70,00 Euro
  - Pauschalbeihilfe 765 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 229,50 Euro 535,50 Euro
  - Gesamt 605,50 Euro

49.4.9.4 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 5 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 2 200 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 947 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 6. Juni bis 26. Juni, das heißt für die Dauer von drei Wochen (21 Tage), Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 770,00 Euro. Daneben sind für die Verhinderungspflege Aufwendungen in Höhe von 1 000 Euro entstanden (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Ferner wird Pflegegeld nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (770,00 Euro von 2 200 Euro)	35 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./. 35 Prozent)	65 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 947 Euro)	615,55 Euro
- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Juni bis 6. Juni (sechs Tage) und 26. Juni bis 30. Juni (fünf Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 615,55 Euro)	225,70 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 19 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist) Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 19/30 von 615,55 Euro/2)	194,92 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro	300,00 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 770,00 Euro	231,00 Euro
- zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 225,70 Euro	67,71 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage, 30 Prozent von 194,92 Euro	<u>58,48 Euro</u>
Gesamt	657,19 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro	700,00 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 770,00 Euro	539,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 225,70 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 67,71 Euro	157,99 Euro
- hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 194,92 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 58,48 Euro	<u>136,44 Euro</u>
Gesamt	1 533,43 Euro“.
f) Die Nummern 49.5.2 bis 49.5.4 werden wie folgt gefasst:	
„49.5.2 Der Bemessungssatz für Aufwendungen nach Absatz 5 beträgt 100 Prozent (§ 57 Absatz 10). Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent (§ 57 Absatz 7). Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 5 ebenfalls zum Bemessungssatz von 100 Prozent nach § 57 Absatz 10 beihilfefähig.	
49.5.3 Ab 1. November 2024 sind auf Grundlage des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7 Stufe 5 Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:	

Pflegegrad 2:	1 141,74 Euro
Pflegegrad 3:	2 283,47 Euro
Pflegegrad 4:	3 425,21 Euro
Pflegegrad 5:	4 566,94 Euro

Ab 1. Februar 2025 ergeben sich unter Berücksichtigung der Tarifierhöhung folgende beihilfefähige Höchstbeträge:

Pflegegrad 2:	1 204,53 Euro
Pflegegrad 3:	2 409,06 Euro
Pflegegrad 4:	3 613,59 Euro
Pflegegrad 5:	4 818,12 Euro

Künftige Tarifierhöhungen sind zu beachten.

49.5.4 Beispiele (jeweils zum Stand 1. November 2024):

49.5.4.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 432 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 2 000 Euro.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 432 Euro) 429,60 Euro

b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 432 Euro) 1 002,40 Euro

c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5

- Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (2 283,47 Euro) wird nicht überschritten 2 000,00 Euro

- Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft 1 432,00 Euro

- Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag) 568,00 Euro

zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (100 Prozent von 568,00 Euro) 568,00 Euro

d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c):

1 570,40 Euro

49.5.4.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 778 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 2 000 Euro.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 778 Euro)	889,00 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 778 Euro)	889,00 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
- Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (3 425,21 Euro) wird nicht überschritten	2 000,00 Euro
- Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	<u>1 778 Euro</u>
- Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag) zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (100 Prozent von 222 Euro)	<u>222,00 Euro</u> 222,00 Euro
d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c):	1 111,00 Euro“.

g) Nummer 49.6 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 49.6.1 Satz 1 werden nach dem Wort „Beratungsbesuche“ die Wörter „in der eigenen Häuslichkeit und Beratung per Videokonferenz“ eingefügt.

bb) Die Nummern 49.6.2 und 49.6.3 werden wie folgt gefasst:

„49.6.2 Auf Wunsch des Pflegebedürftigen kann im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Die erstmalige Beratung hat aber stets in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

49.6.3 Beihilfefähig ist in den Pflegegraden 1 bis 3 einmal halbjährlich, in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung des Pflegebedürftigen. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bestimmt sich nach der auf Grundlage des § 37 Absatz 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütungssätze. Der landesweit einheitliche Vergütungssatz für Beratungsstellen im Freistaat Sachsen beträgt im Jahr 2024 51,59 Euro. Für Aufwendungen für Beratungsstellen außerhalb des Freistaates Sachsen sind die dort vereinbarten Vergütungssätze beihilfefähig. Dabei ist zu beachten, dass gegebenenfalls auch mit Beratungsstellen Vergütungssätze unmittelbar vereinbart werden können. Liegen entsprechende Vereinbarungen vor, sind die jeweils mit der beratenden Stelle vereinbarten Beträge beihilfefähig. Die Vorlage der Vereinbarung ist in der Regel nicht erforderlich und sollte auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben (zum Beispiel bei besonders hohen entstandenen Aufwendungen für den Beratungsbesuch).“

cc) Die bisherigen Nummern 49.6.3 bis 49.6.5 werden die Nummern 49.6.4 bis 49.6.6.

45. Nummer 49a.2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 49a.2.1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (vergleiche § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ist ein einmaliger Betrag von 2 500 Euro neben Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gemäß § 54 Absatz 3 (vergleiche § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) beihilfefähig.“

b) In Nummer 49a.2.4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2) einen“ durch die Wörter „Absatz 3) den“ ersetzt.

c) Nummer 49a.2.5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 und 3 wird jeweils die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

- bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt und die Angabe „Nummer 54.2.6“ wird durch die Angabe „Nummer 54.3.6“ ersetzt.
  - d) Nummer 49a.2.6 wird gestrichen.
46. Nummer 49b wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 49b.0.2 Satz 1 und 2 werden jeweils nach den Wörtern „zehn Arbeitstage“ die Wörter „je Kalenderjahr“ eingefügt.
  - b) Nummer 49b.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 49b.1.1 wird wie folgt geändert:
      - aaa) Nummer 49b.1.1.3 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:  
„Nach der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2024 beträgt die monatliche Bezugsgröße im Kalenderjahr 2024 3 535 Euro (West) beziehungsweise 3 465 Euro (Ost). Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt damit im Jahr 2024 monatlich 1 178,33 Euro (West) beziehungsweise 1 155,00 Euro (Ost).“
      - bbb) Die Nummern 49b.1.1.4 und 49b.1.1.5 werden wie folgt gefasst:  
„49b.1.1.4 Für die Zuschussbemessung für die Krankenversicherung sind der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2024: 14,6 Prozent) sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde zu legen. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, tritt an die Stelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2024: 1,7 Prozent). Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beträgt der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung daher im Kalenderjahr 2024 monatlich höchstens 192,03 Euro (West) beziehungsweise 188,27 Euro (Ost). Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich durch die Zugrundelegung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes abweichende Beträge.“
      - 49b.1.1.5 Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung wird unter Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2024: 3,4 Prozent; gegebenenfalls bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,6 Prozent) auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ermittelt (2024 monatlich höchstens 40,06 Euro und 47,13 Euro [West] beziehungsweise 39,27 Euro und 46,20 Euro [Ost]).“
    - ccc) Nummer 49b.1.1.7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:  
„Für den Antrag ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 4 entspricht, zu verwenden.“
  - bb) Nummer 49b.1.2.1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:  
„Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes ist begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (Stand 1. Januar 2024: 5 175,00 Euro monatlich/172,50 Euro täglich, 70 Prozent hiervon sind 3 622,50 Euro monatlich/120,75 Euro täglich).“
- c) Nummer 49b.2 wird wie folgt geändert:
  - aa) Nummer 49b.2.2 wird wie folgt geändert:
    - aaa) Nummer 49b.2.2.2 wird wie folgt gefasst:

- „49b.2.2.2 Die Beiträge werden nach § 23 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die Pfl egetätigkeit ausgeübt worden ist. Bei rückwirkender Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht sind die Beiträge für den zurückliegenden Zeitraum zu dem der Feststellung folgenden Fälligkeitstag zu zahlen. Hierbei ist auf den Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung über die Beitragspflicht durch die Pflegeversicherung abzustellen. Eventuelle Über- oder Minderzahlungen sind später auszugleichen (zum Beispiel wegen Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege).“
- bbb) Die bisherigen Nummern 49b.2.2.3 und 49b.2.2.4 werden gestrichen.
- ccc) Die bisherigen Nummern 49b.2.2.5 und 49b.2.2.6 werden die Nummern 49b.2.2.3 und 49b.2.2.4.
- bb) Nummer 49b.2.3.3 wird wie folgt gefasst:  
„49b.2.3.3 Nummer 49b.2.2.2 gilt entsprechend.“
- cc) In Nummer 49b.2.4 wird die Angabe „1. Januar 2018“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
- dd) Nummer 49b.2.6 wird wie folgt geändert:
- aaa) Nummer 49b.2.6.5 Satz 3 und 4 wird gestrichen.
- bbb) Nummer 49b.2.6.7 wird wie folgt gefasst:  
„49b.2.6.7 Nummer 49b.2.2.2 gilt entsprechend.“
- ee) In Nummer 49b.2.7.5 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
- ff) Nummer 49b.2.8 wird wie folgt geändert:
- aaa) Nummer 49b.2.8.5 wird gestrichen.
- bbb) Die bisherige Nummer 49b.2.8.6 wird Nummer 49b.2.8.5 und wie folgt geändert:
- aaaa) In Satz 1 werden die Wörter „anteilig jeweils an die Deutsche Rentenversicherung Bund und den zuständigen Regionalträger“ durch die Wörter „an die Deutsche Rentenversicherung Bund“ ersetzt.
- bbbb) Satz 2 wird gestrichen.
- ccc) Die bisherigen Nummern 49b.2.8.7 bis 49b.2.8.9 werden die Nummern 49b.2.8.6 bis 49b.2.8.8.
- gg) Nummer 49b.2.9 wird wie folgt gefasst:  
„49b.2.9 Beispiel zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes und der hierauf entfallenden Beiträge (Stand: 1. Januar 2024)  
Das Beispiel bezieht sich auf eine Kostentragung des Leistungsträgers des Pflegeunterstützungsgeldes zu 100 Prozent und den Rechtskreis Ost. Die errechneten Beiträge sind in der Beihilfe entsprechend des Bemessungssatzes der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen zu pflegenden Person abzuführen.  
Eine vollzeitbeschäftigte Person arbeitet regelmäßig fünf Tage in der Woche von Montag bis Freitag. Wegen einer bei ihrem Vater akut aufgetretenen Pflegesituation nach § 2 des Pflegezeitgesetzes lässt sie sich vom 23. Februar bis 2. März (kein Schaltjahr) für insgesamt sechs Arbeitstage (acht Kalendertage) ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts von der Arbeit freistellen. Aufgrund der Beschäftigung bestand bisher Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. In der Krankenversicherung wurde bisher der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. Weitere Beschäftigungen werden nicht ausgeübt; weitere beitragspflichtige Einnahmen werden nicht erzielt. Das ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt für den genannten Zeitraum brutto 1 500 Euro und netto 1 200 Euro.“

Berechnung:

Das Pflegeunterstützungsgeld sowie die hierauf zu entrichtenden Beiträge werden grundsätzlich für den Kalendertag berechnet. Für die Zeit vom 23. Februar bis 2. März sind deshalb acht Kalendertage anzusetzen.

Das für einen Kalendertag ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt:

- Brutto: 1 500 Euro/8 = 187,50 Euro
- Netto: 1 200 Euro/8 = 150,00 Euro

Die kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenzen betragen in der

- Krankenversicherung: 62 100 Euro/360 = 172,50 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: 89 400 Euro/360 = 248,33 Euro

Für die Beiträge zur Krankenversicherung ist das kalendertägliche ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Beitragsbemessungsgrenze zu kürzen: 172,50 Euro

Für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung ist weiter zu rechnen mit: 187,50 Euro

Nach Kürzung auf 80 Prozent ergeben sich folgende beitragspflichtige Einnahmen:

- Krankenversicherung: 172,50 Euro x 80 Prozent = 138,00 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: 187,50 Euro x 80 Prozent = 150,00 Euro

Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes:

- 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts: 150,00 Euro x 90 Prozent = 135,00 Euro
- begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung: 172,50 Euro x 70 Prozent = 120,75 Euro

Die Höchstgrenze wird überschritten, das Pflegeunterstützungsgeld beträgt daher kalendertäglich 120,75 Euro für acht Kalendertage 966,00 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Krankenversicherung:

- allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent
- angenommener kassenindividueller Zusatzbeitragssatz: 1,8 Prozent
- voller allgemeiner Beitrag: 138 Euro x 14,6 Prozent = 20,15 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 120,75 Euro x 7,3 Prozent = 8,81 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 11,34 Euro
- Zusatzbeitrag: 138 Euro x 1,8 Prozent = 2,48 Euro
- Gesamtbeitrag: 20,15 Euro + 2,48 Euro = 22,63 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Rentenversicherung:

- Beitragssatz: 18,6 Prozent
- voller Beitrag: 150,00 Euro x 18,6 Prozent = 27,90 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 120,75 Euro x 9,3 Prozent = 11,23 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 16,67 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur  
Arbeitslosenversicherung:

- Beitragssatz: 2,6 Prozent
- voller Beitrag: 150,00 Euro x 2,6 Prozent = 3,90 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 120,75 Euro x  
1,3 Prozent = 1,57 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 2,33 Euro“.

d) In Nummer 49b.3.1 werden die Wörter „Absatz 2 und 3“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt und die Angabe „Absatz 5“ wird durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

47. Nummer 50 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 50.1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 50.1.3 Satz 2 werden nach dem Wort „anzusehen“ ein Komma und die Wörter „soweit nicht ein geringerer Anteil nachgewiesen wird“ eingefügt.

bb) Nummer 50.1.8 wird wie folgt gefasst:

„50.1.8 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2024):

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte  
Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades  
3 neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent =  
1 298 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent =  
1 432 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die  
Tagespflegeeinrichtung 2 000 Euro und für die Pflege durch  
Berufspflegekräfte 1 800 Euro.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	389,40 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 432 Euro)	<u>429,60 Euro</u>
Gesamt	819,00 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	908,60 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 432 Euro)	<u>1 002,40 Euro</u>
Gesamt	1 911,00 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach § 49 Absatz 5	
- Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung laut Rechnung, Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5 (2 283,47 Euro) wird nicht überschritten	2 000,00 Euro
- Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung	1 298,00 Euro
- Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung)	702,00 Euro
- Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5 (2 283,47 Euro) wird nicht überschritten	1 800,00 Euro
- Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	1 432,00 Euro
- Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft)	<u>368,00 Euro</u>
- Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung und die Berufspflegekraft (100 Prozent von 702 Euro + 368 Euro)	1 070,00 Euro
d) Gesamtleistung der Beihilfe (Buchstaben b und c):	2 981,00 Euro“.

b) In Nummer 50.2.3 Satz 1 wird die Angabe „§ 66 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 69 Absatz 1“ ersetzt.

48. Nummer 51 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
**„51 Zu § 51 Verhinderungspflege“.**

b) Nummer 51.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 51.2.3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Hat die Pflegeversicherung bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges in Anlehnung an das Krankenversicherungsrecht (§ 60 Absatz 3 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) pro gefahrenen Kilometer den nach § 5 Absatz 1 Bundesreisekostengesetz festgesetzten Betrag für die Wegstreckenentschädigung (Stand: 1. Januar 2024: 0,20 Euro) der Abrechnung zu Grunde gelegt, bestehen keine Bedenken, diesen als beihilfefähig anzuerkennen, soweit dieser höher ist als der sich aus § 32 Absatz 3 Satz 1 ergebende Betrag.“

bb) Nummer 51.2.6 wird wie folgt gefasst:

„51.2.6 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2024):

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20. April bis 10. Mai (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546 Euro, ein Verdienstausschlag in Höhe von 1 445 Euro und Fahrtkosten in Höhe von 84,00 Euro (20 km x 0,20 Euro = 4,00 Euro x 21 Tage = 84,00 Euro) nachgewiesen.

- Beihilfefähigkeit der Verhinderungspflege, begrenzt auf den eineinhalbfachen Betrag der Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) des Pflegegrades 4 (765 Euro x 1,5 =)	546,00 Euro
1 147,50 Euro	
- plus Fahrtkosten	84,00 Euro
- plus Verdienstausschlag = 1 445 Euro	<u>1 445,00 Euro</u>
- Gesamt	<u>2 075,00 Euro</u>

Der Höchstbetrag von 1 612 Euro nach Absatz 1 wird überschritten. Aufgrund der Anwendung des Absatzes 3 kann jedoch eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrages durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 887 Euro (1 774 Euro/2) erfolgen. Es können damit 2 075,00 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.

Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege nach § 52 sind im restlichen Kalenderjahr bis zu 1 311 Euro beihilfefähig. Im Falle einer erneuten Verhinderungspflege sind aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege Aufwendungen für bis zu 21 Tage bis zu 404,00 Euro beihilfefähig.

Es wird besonders darauf hingewiesen, dass auf Grund von § 51 Absatz 3 der beihilfefähige Höchstbetrag um den halben beihilfefähigen Höchstbetrag aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 erhöht werden kann (887 Euro), wohingegen der Erhöhungsbetrag im Bereich der Pflegeversicherung auf Grund von § 39 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf 806 Euro beschränkt ist.“

- c) Nach Nummer 51.3.2 wird folgende Nummer 51.4 angefügt:  
**„51.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)“.**

49. Nach Nummer 52 wird folgende Nummer 52a eingefügt:

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

**52a.1 Zu Absatz 1**

52a.1.1 Die Versorgung des Pflegebedürftigen erfolgt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn diese die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen sicherstellen kann und will. Die Pflege kann auch sichergestellt werden, indem die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte (vergleiche § 49 Absatz 1) erbringen lässt.

52a.1.2 Beihilfefähig sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen auf medizinische Behandlungspflege und die betriebsnotwendigen Investitionen sowie die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung.

52a.1.3 Fahr- und Gepäcktransportkosten sind beihilfefähig, sofern diese im Zusammenhang mit der Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson stehen. Aufwendungen für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist, sind beihilfefähig. Die Beschränkung des § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt nur bei der Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges. Eine Minderung der Fahrtkosten nach § 32 Absatz 3 Satz 3 erfolgt nicht.

**52a.2 Zu Absatz 2**

52a.2.1 Kann die pflegerische Versorgung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht sichergestellt werden (hierzu Nummer 52a.1.1), kann der Pflegebedürftige auch in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Beihilfefähig

sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Aufwendungen. Eine Beschränkung auf den in § 55 Absatz 1 genannten Höchstbetrag erfolgt nicht.

**52a.3 Zu Absatz 3**

52a.3.1 Während der Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 oder einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 ruht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder anteilige Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 3. Die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 49b (vergleiche auch §§ 44 und 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ruhen hingegen nicht, soweit dies § 34 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorsieht. Danach sind diese Leistungen in den ersten vier Wochen einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation beihilfefähig (vergleiche Nummer 49b.0.6).“

50. Nummer 53 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 53.1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Nummer 53.1.6 wird wie folgt geändert:
    - aaa) In Satz 1 werden die Wörter „zum individuellen Bemessungssatz“ gestrichen.
    - bbb) Folgender Satz wird angefügt:  
„Der Bemessungssatz beträgt auf Grund von § 57 Absatz 10 100 Prozent.“
  - bb) Der Nummer 53.1.8 wird folgender Satz angefügt:  
„Nummer 49.6.6 gilt entsprechend, so dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die beihilfefähigen Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Absatz 1 erfolgen kann, wenn die verpflichtenden Beratungsbesuche nicht abgerufen werden.“
- b) Nummer 53.2 wird wie folgt geändert:
  - aa) Der Nummer 53.2.7 wird folgender Satz angefügt:  
„Hierbei ist auf die Festlegung der Pflegeversicherung abzustellen.“
  - bb) Nummer 53.2.9 Satz 2 wird gestrichen.

51. Nummer 54 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
**„54 Zu § 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes“.**
- b) Nummer 54.1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Der Nummer 54.1.1 werden die folgenden Sätze angefügt:  
„Entsprechend § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch kann hinsichtlich der Aufwendungen für Pflegehilfsmittel grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass diese notwendig sind, wenn sie von einer Pflegefachkraft empfohlen wurden. In diesem Falle kommt es für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht darauf an, ob die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt. Beihilfefähig sind insoweit nur Aufwendungen für die Pflegehilfsmittel, für die Pflegefachkräfte Empfehlungen nach den in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 2021 abgeben dürfen.“
  - bb) Der Nummer 54.1.3 werden die folgenden Sätze angefügt:  
„Auf das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung kommt es hierbei nicht an. Dennoch kann in Ausnahmefällen unter Anlegung eines strengen Maßstabes die Notwendigkeit im Sinne des § 4 Absatz 3 auch angenommen werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.“
  - cc) In Nummer 54.1.4 wird das Wort „vergleich“ durch das Wort „vergleiche“ ersetzt.
- c) Nummer 54.2 wird wie folgt gefasst:  
**„54.2 Zu Absatz 2**  
54.2.1 Digitale Pflegeanwendungen können in der Häuslichkeit die Pflege sowie die

pflegerische Betreuung unterstützen. Digitale Pflegeanwendungen bestehen in vorrangig software- oder webbasierten Versorgungsangeboten, die anleitend begleiten, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

- 54.2.2 Die digitale Pflegeanwendung ist ein rein digitaler Helfer auf eigenen, mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung, die über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt wird. Da digitale Pflegeanwendungen wesentlich auf digitalen Technologien beruhen, sind umfangreiche Hardwareausstattungen auf Grund von § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht beihilfefähig. Auch weitere Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Nutzung digitaler Anwendungen stehen, beispielsweise Vertragsgebühren für Endgeräte und Internetzugänge, sind nicht beihilfefähig.
- 54.2.3 Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind (vergleiche § 40a Absatz 1a Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 54.2.4 Beihilfefähig sind digitale Pflegeanwendungen nur dann, wenn sie vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgenommen wurden.
- 54.2.5 Ergänzende Unterstützungsleistungen können den pflegerischen oder betreuenden Nutzen digitaler Pflegeanwendungen für pflegebedürftige Personen sicherstellen und umfassen beispielsweise im Einzelfall Hilfestellungen beim Einsatz der digitalen Pflegeanwendung. Die Leistungen werden durch ambulante Pflegeeinrichtungen in der Häuslichkeit erbracht.
- 54.2.6 Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen sind bis zu dem in § 40b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrag beihilfefähig.
- 54.2.7 Einer ärztlichen Verordnung oder einer vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit für digitale Pflegeanwendungen sowie ergänzende Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch die Festsetzungsstelle bedarf es nicht.
- 54.2.8 Beihilfefähig sind entsprechende Aufwendungen auch bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1.“

d) Die bisherige Nummer 54.2 wird Nummer 54.3 und wie folgt geändert:

- aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
- bb) Die bisherige Nummer 54.2.1 wird Nummer 54.3.1 und in Satz 4 die Angabe „1. Januar 2018“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt.
- cc) Die bisherige Nummer 54.2.2 wird Nummer 54.3.2 und in Satz 3 die Angabe „21. April 2020“ durch die Angabe „14. November 2023“ ersetzt.
- dd) Die bisherigen Nummern 54.2.3 bis 54.2.7 werden die Nummern 54.3.3 bis 54.3.7.

52. Nummer 55 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 55.1 wird wie folgt geändert:

- aa) Der Nummer 55.1.1 werden die folgenden Sätze angefügt:  
 „Für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zugelassene Pflegeeinrichtungen kommt es auch nicht darauf an, ob diese eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben und sich die Leistungen der Pflegeversicherung daher nach § 91 Absatz 2 des Elften

Buches Sozialgesetzbuch richten. Die Aufwendungen sind daher immer bis zum Höchstbetrag nach Satz 2 beihilfefähig.“

- bb) Nummer 55.1.2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:  
 „Aufgrund von § 7a Absatz 1 Satz 1 sind diese Aufwendungen bei beihilfeberechtigten Personen im Ausland insoweit beihilfefähig, als sie im Inland beihilfefähig wären; in allen anderen Fällen gilt die Begrenzung des § 7a Absatz 8.“
- cc) Der Nummer 55.1.3 wird folgender Satz angefügt:  
 „Sogenannte Energiekostenzuschläge sind beihilfefähig, wenn diese mit den Pflegesatzvergütungsverhandlungen entsprechend § 85 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart wurden oder die Pflegeversicherung diese anerkannt hat.“
- dd) Nummer 55.1.6 wird wie folgt gefasst:  
 „55.1.6 Leistungen, die für die Unterbringung und Verpflegung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, können keine Zusatzleistungen sein (vergleiche § 5 Absatz 4 des Rahmenvertrages gemäß § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur vollstationären Pflege im Freistaat Sachsen in der Fassung vom 1. November 2019) und sind damit beihilfefähig.“
- ee) Nummer 55.1.13 wird wie folgt geändert:  
 aaa) In Satz 1 wird die Angabe „1 612 Euro“ durch die Angabe „1 774 Euro“ ersetzt.  
 bbb) In Satz 2 wird die Angabe „3 224 Euro“ durch die Angabe „3 386 Euro“ ersetzt.

b) Die Nummern 55.2 und 55.3 werden wie folgt gefasst:

**„55.2 Zu Absatz 2**

- 55.2.1 Ein Leistungszuschlag nach § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschlag zu dem zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen. Der Leistungszuschlag ist gestaffelt und richtet sich nach der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1).
- 55.2.2 Der Leistungszuschlag beträgt bei einem Leistungsbezug nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1, Stand: 1. Januar 2024)
- bis einschließlich 12 Monaten 15 Prozent
  - von mehr als 12 Monaten 30 Prozent
  - von mehr als 24 Monaten 50 Prozent und
  - von mehr als 36 Monaten 75 Prozent.
- 55.2.3 Der Leistungszuschlag wird in entsprechender Höhe zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen geleistet. Bei der Berechnung des beihilfefähigen Leistungszuschlages sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht zu berücksichtigen; diese sind sodann bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen nur im Rahmen des Absatzes 5 beihilfefähig.
- 55.2.4 Für die Ermittlung der Dauer des Leistungsbezuges nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1) ist ein Heimwechsel unerheblich. Es ist auch nicht erforderlich, dass es sich um zusammenhängende Zeiträume des Leistungsbezugs handelt. In der Vergangenheit liegende Zeiträume werden bei Unterbrechungen mitgerechnet. Auf den Grund oder den Zeitraum der Unterbrechung des Leistungsbezugs kommt es nicht an. Kalendermonate, in denen nur für einen Teilzeitraum entsprechende Leistungen bezogen worden, werden als volle Kalendermonate berücksichtigt.
- 55.2.5 Im Falle der Nummer 55.1.11 (vorübergehende Abwesenheit) besteht ebenfalls ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1). Diese Zeiten sind bei der Ermittlung der Dauer des Leistungsbezuges zu berücksichtigen.

- 55.2.6 Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die Leistungen nach § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 48a Absatz 4) beziehen, haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag nach Absatz 2. Erfolgt jedoch eine Höherstufung in mindestens Pflegegrad 2, besteht ein Anspruch auf den Leistungszuschlag. Der Zeitraum des Leistungsbezuges nach § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 48a Absatz 4) wird bei der Berechnung der Dauer des Bezugs von Leistungen berücksichtigt.
- 55.2.7 Die Höhe des Leistungszuschlags bemisst sich an dem tatsächlichen Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen. Hierfür sind die pflegebedingten Aufwendungen und die Summe der Ausbildungsumlagen abzüglich des nach Absatz 1 beihilfefähigen Betrages, dessen Höhe sich nach § 43 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt, maßgeblich.
- 55.2.8 Pflegebedürftige Personen in nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben grundsätzlich keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag, da sie keine Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen. Die Gewährung von Beihilfe über Absatz 1 hinaus ist daher nur im Rahmen des Absatzes 5 möglich. Gleiches gilt für Aufwendungen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung, da sich hier die Leistung der Pflegeversicherung nach § 91 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bestimmt.

**55.3 Zu Absatz 3**

- 55.3.1 Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind nach Absatz 3 in Verbindung mit § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Aufwendungen für Vergütungszuschläge entsprechend § 84 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind in allen stationären Pflegeeinrichtungen, also auch in Einrichtungen der teilstationären Pflege (§ 50 Absatz 1) und Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 52 Absatz 3), beihilfefähig.
- 55.3.2 Aufwendungen für Vergütungszuschläge entsprechend § 84 Absatz 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, also nicht in Einrichtungen der teilstationären Pflege (§ 50 Absatz 1), aber in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 52 Absatz 3) beihilfefähig.
- 55.3.3 Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind neben dem Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2 beihilfefähig. Sie sind auch beihilfefähig bei Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, wenn hierfür Mittel der Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen werden oder der Aufenthalt durch den Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2, die Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder durch eigene finanzielle Mittel finanziert wird.“
- c) Die bisherige Nummer 55.3 wird Nummer 55.4 und wie folgt geändert:
- aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
- bb) Die bisherigen Nummern 55.3.1 bis 55.3.3 werden die Nummern 55.4.1 bis 55.4.3.
- d) Die bisherige Nummer 55.4 wird Nummer 55.5 und wie folgt gefasst:

**„55.5 Zu Absatz 5**

- 55.5.1 Die verbleibenden Aufwendungen sind insbesondere die durch Überschreitung der Höchstbeträge nach Absatz 1 nicht gedeckten Aufwendungen sowie Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 ist auch dann zu berücksichtigen, wenn die Pflegeversicherung nicht in voller Höhe zahlt, zum Beispiel bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung (vergleiche Nummer 55.1.1), Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht beihilfefähig und von den verbleibenden Aufwendungen abzuziehen. Sind Leistungszuschläge nach Absatz 2 beihilfefähig, sind diese ebenfalls abzuziehen. Sind die Leistungszuschläge nach Absatz 2 nicht beihilfefähig (vergleiche Nummer 55.2.8), führen diese nicht zu einer Minderung der verbleibenden Aufwendungen.

55.5.2 Als berücksichtigungsfähige Angehörige zählen auch die Personen, die aufgrund eines eigenen Beihilfeanspruches nicht zu berücksichtigen sind (zum Beispiel Ehegatte oder Lebenspartner ist selbst Beamter).

55.5.3 Der Bemessungssatz der beihilfefähigen Aufwendungen beträgt gemäß § 57 Absatz 10 100 Prozent.

55.5.4 Beispiele (zum Stand 1. Januar 2024):

55.5.4.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 2 000 Euro, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 500 Euro. Er nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 262 Euro). Ein Anspruch auf Leistungszuschläge nach Absatz 2 besteht nicht. Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten (einschließlich Ausbildungsumlage)	2 000 Euro
Unterkunft/Verpflegung	1 000 Euro
Investitionskosten	400 Euro
Telefonanschluss	<u>25 Euro</u>
Gesamt	3 425 Euro

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 262 Euro	378,60 Euro
--	-------------

b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1

- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 262 Euro	883,40 Euro
--	-------------

c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5

Gesamtaufwendungen	3 425,00 Euro
--------------------	---------------

./. pauschalisierte Leistungen nach Absatz 1 (Buchstaben a und b)	1 262,00 Euro
---	---------------

./. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
---	-------------------

verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	2 138,00 Euro
---	---------------

Einkommen	2 500,00 Euro
-----------	---------------

Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./. 25 Prozent). Eigenanteil (30 Prozent von 2 500 Euro)	750,00 Euro
---	-------------

beihilfefähige Aufwendungen (2 138 Euro verbleibende Aufwendungen ./. 750 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	1 388,00 Euro
---	---------------

d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c):	2 271,40 Euro
--	---------------

55.5.4.2 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 3 000 Euro, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 1 000 Euro. Er nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 seit mehr als 24 Monaten Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 775 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten (einschließlich Ausbildungsumlage)	3 500 Euro
Unterkunft/Verpflegung	2 000 Euro
Investitionskosten	400 Euro
Telefonanschluss	<u>25 Euro</u>
Gesamt	5 925 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 775 Euro	532,50 Euro
- Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 725 Euro (3 500 Euro ./ 1 775 Euro), davon 30 Prozent	<u>258,75 Euro</u>
Gesamt	791,25 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 775 Euro	1 242,50 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2	
- Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 725 Euro (3 500 Euro ./ 1 775 Euro), davon 70 Prozent	603,75 Euro
d) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
Gesamtaufwendungen	5 925,00 Euro
./ pauschalisierte Leistungen nach Absatz 1 und 2 (Buchstaben a bis c)	2 637,50 Euro
./ Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	3 262,50 Euro
Einkommen	4 000,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ 25 Prozent). Eigenanteil (30 Prozent von 4 000 Euro)	1 200,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (3 262,50 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 1 200 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	2 062,50 Euro
e) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):	3 908,75 Euro

55.5.4.3 Wie Beispiel 55.5.4.2. Der Pflegebedürftige befindet sich aber in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ohne Vergütungsvereinbarung.

- |    |   |                   |
|----|---|-------------------|
| a) | Leistungen der privaten Pflegeversicherung  |                   |
|    | - zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent von dem auf 80 Prozent begrenzten Höchstbetrag von 1 775 Euro (§ 91 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)                         | 426,00 Euro       |
|    | - kein Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 725 Euro (3 500 Euro ./ 1 775 Euro), da keine Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bezogen werden | <u>0,00 Euro</u>  |
|    | Gesamt  | 426,00 Euro       |
| b) | Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1   |                   |
|    | - zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 775 Euro  | 1 242,50 Euro     |
| c) | Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2   |                   |
|    | - kein Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 725 Euro (3 500 Euro ./ 1 775 Euro), da keine Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bezogen werden | 0,00 Euro         |
| d) | Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5   |                   |
|    | Gesamtaufwendungen  | 5 925,00 Euro     |
|    | ./ . pauschalisierte Leistungen in Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 (1 775 Euro) und 2 (0,00 Euro), Buchstaben a bis c   | 1 775,00 Euro     |
|    | ./ . Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)  | <u>25,00 Euro</u> |
|    | verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5   | 4 124,00 Euro     |
|    | Einkommen   | 4 000,00 Euro     |
|    | Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ 25 Prozent). Eigenanteil (30 Prozent von 4 000 Euro)  | 1 200,00 Euro     |
|    | beihilfefähige Aufwendungen (4 124,00 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 1 200 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)   | 2 924,00 Euro     |
| e) | Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):  | 4 166,50 Euro“.   |
- e) Die bisherige Nummer 55.5 wird Nummer 55.6 und wie folgt geändert:
- aa) In der Überschrift wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.
- bb) Die bisherige Nummer 55.5.1 wird Nummer 55.6.1.
- cc) Die bisherige Nummer 55.5.2 wird Nummer 55.6.2 und die Angabe „§ 68“ wird durch die Angabe „§ 66“ ersetzt und die Angabe „§ 67“ wird durch die Angabe „§ 65“ ersetzt.
- dd) Die bisherigen Nummern 55.5.3 bis 55.5.5 werden die Nummern 55.6.3 bis 55.6.5.
- ee) Die bisherige Nummer 55.5.6 wird Nummer 55.6.6 und in Satz 1 wird die Angabe „bis 6“ durch die Angabe „bis 8“ ersetzt.
- ff) Die bisherige Nummer 55.5.7 wird Nummer 55.6.7.
- gg) Die bisherige Nummer 55.5.8 wird Nummer 55.6.8 und wie folgt gefasst:  
 „55.6.8 Die Nummern 55.6.6 und 55.6.7 gelten entsprechend bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummer 9 und 10.“

- hh) Die bisherige Nummer 55.5.9 wird Nummer 55.6.9 und in Satz 1 wird die Angabe „7 bis 9“ durch die Angabe „9 und 10“ ersetzt.
- ii) Die bisherige Nummer 55.5.10 wird Nummer 55.6.10.

53. Die Nummern 57 und 58 werden wie folgt gefasst:

**„57 Zu § 57 Bemessung der Beihilfe**

**57.1 Zu Absatz 1**

57.1.1 Ändern sich die für den Bemessungssatz maßgeblichen Verhältnisse während einer laufenden Behandlung, so sind die Aufwendungen aufzuteilen. Erfolgt eine pauschale Abrechnung, ist eine tagesanteilige Abrechnung vorzunehmen. Falls seitens der privaten Krankenversicherung eine andere Aufteilung vorgenommen wird, kann diese zu Grunde gelegt werden.

57.1.2 Wird nachträglich festgestellt, dass ein Anspruch auf einen erhöhten Bemessungssatz nicht bestanden hat, zum Beispiel weil der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wurde, ist eine bereits gezahlte Beihilfe aus Billigkeits- und Vertrauensschutzgründen zu belassen.

**57.2 Zu Absatz 2**

57.2.1 Zu den Beihilfeberechtigten im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 zählen auch die entpflichteten Hochschullehrer, da sie weiterhin Besoldung im Sinne des § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes erhalten (BVerwG, Urteil vom 22. Februar 1990, 2 C 6/89; OVG Lüneburg, Urteil vom 5. Dezember 2007, 5 LB 342/07); vergleiche Nummer 1.2.2.

57.2.2 Zu den Beihilfeberechtigten im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 zählen auch Beamte, die als politische Beamte (§ 30 des Beamtenstatusgesetzes in Verbindung mit § 57 des Sächsischen Beamtengesetzes) oder wegen Dienstunfähigkeit (§ 29 des Beamtenstatusgesetzes) in den Ruhestand versetzt und vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze ‚reaktiviert‘ und damit erneut in ein Beamtenverhältnis berufen wurden. Damit geht im Regelfall eine Reduzierung des Bemessungssatzes einher. Von einer solchen Reduzierung des Bemessungssatzes können auf Grund von § 3 Absatz 1 Satz 1 beispielsweise auch frühere kommunale Wahlbeamte betroffen sein, denen bereits auf Grund dessen eine Versorgung gewährt wird, wenn sie (erneut) in ein Beamtenverhältnis berufen oder sie erneut in ein kommunales Wahlbeamtenverhältnis gewählt werden.

57.2.3 Zu den Versorgungsempfängern nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a mit einem Bemessungssatz von 70 Prozent zählen auch diejenigen ohne Kinder.

57.2.4 Zu den Waisen im Sinne des Satzes 1 Nummer 4 Buchstabe a oder Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Nummer 7 gehören auch Halbweisen, soweit sie Halbwaisengeld beziehen. Während Satz 1 Nummer 7 Waisen mit Anspruch auf Waisengeld nach § 24 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes erfasst, handelt es sich bei den in Satz 1 Nummer 4 genannten Waisen um Kinder von früheren Beamten ohne Anspruch auf Ruhegehalt und denen ein Unterhaltsbeitrag bewilligt wurde oder hätte bewilligt werden können (zum Beispiel nach § 27 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes). Satz 3 enthält zudem die Sonderregelung, dass bei allen am 1. Januar 2024 vorhandenen Waisen der Bemessungssatz stets 80 Prozent beträgt.

57.2.5 Bei den in Satz 1 Nummer 6 genannten Versorgungsempfängern handelt es sich um Witwen mit Anspruch auf Witwengeld nach § 21 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes. Satz 1 Nummer 4 erfasst hingegen Witwen von früheren Beamten ohne Anspruch auf Ruhegehalt, denen ein Unterhaltsbeitrag bewilligt wurde oder hätte bewilligt werden können (zum Beispiel nach § 27 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes). Satz 2 Nummer 1 enthält zudem die Sonderregelung, dass bei allen am 1. Januar 2024 vorhandenen Witwen der Bemessungssatz stets 80 Prozent beträgt.

57.2.6 Witwen und Waisen als Hinterbliebene von früheren Beamten erhalten den erhöhten Bemessungssatz von 90 Prozent nur, wenn sie einen Unterhaltsbeitrag als Hinterbliebene von früheren Beamten oder früheren Ruhestandsbeamten, die an den Folgen des Dienstunfalls verstorben sind (§ 45 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes), oder von kommunalen Wahlbeamten, die mindestens eine zweijährige Amtszeit in der ersten Kommunalwahlperiode zurückgelegt haben (§ 82 Absatz 4 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes), beziehen. Dies gilt

nach Satz 2 und 3 nicht für am 1. Januar 2024 vorhandene Witwen und Waisen. Für diese beträgt der Bemessungssatz stets 70 Prozent (Witwen) beziehungsweise 80 Prozent (Waisen).

57.2.7 Anspruch auf einen Bemessungssatz von 90 Prozent besteht zudem nur für Witwen mit Anspruch auf Unterhaltsbeitrag nach § 45 oder § 82 Absatz 4 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes (Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a, vergleiche Nummer 57.2.6) und auf Witwengeld (Nummer 6 Buchstabe a, vergleiche Nummer 57.2.5) sowie berücksichtigungsfähige Erwachsene (Satz 1 Nummer 8 Buchstabe b), wenn sie den Ehegattengrenzbetrag nicht übersteigen. Beim Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes sind dabei bei Witwen die der Hinterbliebenenversorgung zu Grunde liegenden Versorgungsbezüge (Unterhaltsbeitrag beziehungsweise Witwengeld) nicht zu berücksichtigen. Leistungen für Witwen aus anderen Versorgungssystemen, zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung, sind hingegen voll zu berücksichtigen.

57.2.8 Der Bemessungssatz von Witwen sowie berücksichtigungsfähigen Erwachsenen beträgt dann 70 Prozent, wenn sie nicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind. Dies betrifft insbesondere Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn

- sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dort familienversichert waren (§ 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch),
- sie eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben und sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend (§ 5 Absatz 1 Nummer 11a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder
- sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben (§ 5 Absatz 1 Nummer 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Der Bemessungssatz beträgt in diesen Fällen auch dann 70 Prozent, wenn die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gestellt hat.

57.2.9 Aus dem Rentenbescheid ist ersichtlich, wenn eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, da dort die von der Rente einbehaltenen und an die gesetzliche Krankenversicherung abzuführenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ausgewiesen sind. In diesem Falle ist zu unterstellen, dass eine Krankenversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, soweit der Beihilfeberechtigte nicht eine Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegt, aus der erkennbar ist, dass die Krankenversicherungspflicht nur aus anderen Gründen besteht. Wird keine solche Negativbescheinigung vorgelegt, beträgt der Bemessungssatz der Witwen und des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen 70 Prozent.

57.2.10 In allen anderen Fällen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass durch den Bezug der Rente (ursprünglich) eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten ist, von dem sich die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Erwachsene nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befreien lassen hat. Da ein entsprechender Befreiungsantrag bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen ist, kann demzufolge nur die

gesetzliche Krankenversicherung mittels einer Negativbescheinigung bestätigen, ob eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beantragt wurde.

- 57.2.11 Es kann im Hinblick auf § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelmäßig davon ausgegangen werden, dass keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Rentenbezug eingetreten ist, wenn die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Erwachsene bereits vor der Stellung des Rentenanspruches mindestens seit drei Jahren (gegebenenfalls beihilfekonform) privat krankenversichert war. Eine Anwartschaftsversicherung reicht dafür nicht aus. Wird dies entsprechend nachgewiesen (zum Beispiel anhand des Versicherungsverlaufes im Rentenbescheid und Vorlage entsprechender Nachweise der privaten Krankenversicherung, soweit dies nicht ohnehin schon der Festsetzungsstelle nachgewiesen wurde), bedarf es keiner Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung. Besteht die private Krankenversicherung nicht bereits seit mindestens drei Jahren, ist eine Einzelfallprüfung anhand der vorgenannten Unterlagen vorzunehmen und gegebenenfalls eine Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung anzufordern.
- 57.2.12 Es kann im Hinblick auf § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelmäßig davon ausgegangen werden, dass bei der Witwe oder dem berücksichtigungsfähigen Erwachsenen eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Bezug der Rente eingetreten ist, wenn diese unmittelbar vorher in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Diese Vermutung kann vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage entsprechender Bescheinigungen und Nachweise (zum Beispiel Versicherungsbestätigungen, Rentenbescheid mit Versicherungsverlauf, Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung) widerlegt werden.
- 57.2.13 Die Nummern 57.2.10 bis 57.2.12 gelten in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.
- 57.2.14 Hinsichtlich der Fälle des § 5 Absatz 1 Nummer 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch soll in Zweifelsfällen vom Beihilfeberechtigten bestätigt werden, dass die Witwe oder der berücksichtigungsfähige Erwachsene nicht zu dem in des § 5 Absatz 1 Nummer 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personenkreis gehört, soweit dies nicht aus dem Rentenbescheid ersichtlich ist. Eine formlose Erklärung ist dabei grundsätzlich ausreichend.

### **57.3 Zu Absatz 3**

- 57.3.1 Eine Konkurrenzsituation zwischen mehreren beihilfeberechtigten Personen in Bezug auf die Zuordnung der Bemessungssätze liegt vor, wenn Kinder bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind und damit bei mehreren Beihilfeberechtigten zu einem erhöhten Bemessungssatz führen können. Ist der andere Beihilfeberechtigte nach den Vorschriften der Bundesbeihilfeverordnung oder einer entsprechenden Regelung anderer Länder beihilfeberechtigt, tritt eine Konkurrenzsituation ein, wenn auf Grund der Berücksichtigungsfähigkeit eines oder mehrerer Kinder ein erhöhter Bemessungssatz zum Tragen kommt. Hierbei ist es unerheblich, ob der dort geltende erhöhte Bemessungssatz mit dem sich nach Absatz 2 ergebenden Bemessungssatz der Höhe nach identisch ist. Beim Bund und der Mehrzahl der Länder ist dies in der Regel erst ab zwei Kindern der Fall, so dass bei nur einem berücksichtigungsfähigen Kind keine Konkurrenz eintritt. Abweichende Regelungen, wie zum Beispiel nach § 15 Absatz 1 der Hessischen Beihilfenverordnung sind im Einzelfall zu prüfen.
- 57.3.2 Satz 1 (§ 80 Absatz 7 Satz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes) regelt, dass bei mehreren Beihilfeberechtigten mit einem berücksichtigungsfähigen Kind der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 70 Prozent und bei mehreren Beihilfeberechtigten mit mindestens zwei Kindern der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 90 Prozent beträgt. Ob sich der Bemessungssatz nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c richtet, hängt ausschließlich von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ab. Sind also mindestens zwei Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c 90 Prozent. Die Voraussetzungen des Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b sind nicht erfüllt, da gerade nicht nur ein Kind berücksichtigungsfähig ist. Damit ist bereits formalgesetzlich eine ‚Aufteilung‘ von Kindern mit der Folge, dass

beide einen Bemessungssatz von 70 Prozent oder gegebenenfalls 90 Prozent erhalten können, ausgeschlossen.

- 57.3.3 Wie in Konkurrenzfällen bei mehreren berücksichtigungsfähigen Kindern zu verfahren ist, lässt § 80 Absatz 7 des Sächsischen Beamtengesetzes offen und bestimmt sich demzufolge ausschließlich nach § 57 Absatz 3. Satz 1 greift den Grundsatz des § 80 Absatz 7 Satz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes auf, wonach nur einer beihilfeberechtigten Person ein erhöhter Bemessungssatz gewährt werden kann. Mit Satz 2 wird ausdrücklich klargestellt, dass bei der anderen beihilfeberechtigten Person der Bemessungssatz 50 Prozent (bei aktiven Beamten) oder 70 Prozent (bei Versorgungsempfängern) beträgt. Zudem regelt Satz 3, ausgehend von dem Grundsatz des § 80 Absatz 7 Satz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes, dass bei mehr als zwei Kindern ein Bemessungssatz von 70 Prozent bei anderen beihilfeberechtigten Personen nicht zum Tragen kommt, da lediglich eine Person den Bemessungssatz von 90 Prozent erhalten soll, während der Bemessungssatz der anderen Person nach Satz 2 50 Prozent beträgt.
- 57.3.4 In Konkurrenzfällen haben die beihilfeberechtigten Personen nach Satz 4 die Möglichkeit, zu bestimmen, wer von ihnen den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll (Berechtigtenbestimmung). Die Berechtigtenbestimmung einschließlich Änderung oder Rücknahme der Berechtigtenbestimmung können die Beihilfeberechtigten nur gemeinsam wirksam ausüben. Dem geschiedenen Ehegatten, der die gemeinsam getroffene Bestimmung einseitig aufheben will, verbleibt somit nur die Möglichkeit, privatrechtlich von seinem vormaligen Ehegatten eine Bestimmungserklärung zu seinen Gunsten zu erlangen (Anfechtung nach §§ 119 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches) und diese gegebenenfalls gerichtlich zu erstreiten (VG Halle [Saale], Urteil vom 13. Mai 2004, 3 A 113/02; VG Sigmaringen, Urteil vom 20. Juli 2006, 7 K 1467/04).
- 57.3.5 Die Berechtigtenbestimmung ist nicht möglich, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist (zum Beispiel nach § 5 Absatz 5 der Bundesbeihilfeverordnung). Damit werden auch Fallkonstellationen in den Blick genommen, bei denen das Beihilferecht des anderen Elternteils nicht dem sächsischen Rechtskreis unterliegt. Hierzu wird beispielsweise auf § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung verwiesen, der ausdrücklich auf den Bezug des Familienzuschlages abstellt, wobei aber auch eine gemeinsame anderweitige Bestimmung zugelassen wird. Diese Ausnahme vom Grundsatz lässt hingegen § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung nicht zu. Dort erfolgt eine feste Zuordnung zum Familienzuschlag, so dass keine Berechtigtenbestimmung mehr in Betracht kommt. Wenn die Kinder beim Bundesbeamten im Familienzuschlag berücksichtigt werden, erhält dieser dann den dortigen Bemessungssatz von 70 Prozent, der sächsische Beamte verbleibt bei 50 Prozent.
- 57.3.6 Besteht keine Zuordnung nach beihilferechtlichen oder anderweitigen Regelungen und wird die Erklärung nach Satz 4 nicht abgegeben, wird mit Satz 6 angeordnet, dass der erhöhte Bemessungssatz derjenigen beihilfeberechtigten Person zugeordnet wird, die den Familienzuschlag für das oder die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält. Diese ‚Auffangregel‘ führt allerdings nicht dazu, Satz 1 ‚auszuhebeln‘, da die Verordnung als niederrangige Regelung zum formalen Gesetz keine zu § 80 Absatz 7 Satz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes abweichenden Regelungen treffen kann. Satz 6 kann daher nur zum Tragen kommen, wenn sich auf Grund der Zuordnung der Kinder im Familienzuschlag eindeutig ergibt, wem der erhöhte Bemessungssatz zugeordnet werden kann. Dies ist in der Regel bei einem berücksichtigungsfähigen Kind unproblematisch. Bei mehreren berücksichtigungsfähigen Kindern kann diese Regelung ins Leere laufen (zum Beispiel wenn bei zwei Kindern jeweils ein Beihilfeberechtigter den Familienzuschlag erhält). Kann der erhöhte Bemessungssatz auch nach Satz 6 nicht eindeutig zugeordnet werden, verbleibt es zunächst bei beiden beihilfeberechtigten Personen bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung beim bisherigen Bemessungssatz.
- 57.3.7 Problematisch sind Konkurrenzfälle mit Kindern, die bei mehr als zwei beihilfeberechtigten Personen zu erhöhten Bemessungssätzen führen können. Dabei muss grundsätzlich ‚chronologisch‘ vorgegangen und die Konkurrenzen ‚kindbezogen‘ betrachtet werden. Dabei ist zunächst der Bemessungssatz nach dem Eltern-Kind-Verhältnis beim ältesten Kind zu bestimmen (1. Konkurrenzsituation). Danach ist die Konkurrenzsituation auf Grund des zweiten Kindes (mit gegebenenfalls anderen

Elternteilen) zu berücksichtigen und so weiter (2. beziehungsweise weitere Konkurrenzsituationen). Bereits anderen beihilfeberechtigten Personen zugeordnete Kinder gelten dabei als ‚verbraucht‘ und sind für die Bestimmung des Bemessungssatzes nicht heranzuziehen. Hierbei ist Satz 9 zu beachten: Gerade aufgrund einer Heirat können nach Maßgabe des § 40 Absatz 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes die ‚Stiefkinder‘ beim neuen Ehepartner berücksichtigungsfähig werden. In diesen Fällen vermindert sich ein bereits erreichter erhöhter Bemessungssatz nicht. Diese chronologische und kindbezogene Betrachtungsweise kann mitunter dazu führen, dass abweichend von dem Grundsatz des Satzes 1 und 2 bei einer Konkurrenzsituation mit mehr als zwei beihilfeberechtigten Personen eine Person einen Bemessungssatz von 90 Prozent und die andere(n) beihilfeberechtigten Person(en) auf Grund des Satzes 9 einen Bemessungssatz von 70 Prozent oder sogar ebenfalls 90 Prozent haben. Die Sätze 1 und 2 finden mithin nur in den Fällen Anwendung, in denen bei der 1. Konkurrenzsituation eine Konkurrenz zur Berücksichtigungsfähigkeit eines Kindes vorliegt. Dies wird in der Regel der Fall eines Kindes von zwei Beihilfeberechtigten sein. Genauso kommt die Regelung auch zur Anwendung, wenn zwei miteinander verheiratete Beihilfeberechtigte (B1 und B2) ein Kind in den gemeinsamen Haushalt aufgenommen haben, bei dem die leiblichen Eltern [(entweder) B1 oder B2 und B3 als weiterer Beihilfeberechtigter] anspruchsberechtigt sind.

57.3.8 Grundsätzlich tritt die Verstetigung eines erhöhten Bemessungssatzes nur ein, wenn die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern wegfällt (Satz 8). Erneute Berechtigtenbestimmungen, deren Widerruf oder die Neuordnung der Kinder im Familienzuschlag führen hingegen zu keinem Bestandsschutz beziehungsweise einer Verstetigung des Bemessungssatzes. Wird eine bereits abgegebene Berechtigtenbestimmung im Ausnahmefall einvernehmlich widerrufen, bestimmt sich die Zuordnung eines erhöhten Bemessungssatzes nach der Zuordnung des Kindes oder der Kinder im Familienzuschlag. Ist danach eine Zuordnung nicht möglich, verbleibt es bei den beihilfeberechtigten Personen bis zu einer erneuten Abgabe der Berechtigtenbestimmung beim bisherigen Bemessungssatz („status quo“).

57.3.9 Insoweit ergibt sich für die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes bei Feststellung einer Konkurrenzsituation folgende Prüfreihefolge, wenn nur Beihilfeberechtigte betroffen sind, für die die Sächsische Beihilfeverordnung Anwendung findet:

1. Abgabe einer einvernehmlichen und grundsätzlich unwiderruflichen Berechtigtenbestimmung durch die Beihilfeberechtigten.
2. Wenn nein: Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes zu dem Beihilfeberechtigten, der einheitlich den Familienzuschlag für das oder die berücksichtigungsfähigen Kinder erhält.
3. Ist auch danach keine Zuordnung möglich, zum Beispiel weil der Familienzuschlag für die Kinder aufgeteilt wird: Es verbleibt bei den Beihilfeberechtigten beim bisherigen Bemessungssatz.

57.3.10 Sind auch Beihilfeberechtigte betroffen, für die die Sächsische Beihilfeverordnung gerade keine Anwendung findet, ist Folgendes zu beachten: Vor Anwendung des Prüfschemas unter Nummer 57.3.9 ist zunächst zu klären, ob aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes erfolgt ist. Ist dies der Fall, bleibt für die Anwendung des Prüfschemas unter Nummer 57.3.9 kein Raum mehr, da bereits aufgrund der anderen Regelung eine Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes getroffen wurde.

57.3.11 Beispiele:

Folgende Abkürzungen werden in den nachfolgenden Beispielen verwendet:

B	Beamter (im aktiven Dienst)
BMS	Bemessungssatz
FZ	Familienzuschlag
K	Kind
S	sonstige Person, nicht beihilfeberechtigt
TV	truppenärztliche Versorgung
V	Versorgungsempfänger

Die Kinder K1, K2 und so weiter sind chronologisch beziehungsweise nach Alter berücksichtigt, das heißt K1 ist das älteste Kind, K2 das zweitälteste Kind und so weiter.

Leben Kinder in einem gemeinsamen Haushalt, von denen ein Teil nicht der leibliche Elternteil ist, besteht bei dem nicht leiblichen Elternteil in der Regel kein Anspruch auf Kindergeld und damit auch nicht auf den FZ für das Kind. Im Falle einer Eheschließung werden diese sogenannte ‚Stiefkinder‘, womit dann aufgrund der Haushaltsaufnahme auch bei dem nicht leiblichen Elternteil nach § 63 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Einkommensteuergesetzes Anspruch auf Kindergeld für das Stiefkind besteht. Dies führt dazu, dass das Stiefkind dann auch bei diesem berücksichtigungsfähig im Sinne des Kindergeldrechts und damit im FZ wird und zu neuen Konkurrenzsituationen führt.

57.3.11.1 Fälle mit Beteiligung von Beamten, die dem Geltungsbereich der Sächsischen Beihilfeverordnung unterliegen

57.3.11.1.1 B1 und B2 sind miteinander verheiratet und haben ein gemeinsames Kind K1.

Da bei B1 und B2 nur ein Kind berücksichtigungsfähig ist, richtet sich der BMS nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 1 beträgt der BMS aber nur bei einem von ihnen 70 Prozent, beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Für die Zuordnung des BMS von 70 Prozent kann von B1 und B2 eine gemeinsame Berechtigtenbestimmung abgegeben werden. Ist dies nicht der Fall, erhält den BMS von 70 Prozent derjenige, der den FZ für K1 erhält (§ 57 Absatz 3 Satz 6).

57.3.11.1.2 B1 und V1 sind miteinander verheiratet und haben ein gemeinsames Kind K1.

Eine Konkurrenzsituation liegt hier nicht vor, da sich der BMS von B1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und bei V1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a richtet und damit bei Beiden der BMS ohnehin 70 Prozent (als Regelfall bei V1) beträgt beziehungsweise betragen könnte. Auf die Zuordnung von K1 im FZ kommt es nicht an.

Anmerkung: Im Falle einer Reaktivierung von V1 (zum Beispiel nach Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit) kann eine Konkurrenzsituation entstehen. In diesem Falle ist entsprechend Beispiel 57.3.11.1.1 zu verfahren.

57.3.11.1.3 B1 und B2 sind miteinander verheiratet und haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2.

Da bei B1 und B2 zwei Kinder berücksichtigungsfähig sind, richtet sich der BMS nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 1 beträgt der BMS aber nur bei einem von ihnen 90 Prozent, beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Für die Zuordnung des BMS von 90 Prozent kann von B1 und B2 eine gemeinsame Berechtigtenbestimmung abgegeben werden. Ist dies nicht der Fall, erhält den BMS derjenige, der den FZ für K1 und K2 erhält (§ 57 Absatz 3 Satz 6).

Erhalten B1 und B2 den FZ jeweils für ein Kind („Aufteilung“ des FZ), kann der erhöhte BMS auch nach § 57 Absatz 3 Satz 6 nicht eindeutig zugeordnet werden. Dann verbleibt es zunächst bei B1 und B2 bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung oder einer eindeutigen Zuordnung von K1 und K2 im FZ beim bisherigen BMS.

57.3.11.1.4 B1 und V1 sind miteinander verheiratet und haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2.

Da bei B1 und V1 zwei Kinder berücksichtigungsfähig sind, richtet sich der BMS bei B1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c und bei V1 nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b. Auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 1 beträgt der BMS aber nur bei einem von ihnen 90 Prozent, beim anderen beträgt der BMS nach § 57 Absatz 3 Satz 2 50 Prozent (B1) oder 70 Prozent (V1). Für die Zuordnung des BMS von 90 Prozent kann von B1 und V1 eine gemeinsame Berechtigtenbestimmung abgegeben werden. Ist dies nicht der Fall, erhält den BMS derjenige, der den FZ für K1 und K2 erhält (§ 57 Absatz 3 Satz 6).

Erhalten B1 und V1 den FZ jeweils für ein Kind („Aufteilung“ des FZ), kann der erhöhte BMS auch nach § 57 Absatz 3 Satz 6 nicht eindeutig zugeordnet werden. Dann verbleibt es zunächst bei B1 und V1 bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung oder einer eindeutigen Zuordnung von K1 und K2 im FZ beim bisherigen BMS.

57.3.11.1.5 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die zwei Kinder K2 und K3 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. B1 und B2 sind nicht verheiratet.

Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher 70 Prozent.

Bei den jüngeren Kindern K2 und K3 besteht ebenfalls keine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Der BMS von B2 beträgt daher 90 Prozent.

Anmerkung: Im Falle einer Eheschließung wären alle drei Kinder grundsätzlich jeweils bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig, da durch die Haushaltsaufnahme nun Anspruch auf Kindergeld für die Kinder K1 bis K3 bei B1 und B2 besteht. Der BMS richtet sich dann bei beiden nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c. Dies hätte zur Folge, dass nur einer von Beiden einen BMS von 90 Prozent erhalten könnte, beim anderen würde der BMS aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 2 dann 50 Prozent betragen (hierzu auch Beispiel 57.3.11.1.3). Wegen § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht, so dass B1 seinen BMS von 70 Prozent und B2 ihren BMS von 90 Prozent behält.

57.3.11.1.6 B1 und B2 sind miteinander verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024) und haben jeweils ein Kind (K1 und K2) aus erster Ehe (Stiefkinder). Die Stiefkinder leben im gemeinsamen Haushalt.

Bei B1 und B2 sind die Kinder K1 und K2 berücksichtigungsfähig. Der BMS bestimmt sich daher nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c mit der Folge, dass wegen § 57 Absatz 3 Satz 1 nur einer von beiden den BMS von 90 Prozent erhalten kann. Beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent. Zur Zuordnung des erhöhten BMS wird auf Beispiel 57.3.11.1.3 verwiesen.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023 könnte gegebenenfalls § 57 Absatz 3 Satz 9 zum Tragen kommen, da für K1 und K2 zwischen B1 und B2 zunächst keine Konkurrenz besteht, da jeweils (unterstellt) K1 nur bei B1 und K2 nur bei B2 berücksichtigungsfähig ist. Bei B1 und B2 würde damit der BMS vor der Eheschließung jeweils 70 Prozent betragen. Bei einer Eheschließung sind dann beide Kinder bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig und führen zu einer Konkurrenz. Die BMS gelten auf Grund von § 57 Absatz 3 Satz 9 nach der Eheschließung fort.

Erfolgt aber dann eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B1, da das Kind K2 nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig wird, beträgt sein BMS 90 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B2 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B2 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung, sondern durch die Neuordnung des Kindes verringert.

57.3.11.1.7 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe und lebt mit B2 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie sind nicht verheiratet.

K1 ist nur bei B1 berücksichtigungsfähig. B1 erhält daher den BMS von 70 Prozent. B2 erhält einen BMS von 50 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, kommt hier § 57 Absatz 3 Satz 9 nicht zum Tragen, da B2 keinen Anspruch auf einen erhöhten BMS hatte. Erfolgt eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B2, da das Kind nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig wird, beträgt sein BMS 70 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B1 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung, sondern durch die Neuordnung des Kindes verringert.

57.3.11.1.8 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben ein gemeinsames Kind K2 und sind nicht verheiratet.

Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher zunächst 70 Prozent.

Bei dem (jüngeren) weiteren Kind K2 besteht sodann eine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt dann 50 Prozent.

Wird die Berechtigtenbestimmung für K2 hingegen zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält dieser den BMS von 70 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen des Kindes K1 beim BMS von 70 Prozent.

Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K2 erhält (wobei davon ausgegangen wird, dass B1 für K1 den FZ erhält). Erhält B1 den

FZ für K2, beträgt sein BMS 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt dann 50 Prozent. Erhält B2 den FZ für K2, beträgt sein BMS 70 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen K1 beim BMS von 70 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, kommt hier § 57 Absatz 3 Satz 9 zum Tragen und es verbleibt bei B1 und B2 bei den bisherigen Bemessungssätzen. Erfolgt sodann eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B2, da das Kind K1 nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig wird, beträgt sein BMS 90 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B1 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung sondern durch die Neuordnung der Kinder K1 und K2 verringert.

57.3.11.1.9. ~~B1~~ hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe und lebt mit B2 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie sind nicht verheiratet.

K1 und K2 sind nur bei B1 berücksichtigungsfähig. B1 erhält daher den BMS von 90 Prozent. B2 erhält einen BMS von 50 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, kommt hier § 57 Absatz 3 Satz 9 nicht zum Tragen, da B2 keinen Anspruch auf einen erhöhten BMS hatte. Erfolgt eine Berechtigtenbestimmung zugunsten von B2, da die Kinder nach der Eheschließung durch die Haushaltsaufnahme bei ihm auch berücksichtigungsfähig werden, beträgt sein BMS 90 Prozent. In diesem Falle verringert sich der BMS von B1 auf 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Es liegt keine Verstetigung bei B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 9 vor, da sich der BMS nicht durch die Eheschließung, sondern durch die Neuordnung der Kinder verringert.

57.3.11.1.10. ~~B1~~ hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die ebenfalls zwei Kinder K3 und K4 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. Sie sind nicht verheiratet.

K1 und K2 sind nur bei B1 berücksichtigungsfähig. B1 erhält daher den BMS von 90 Prozent. K3 und K4 sind nur bei B2 berücksichtigungsfähig. B2 erhält daher ebenfalls den BMS von 90 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, wären dann alle Kinder bei B1 und B2 gleichermaßen berücksichtigungsfähig. Es entsteht eine Konkurrenzsituation, womit nur noch einem von beiden ein erhöhter BMS von 90 Prozent zusteht. Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht. B1 und B2 erhalten daher weiterhin einen BMS von 90 Prozent (hierzu auch Beispiel 57.3.11.1.5).

57.3.11.1.11. ~~B1~~ hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die auch ein Kind K2 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben ein gemeinsames Kind K3. B1 und B2 sind nicht verheiratet.

Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher 70 Prozent.

Weiterhin ist zunächst das weitere Kind K2 von B2 zu betrachten, zu dem zu B1 ebenfalls keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.

Bei dem (jüngeren) weiteren Kind K3 besteht sodann eine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es wegen des Kindes K2 beim BMS von 70 Prozent.

Wird die Berechtigtenbestimmung hingegen zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen des Kindes K1 beim BMS von 70 Prozent.

Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K3 erhält (wobei davon ausgegangen wird, dass B1 für K1 und B2 für K2 den FZ erhält). Erhält B1 den FZ für K3, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent. Erhält B2 den FZ für K3, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, wären dann alle Kinder bei B1 und B2 gleichermaßen berücksichtigungsfähig. Es entsteht eine Konkurrenzsituation, womit nur noch einem von beiden ein erhöhter BMS von 90 Prozent zusteht. Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht. B1 und B2 erhalten daher weiterhin einen erhöhten BMS von 70 Prozent und

90 Prozent (oder umgekehrt).

57.3.11.1. ~~B1~~ hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2, die auch ein Kind K2 aus erster Ehe mit S2 hat, in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben zwei gemeinsame Kinder K3 und K4. B1 und B2 sind nicht verheiratet.

Zunächst ist das älteste Kind K1 von B1 zu betrachten, zu dem zu B2 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt daher 70 Prozent.

Weiterhin ist zunächst das weitere Kind K2 von B2 zu betrachten, zu dem zu B1 ebenfalls keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.

Bei den (jüngeren) weiteren Kindern K3 und K4 besteht sodann eine Konkurrenz zwischen B1 und B2. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es wegen des Kindes K2 beim BMS von 70 Prozent.

Wird hingegen die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält dieser den BMS von 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es wegen des Kindes K1 beim BMS von 70 Prozent.

Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K3 und K4 erhält (wobei davon ausgegangen wird, dass B1 für K1 und B2 für K2 den FZ erhält). Erhält B1 den FZ für K3 und K4, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B2 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent. Erhält B2 den FZ für K3 und K4, beträgt sein BMS 90 Prozent. Bei B1 verbleibt es beim BMS von 70 Prozent.

Anmerkung: Erfolgt eine Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023, wären dann alle Kinder bei B1 und B2 gleichermaßen berücksichtigungsfähig. Es entsteht eine Konkurrenzsituation, womit nur noch einem von beiden ein erhöhter BMS von 90 Prozent zusteht. Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 9 vermindert sich der BMS aber nicht. B1 und B2 erhalten daher weiterhin einen erhöhten BMS von 70 Prozent und 90 Prozent (oder umgekehrt).

57.3.11.1. ~~B1~~ hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit B2. Die Berechtigtenbestimmung wurde zu Gunsten von B1 ausgeübt. Nach der Trennung hat B1 ein weiteres Kind K3 mit S1 und B2 ein weiteres Kind K4 mit B3. B2 und B3 sind nicht verheiratet.

Zunächst sind die ältesten Kinder K1 und K2 von B1 und B2 zu betrachten, zu dem zu B3 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B1 beträgt auf Grund der Berechtigtenbestimmung 90 Prozent. Der BMS von B2 beträgt zunächst 50 Prozent.

Danach ist K3 zu betrachten, bei dem keine Konkurrenz besteht. Da B1 bereits einen BMS von 90 Prozent erhält, ergeben sich keine Veränderungen seines BMS.

Ferner ist K4 zu betrachten, bei dem eine Konkurrenz zwischen B2 und B3 besteht. Die Kinder K1 und K2 sind hierbei irrelevant, da sie bereits bei B1 zu einem erhöhten BMS geführt haben. Sie gelten als ‚verbraucht‘. Da demnach nur ein Kind (K4) berücksichtigt werden kann, kann entweder B2 oder B3 einen BMS von 70 Prozent erhalten (entweder durch Berechtigtenbestimmung oder durch Zuordnung von K4 beim FZ). Der andere hat einen BMS von 50 Prozent.

Abwandlung: Die Berechtigtenbestimmung zwischen B1 und B2 wurde zu Gunsten von B2 ausgeübt.

Zunächst sind die ältesten Kinder K1 und K2 von B1 und B2 zu betrachten, zu dem zu B3 keine Konkurrenz besteht. Der BMS von B2 beträgt auf Grund der Berechtigtenbestimmung 90 Prozent. Der BMS von B1 beträgt 50 Prozent.

Danach ist K3 zu betrachten, bei dem keine Konkurrenz besteht. Die Kinder K1 und K2 sind hierbei irrelevant, da sie bereits bei B2 zu einem erhöhten BMS geführt haben. Sie gelten als ‚verbraucht‘. Da demnach nur ein Kind (K3) berücksichtigt werden kann, beträgt der BMS bei B1 70 Prozent.

Ferner ist K4 zu betrachten, bei dem eine Konkurrenz zwischen B2 und B3 besteht. Die Kinder K1 und K2 sind hierbei nur bei B2 berücksichtigungsfähig. Zusammen mit K4 hat B2 daher drei berücksichtigungsfähige Kinder. Bei B3 ist nur K4 berücksichtigungsfähig. Bei einer Berechtigtenbestimmung für K4 zu Gunsten von B2 ergibt sich keine Veränderung des BMS bei B2, da dieser (wegen K1 und K2) bereits einen BMS von 90 Prozent erhält. Der BMS von B3 beträgt dann 50 Prozent.

Wird aber die Berechtigtenbestimmung für K4 zu Gunsten von B3 abgegeben, erhält dieser den BMS von 70 Prozent. Der BMS von B2 beträgt (unverändert) 90 Prozent.

Geben B2 und B3 keine Berechtigtenbestimmung ab, ist auf die Zuordnung von K4 im

FZ abzustellen. Erhält den FZ für K4 B3, beträgt sein BMS 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS (unverändert) 90 Prozent.

Bezieht aber B2 den FZ für K4, führt dies beim BMS von B2 zu keiner Änderung (weiterhin 90 Prozent). Der BMS von B3 beträgt dann weiterhin 50 Prozent.

57.3.11.2 Fälle mit Beteiligung von Beamten, die dem Geltungsbereich anderer Beihilfeverordnungen unterliegen

57.3.11.2.1 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist Bundesbeamter (ohne Anspruch auf TV).

Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da nach der Bundesbeihilfeverordnung bei einem berücksichtigungsfähigen Kind kein erhöhter BMS vorgesehen ist (vergleiche § 46 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung). Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.

57.3.11.2.2 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist Bundesbeamter (ohne Anspruch auf TV). Den FZ für K1 und K2 erhält B1.

Da § 46 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung ebenfalls einen erhöhten BMS bei zwei und mehr Kindern vorsieht, entsteht eine Konkurrenzsituation. Da § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung die Gewährung des erhöhten BMS an die Zahlung des FZ anknüpft, erhält B1 den erhöhten BMS, der nach der Bundesbeihilfeverordnung 70 Prozent beträgt (vergleiche § 57 Absatz 3 Satz 4, der eine Berechtigtenbestimmung ausschließt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist). Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent.

Abwandlung 1: Es wird eine Berechtigtenbestimmung abgegeben, dass B2 den erhöhten BMS erhalten soll.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Auf Grund von § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung, erhält B1 den erhöhten BMS, der nach der Bundesbeihilfeverordnung 70 Prozent beträgt. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent. Die Berechtigtenbestimmung läuft damit ins Leere.

Abwandlung 2: Den FZ für K1 und K2 erhält B2.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Auf Grund von § 46 Absatz 3 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung erhält B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent nur, wenn er den FZ für K1 und K2 erhält. B2 erhält daher den BMS von 90 Prozent (vergleiche auch § 57 Absatz 3 Satz 6). Da nach der Bundesbeihilfeverordnung eine feste Zuordnung des BMS erfolgt, könnten B1 und B2 keine wirksame Berechtigtenbestimmung treffen.

57.3.11.2.3 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist ‚Bundesbeamter‘ mit Anspruch auf TV. Den FZ für K1 erhält B1.

Anspruch auf truppenärztliche Versorgung (Heilfürsorge) haben nur Soldaten (in der Regel im Dienstverhältnis eines Berufssoldaten oder eines Soldaten auf Zeit nach dem Soldatengesetz, vergleiche § 69a des Bundesbesoldungsgesetzes). Sie fallen damit nicht unter den Anwendungsbereich des Bundesbeamtengesetzes und haben somit auch keinen Anspruch auf Beihilfe nach Maßgabe des § 80 des Bundesbeamtengesetzes beziehungsweise der Bundesbeihilfeverordnung.

Bei den Regelungen zur TV handelt es sich auch nicht um eine (im Wesentlichen) vergleichbare Regelung im Sinne des § 57 Absatz 3 Satz 4. Eine Konkurrenzsituation liegt daher nicht vor. B2 erhält den BMS von 70 Prozent.

57.3.11.2.4 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist ‚Bundesbeamter‘ mit Anspruch auf TV.

B2 erhält den BMS von 90 Prozent. Auf die Ausführungen zu Beispiel 57.3.11.2.3 wird verwiesen. Wer den FZ für K1 und K2 erhält, ist in diesem Fall unerheblich.

57.3.11.2.5 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter.

Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da nach der Bayerischen Beihilfeverordnung bei einem berücksichtigungsfähigen Kind kein erhöhter BMS vorgesehen ist (vergleiche § 46 Absatz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung). Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent.

57.3.11.2.6 B1 und B2 haben ein gemeinsames Kind K1. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter und in Elternzeit.

Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da nach der Bayerischen Beihilfeverordnung bei einem berücksichtigungsfähigen Kind kein erhöhter BMS vorgesehen ist (vergleiche § 46 Absatz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung). Der BMS von B2 beträgt daher 70 Prozent. Hierbei ist unschädlich, dass der BMS des sich in Elternzeit befindlichen bayerischen Beamten 70 Prozent beträgt (Artikel 96 Absatz 3 Nummer 1 des Bayerischen Beamtengesetzes), da dieser ausschließlich aufgrund der Tatsache ‚Elternzeit‘ gewährt wird, unabhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder.

57.3.11.2.7 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Nach § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung wird der erhöhte BMS von dort 70 Prozent demjenigen gewährt, der den FZ für die Kinder erhält. B2 kann deshalb nicht ebenfalls einen erhöhten BMS (nach der Sächsischen Beihilfeverordnung) erhalten.

Erhält B1 den FZ für K1 und K2, beträgt sein (erhöhter) BMS nach der Bayerischen Beihilfeverordnung 70 Prozent; der BMS von B2 beträgt dann 50 Prozent.

Erhält B2 den FZ für K1 und K2, beträgt der BMS von B2 nach § 57 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c 90 Prozent. Da B1 nach der Bayerischen Beihilfeverordnung keinen erhöhten BMS erhält, liegt keine Konkurrenzsituation vor, die nach § 57 Absatz 3 aufgelöst werden müsste.

Allerdings lässt § 46 Absatz 2 Satz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung eine abweichende Berechtigtenbestimmung zu. Wird diese zu Gunsten von B1 abgegeben, beträgt der BMS von B2 50 Prozent. Wird die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B2 abgegeben, beträgt der BMS von B2 90 Prozent.

57.3.11.2.8 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter und in Elternzeit.

Der BMS von B2 beträgt nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c 90 Prozent. Eine Konkurrenzsituation liegt nicht vor, da der BMS des sich in Elternzeit befindlichen bayerischen Beamten B1 von 70 Prozent aufgrund der Tatsache ‚Elternzeit‘ gewährt wird und unabhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ist (Artikel 96 Absatz 3 Nummer 1 des Bayerischen Beamtengesetzes).

Anmerkung: Nach Ende der Elternzeit kommt bei B1 der erhöhte BMS von 70 Prozent aufgrund von § 46 Absatz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung in Betracht, so dass dann eine Konkurrenz besteht (vergleiche hier Beispiel 57.3.11.2.6).

57.3.11.2.9 B1 und V1 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter. B1 erhält den FZ für K1 und K2.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Nach § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung wird der erhöhte BMS von dort 70 Prozent demjenigen gewährt, der den FZ für die Kinder erhält, also B1. Der BMS von V1 beträgt daher 70 Prozent (als Versorgungsempfänger).

Anmerkung: § 46 Absatz 2 Satz 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung lässt eine abweichende Berechtigtenbestimmung zu (vergleiche Beispiel 57.3.11.2.7). Wenn die Berechtigtenbestimmung zugunsten von V1 ausgeübt wird, erhält V1 einen BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b.

57.3.11.2.10 B1 und V1 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist bayerischer Beamter. V1 erhält den FZ für K1 und K2.

§ 57 Absatz 3 Satz 4 schließt eine Berechtigtenbestimmung aus, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist, wer den erhöhten BMS erhält. Nach § 46 Absatz 2 Satz 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung wird der erhöhte BMS demjenigen gewährt, der den FZ für die Kinder erhält, also V1 (vergleiche auch Beispiel 57.3.11.2.7). Der BMS von V1 beträgt daher 90 Prozent.

57.3.12 In Konkurrenzsituationen, bei der Beihilfeberechtigte betroffen sind, für die unterschiedliche Festsetzungsstellen zuständig sind, wird generell der Austausch von Vergleichsmittelungen mit der anderen Festsetzungsstelle empfohlen, um eine Doppelgewährung des erhöhten Bemessungssatzes auszuschließen. Hierfür ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 1 entspricht und mit dem gleichzeitig eine Abfrage zur Berücksichtigung des Kindes getroffen werden kann, zu verwenden.

**57.4 Zu Absatz 4**

57.4.1 Absatz 4 gilt nur für Beihilfeberechtigte, denen nach § 57 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustand oder im Fall einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge zugestanden hätte, wenn keine Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 2 des Sächsischen Beamtengesetzes bestand, und bei denen ab 1. Januar 2024 keine Kinder mehr berücksichtigungsfähig sind. Sind bei am 31. Dezember 2023 vorhandenen Beihilfeberechtigten Kinder (gegebenenfalls erneut) nach dem 31. Dezember 2023 berücksichtigungsfähig, finden ausschließlich § 57 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b oder c und nach Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern § 57 Absatz 3 Satz 8 Anwendung.

57.4.2 Beispiele:

57.4.2.1 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Beziehung mit S1, die jedoch beide vor dem 1. Januar 2024 und nach 2013 aus dem Familienzuschlag herausgefallen und damit nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. B1 ist nun mit B2 verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Sie haben ein gemeinsames Kind K3. Bis zum 31. Dezember 2023 erhielt B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent.

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Der BMS beträgt auf Grund der Verstetigung damit bei B1 am 31. Dezember 2023 70 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 8 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Ist K3 vor dem 1. Januar 2024 geboren, ist ab 1. Januar 2024 bei B1 und B2 noch ein Kind (K3) berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weitere Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b vorrangig anzuwenden ist.

Ein nach § 57 Absatz 4 verstetigter BMS (von 70 Prozent) kann nur bis zur Geburt des Kindes K3 vorliegen, wenn dieses nach dem 31. Dezember 2023 geboren wird.

57.4.2.2 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Beziehung mit S1, von denen K1 vor dem 1. Januar 2024 und nach 2013 aus dem Familienzuschlag herausgefallen und damit nicht mehr berücksichtigungsfähig ist. B1 ist nun mit B2 verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Sie haben ein gemeinsames Kind K3. K2 lebt im gemeinsamen Haushalt. Bis zum 31. Dezember 2023 erhielt B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent.

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Ist K3 nach dem 31. Dezember 2023 geboren, beträgt der BMS auf Grund der Verstetigung damit bei B1 am 31. Dezember 2023 70 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 8 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Ist K3 vor dem 1. Januar 2024 geboren, sind ab 1. Januar 2024 bei B1 und B2 noch zwei Kinder (K2 und K3) berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weitere Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c vorrangig anzuwenden ist.

Ist K3 nach dem 1. Januar 2024 geboren, ist bei B1 und B2 zunächst ein Kind (K2) berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 70 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent

(§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weiter Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b vorrangig anzuwenden ist. Nach der Geburt des Kindes K3 gelten dann die oben genannten Ausführungen.

57.4.2.3 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1 und lebt mit B2 und K1 in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben ein gemeinsames Kind K2 (vor dem 1. Januar 2024 geboren) und sind verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Bis zum 31. Dezember 2023 erhielt B1 den erhöhten BMS von 70 Prozent.

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Am 1. Januar 2024 sind bei B1 und B2 zwei Kinder berücksichtigungsfähig, was zu einem erhöhten BMS von 90 Prozent nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c führt. Bei dem anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2). Die Verstetigung nach § 57 Absatz 4 greift hier für B1 nicht, da weiter Kinder berücksichtigungsfähig sind und § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c vorrangig anzuwenden ist.

Für den Fall der Eheschließung nach dem 31. Dezember 2023 wird auf Beispiel 57.3.11.1.9 verwiesen.

57.4.3 Der dauerhaft erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent nach Absatz 4 gilt in Fortschreibung von § 57 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung nur für Beihilfeberechtigte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung am 1. Januar 2013 mindestens zwei berücksichtigungsfähige Kinder oder ab einem späteren Zeitpunkt hatten, die am 1. Januar 2024 nicht mehr vorhanden waren (hierzu auch Nummer 57.4.1) und deren aktives Dienstverhältnis oder Versorgungsanspruch ohne Unterbrechung seit dem Wegfall bestand.

57.4.4 Beispiel:

Bei einem Beamten wurden am 1. Januar 2013 zwei Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt. Er hat den Bemessungssatz von 70 Prozent erhalten. Ab 1. März 2013 endete sein Dienstverhältnis zum Freistaat Sachsen aufgrund einer Versetzung zu einem anderen Dienstherrn (zum Beispiel Bund). Ab 1. August 2013 sind die Voraussetzungen für den Erhalt des Familienzuschlags für eines der Kinder weggefallen. Bei Zurückversetzung zum Freistaat Sachsen am 1. Januar 2015 hat er Anspruch auf Berücksichtigung eines Kindes im Familienzuschlag. Ihm steht ab diesem Zeitpunkt daher nur noch ein Bemessungssatz von 50 Prozent zu. Anders ist der Fall zu bewerten, wenn das Dienstverhältnis zum Freistaat Sachsen während der Unterbrechung des Dienstes weiter bestanden hätte (zum Beispiel Beurlaubung aus privaten Gründen). Nimmt der Beamte seinen Dienst nach einer Beurlaubung wieder auf, steht ihm weiterhin der Bemessungssatz von 70 Prozent zu, auch wenn für ein Kind zwischenzeitlich kein Anspruch auf Familienzuschlag mehr besteht. Gleiches gilt, wenn die Versetzung zu einem anderen Dienstherrn und die Rückversetzung oder eine Beurlaubung nach dem 31. Dezember 2023 erfolgt.

## **57.5 Zu Absatz 5**

57.5.1 Der abweichende Bemessungssatz betrifft ausschließlich Aufwendungen in Pflegefällen im Sinne der §§ 28 und 28a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die inhaltsgleich nach Abschnitt 6 gewährt werden.

57.5.2 Können die Aufwendungen nicht eindeutig dem Bereich der Kranken- oder Pflegeversicherung zugeordnet werden, ist im Zweifel auf die zwischen privater Kranken- und Pflegeversicherung beziehungsweise gesetzlicher Krankenkasse und sozialer Pflegeversicherung vorgenommene Zuordnung abzustellen. Dies kann durch Vorlage einer entsprechenden Abrechnungsmitteilung nachgewiesen werden.

57.5.3 Werden in den Fällen der Nummer 57.5.2 die Aufwendungen den Pflegefällen zugeordnet und weist der Beihilfeberechtigte nach, dass seine Krankenversicherung die Aufwendungen erstattet hat, ist die sich aus den Bemessungssätzen nach Absatz 2 und 5 ergebende Differenz nachzuzahlen.

57.5.4 Zum dauerhaft erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent nach Satz 4 gelten die Ausführungen in Nummer 57.4 entsprechend.

## **57.6 Zu Absatz 6 (bleibt frei)**

**57.7 Zu Absatz 7**

- 57.7.1 Nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.
- 57.7.2 Übersteigen die Leistungen der Beihilfe die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (zum Beispiel § 49 Absatz 5), gelten für den übersteigenden Teil die sich aus Absatz 5, 6, 10 und 11 ergebenden allgemeinen Bemessungssätze. Die Sonderregelungen der Absätze 8, 9 und 12 bleiben unberührt, da hiervon Leistungen erfasst sind, die regelmäßig ohnehin nicht von der sozialen Pflegeversicherung umfasst sind.
- 57.7.3 Berücksichtigungsfähige Angehörige können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls unter die Halbierungsregelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fallen (zum Beispiel bei beitragsfreier Mitversicherung beim Beamten, der freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist). Hingegen fallen eigenständig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, bei der Beihilfe jedoch berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten, nicht unter die Halbierungsregelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Bei berücksichtigungsfähigen Kindern kommt es für die Anwendung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch darauf an, bei wem das Kind mitversichert ist. Ist das Kind zum Beispiel beim Beamten, der freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, mitversichert, findet § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anwendung. Zu den verschiedenen Fallgestaltungen wird auf das Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 22. März 1995, Az. D III 5 - 213 106-7/5, verwiesen.

**57.8 Zu Absatz 8**

- 57.8.1 Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.
- 57.8.2 Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (zum Beispiel Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.
- 57.8.3 Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil zum Beispiel ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

**57.9 Zu Absatz 9**

- 57.9.1 Die besonderen Erstattungsregelungen gelten nur für die in § 5 Absatz 3 ausdrücklich als beihilfefähig bezeichneten Leistungen sowie Leistungen für die dort genannten berücksichtigungsfähigen Kinder. Nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Selbstbehalte sind neben den gewährten Zuschüssen anzurechnen.

57.9.2 Sieht der (Pflicht-)Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen weder Leistungen noch Zuschüsse vor und kann damit auch keine Anrechnung von Kassenleistungen nach § 6 erfolgen, kommt eine Differenzkostenbeihilfe nicht in Betracht. Das ist zum Beispiel bei der Behandlung von Heilpraktikern der Fall, da diese nicht zu dem zur Kassenbehandlung zugelassenen Personenkreis zählen. Insoweit ist bei Heilpraktikerleistungen – auch wenn die Krankenkasse hierzu freiwillig Satzungsleistungen gewährt – stets der individuelle Bemessungssatz maßgeblich. Gleiches gilt für Wahlleistungen bei stationären Aufenthalten.

57.9.3 Der Nachweis, dass eine Leistungsart bei einer gesetzlichen Krankenkasse weder zur Pflicht- noch zur Satzungsleistung gehört, ist von dem Beihilfeberechtigten in einem Zeitraum von zwei Jahren mindestens einmal zu erbringen. Der Nachweis ist früher zu erbringen, wenn eine Änderung der Satzung der betreffenden gesetzlichen Krankenkasse zuvor erfolgt ist oder dafür Anhaltspunkte bestehen.

**57.10 Zu Absatz 10**

57.10.1 Der Bemessungssatz erhöht sich in den Fällen des § 49 Absatz 5 (häusliche Pflegehilfe, die durch Berufspflegekräfte erbracht wird, vergleiche hierzu Nummer 49.1.1) und des § 50 Absatz 1 Satz 2 (teilstationäre Pflege) auf 100 Prozent. Dieser gilt nur für die Aufwendungen, die die jeweiligen Höchstbeträge nach § 49 Absatz 1 oder 3 sowie nach § 50 Absatz 1 übersteigen. Werden Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch genommen oder besteht keine Pflegeversicherung, ist die Differenz zwischen Höchstbetrag und Beihilfeleistungen zum Bemessungssatz nach Absatz 5 oder 7 nicht beihilfefähig.

57.10.2 Die verbleibenden Aufwendungen sowie Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind beihilfefähig, soweit sie den sich aus § 55 Absatz 4 Satz 2 bis 4 ergebenden Eigenanteil überschreiten. Der Beihilfebemessungssatz beträgt für diese Aufwendungen 100 Prozent.

**57.11 Zu Absatz 11** (bleibt frei)

**57.12 Zu Absatz 12** (bleibt frei)

**57.13 Zu Absatz 13**

57.13.1 Die Erhöhung des Bemessungssatzes kommt in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht, wenn ohne die Erhöhung die Fürsorgepflicht des Dienstherrn verletzt würde. Es ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes infolge einer durch einen Dienstunfall herbeigeführten Beschädigung kommt nicht in Betracht.

57.13.2 In den Fällen des § 52 Absatz 4 Satz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes (Versetzung in den Ruhestand ohne Antrag) kann regelmäßig ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versorgungsbezüge übersteigende Besoldung einbehalten wird, vom Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalles im Sinne der Nummer 2 ausgegangen werden, bei dem die Erhöhung des Bemessungssatzes im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist. Für den staatlichen Bereich wird bestimmt, dass mit dem Ablauf der drei Monate, die auf den Monat der Mitteilung der Entscheidung zur Fortführung des Verfahrens nach § 52 Absatz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes folgen, der sich nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 ergebende Bemessungssatz zu Grunde zu legen ist, der sich bei einer Versetzung in den Ruhestand ergeben würde. Wird das Verfahren zur Versetzung in den Ruhestand später eingestellt, gilt ab diesem Zeitpunkt der reguläre Bemessungssatz nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 5 Satz 1 Nummer 1.

57.13.3 Bei der von der obersten Dienstbehörde getroffenen Teilentscheidung handelt sich nicht um einen selbständigen anfechtbaren Verwaltungsakt mit unmittelbarer Wirkung gegenüber dem Beihilfeberechtigten, sondern um einen verwaltungsgerichtlich nicht nachprüfbaren innerdienstlichen Vorgang. Die Rechtmäßigkeit der Entscheidung der obersten Dienstbehörde wird bei einer eventuellen Anfechtung des Beihilfebescheides der Festsetzungsstelle mitgeprüft.

**57.14 Zu Absatz 14** (bleibt frei)

**58 Zu § 58** (weggefallen)“.

54. Nummer 59 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 59.1 wird wie folgt geändert:

- aa) Nummer 59.1.1 wird wie folgt gefasst:  
„59.1.1 Neben den in § 59 genannten Eigenbeteiligungen sind in einzelnen Vorschriften Eigenanteile (zum Beispiel § 23 Absatz 4, Absatz 8 Nummer 3 und 4, Absatz 9, § 32 Absatz 3 Satz 3, § 55 Absatz 5) geregelt.“
  - bb) Nummer 59.1.2 wird gestrichen.
  - cc) Die bisherigen Nummern 59.1.3 bis 59.1.5 werden die Nummern 59.1.2 bis 59.1.4.
  - dd) Die bisherige Nummer 59.1.6 wird Nummer 59.1.5 und in Satz 5 wird die Angabe „20. Februar 220“ durch die Angabe „20. Februar 2020“ ersetzt.
  - ee) Die bisherige Nummer 59.1.7 wird Nummer 59.1.6.
  - ff) Die bisherige Nummer 59.1.8 wird Nummer 59.1.7 und Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:  
„Eigenbeteiligungen sind bei Ruhestandsbeamten nur abzuziehen, wenn deren Versorgungsbezüge das um 10 Prozent erhöhte Mindestruhegehalt gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes unter Berücksichtigung des Familienzuschlages der Stufe 1 nach § 55 Absatz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes in Verbindung mit § 40 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes, übersteigen. Das Mindestruhegehalt beträgt 66,47 Prozent der Summe der in Nummer 1 und 3 der Anlage zum Sächsischen Beamtenversorgungsgesetz genannten Beträge (Stand 1. Januar 2024: 2 814,84 Euro + 115,41 Euro). Der Familienzuschlag der Stufe 1 (Stand 1. Januar 2024: 246 Euro) ist ebenfalls mit 66,47 Prozent zu berücksichtigen.“
  - gg) Die bisherige Nummer 59.1.9 wird Nummer 59.1.8.
  - b) Nummer 59.3.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie Fahrtkosten“ gestrichen.
    - bb) Folgender Satz wird angefügt:  
„Auf Nummer 47.4.2 wird hingewiesen.“
55. Nummer 60 wird wie folgt gefasst:  
**„60 Zu § 60 (weggefallen)“**
56. Nummer 61 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 61.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 61.1.2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:  
„Die Minderungsbeträge nach § 32 Absatz 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 sind somit nur entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes nach § 57 zu berücksichtigen.“
    - bb) Nummer 61.1.3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:  
„Eine Befreiung von Eigenbeteiligungen und Minderungsbeträgen für Fahrtkosten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen.“
    - cc) Nummer 61.1.4 wird wie folgt gefasst:  
„61.1.4 Auf Antrag des Beihilfeberechtigten können Minderungsbeträge (§ 32 Absatz 3 Satz 3) und Eigenbeteiligungen (§ 59), die vor Antragstellung auf Befreiung mit inzwischen bestandskräftigen Bescheiden abgezogen worden sind, bis zur Höhe der entsprechenden Belastungsgrenze zurückverrechnet werden.“
  - b) In Nummer 61.3.2 Satz 1 werden die Wörter „oder des Selbstbehaltes“ gestrichen.
  - c) Nummer 61.4.1 Satz 2 wird gestrichen.
57. Nummer 62 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 62.1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 62.1.1 Satz 2 werden die Wörter „§ 1 Absatz 1 in Verbindung mit“ gestrichen.
    - bb) Nummer 62.1.3 wird wie folgt geändert:
      - aaa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Beihilfe ist mit den von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblättern, die den vom Staatsministerium der Finanzen vorgegebenen Festlegungen nach den Anlagen 8 bis 11 zu § 62 Absatz 1 entsprechen, zu beantragen.“

- bbb) Satz 6 wird gestrichen.
- cc) In Nummer 62.1.4 werden nach der Angabe „Anhang 2“ die Wörter „entsprechend dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt“ eingefügt.
- b) Nummer 62.2.1 Satz 1 werden die Wörter „ein Beleg“ durch die Wörter „eine Unterlage“ ersetzt.
- c) Nummer 62.3 wird wie folgt geändert:
  - aa) Nummer 62.3.1 wird wie folgt gefasst:

„62.3.1 Bei der Gestaltung des Beihilfebescheides und von gesonderten Vordrucken durch die Festsetzungsstelle sind die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen gemäß §§ 7 und 8 des Sächsischen Inklusionsgesetzes zu berücksichtigen. Danach können zum Beispiel Blinde und sehbehinderte Menschen zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren verlangen, dass ihnen Bescheide und Vordrucke ohne zusätzliche Kosten auch in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich gemacht werden. Solange der Festsetzungsstelle ein solcher Antrag nicht vorliegt, können Bescheide auch an blinde und sehbehinderte Menschen in üblicher Schriftform wirksam bekanntgegeben werden (vergleiche auch OVG Koblenz, Urteil vom 25. Juni 2012, 7 A 10286/12 mit weiteren Nachweisen).“
  - bb) Nummer 62.3.2 Satz 3 bis 5 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Arzneimittelbelege, die für die Geltendmachung von Arzneimittelrabatten benötigt werden, sind so lange aufzubewahren, bis sie für eine Prüfung durch Treuhänder gemäß § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, längstens jedoch für die Dauer von zehn Jahren nach deren Eingang bei der Festsetzungsstelle (§ 117 Absatz 3 Satz 5 des Sächsischen Beamtengesetzes).“
  - cc) In Nummer 62.3.3 Satz 1 wird nach dem Wort „einem“ das Wort „voraussichtlichen“ eingefügt.
- d) Nummer 62.4 wird wie folgt geändert:
  - aa) Nummer 62.4.1 Satz 6 wird gestrichen.
  - bb) Nummer 62.4.4 wird wie folgt geändert:
    - aaa) In Satz 1 werden die Wörter „insbesondere nur dann“ gestrichen.
    - bbb) Folgender Satz wird angefügt:

„Abschlagszahlungen sind in Ausnahmefällen auch dann möglich, wenn hohe Rechnungsbeträge sofort zu begleichen sind.“
- e) Nummer 62.5 wird wie folgt geändert:
  - aa) Nummer 62.5.1 wird wie folgt geändert:
    - aaa) In Satz 2 werden die Wörter „nach Anhang 6, 7 oder 8 und“ durch die Wörter „mit den von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblättern, die den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 6, 7 oder 8 entsprechen, und“ ersetzt.
    - bbb) In Satz 3 werden nach der Angabe „11. Juli 2018“ die Wörter „in der Fassung vom 3. Januar 2022“ eingefügt.
    - ccc) Satz 6 und 7 wird gestrichen.
  - bb) Nummer 62.5.2 wird wie folgt geändert:
    - aaa) Nummer 62.5.2.1 wird wie folgt gefasst:

„62.5.2.1 Das Verfahren verläuft entsprechend Nummer 62.5.1. Als Antrag des Beihilfeberechtigten ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 8 entspricht, zu

verwenden.“

bbb) Nummer 62.5.2.2 Satz 2 und 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle mit Beginn eines Kalenderjahres oder bei erstmaliger Antragstellung das ausgefüllte Antragsformular (Anlage 8 zu § 62 Absatz 1 oder Anlage 9 zu § 62 Absatz 1) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2 entsprechend dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt) zur Prüfung der Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorzulegen. Es steht dabei dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über den Leistungserbringer oder Rechnungssteller gemeinsam mit dem Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung nach Anhang 8 entsprechend dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt oder diese unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet.“

cc) Folgende Nummer 62.5.3 wird angefügt:

„62.5.3 Die Nummern 62.1.6 und 62.1.7 gelten entsprechend.“

f) Nummer 62.6.3 wird wie folgt gefasst:

„62.6.3 Der Beihilfebescheid wird dem Beihilfeberechtigten und eine Kopie dem Angehörigen (Antragsteller) beziehungsweise seinem gesetzlichen Vertreter übersandt. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt an den Antragsteller, der auch die Belege zurückerhält.“

g) Nummer 62.7.1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „§ 4 Absatz 1“ durch die Wörter „§ 12 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird die Angabe „§ 12“ durch die Angabe „§ 13“ ersetzt.

58. Die Nummern 65 und 66 werden wie folgt gefasst:

**„65 Zu § 65 Antragstellung und Bewilligung**

65.0.1 Abschnitt 9 ergänzt die Regelungen in § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes.

65.0.2 Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder vollständig (im Umfang von 100 Prozent) in einer privaten Krankenversicherung (im Folgenden: Krankenvollversicherung) versicherte Beihilfeberechtigte können seit dem 1. Januar 2024 anstelle der bisherigen ‚individuellen‘ Beihilfe, die jeweils zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird, eine pauschale Beihilfe wählen, mit der der Dienstherr einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. Die Wahl der pauschalen Beihilfe ist eine freiwillige und unwiderrufliche Entscheidung, die einen schriftlichen Antrag erfordert. Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe wirkt auch gegen die berücksichtigungsfähigen Angehörigen, für die dann anstelle der individuellen Beihilfe nur pauschale Beihilfe gewährt werden kann.

65.0.3 Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer notwendigen Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz besteht. Beim Beihilfeberechtigten ist die pauschale Beihilfe auf den auf die Besoldung oder die Versorgungsbezüge entfallenden Beitragsanteil beschränkt, soweit sich die Höhe des Beitrages – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nach der Höhe des Einkommens bestimmt. Hierbei ist es unerheblich, ob die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten wird. Werden neben Besoldung oder Versorgungsbezügen weitere beitragspflichtige Einnahmen berücksichtigt (vergleiche § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), erfolgt keine anteilige Kürzung der pauschalen Beihilfe.

65.0.4 Bei einer privaten Krankenvollversicherung ist Voraussetzung, dass deren Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mindestens vergleichbar sind. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn das Versicherungsunternehmen die Versicherung nach § 257 Absatz 2a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betreibt beziehungsweise bei Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

- 65.0.5 Pauschale Beihilfe wird so lange gewährt, wie die Beihilfeberechtigung besteht. Entfällt die Beihilfeberechtigung (zum Beispiel bei einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge), entfällt auch der Anspruch auf Zahlung der pauschalen Beihilfe sowohl für den Beihilfeberechtigten selbst als auch seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
- 65.0.6 Bei einer Abordnung oder einer Zuweisung zu einem anderen Dienstherrn wird die pauschale Beihilfe weitergewährt, da sich der Beihilfeanspruch weiterhin nach dem Recht des bisherigen (abgebenden) Dienstherrn richtet.
- 65.0.7 Der Antrag auf pauschale Beihilfe bindet nur den aktuellen Dienstherrn (zum Beispiel Freistaat Sachsen). Bei einer Versetzung zu einem anderen Dienstherrn (zum Beispiel vom Freistaat Sachsen an einen kommunalen Dienstherrn oder den Freistaat Thüringen) ist ein neuer Antrag erforderlich, wenn pauschale Beihilfe weiter bezogen werden soll. Bei einer Versetzung zu einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches des Sächsischen Beamtengesetzes kommt dort die Bewilligung von pauschaler Beihilfe in Betracht, wenn dies in den entsprechenden beamtenrechtlichen Vorschriften vorgesehen ist.
- 65.0.8 Der Anspruch auf pauschale Beihilfe bleibt auch im Ruhestand bestehen. Eine erneute Antragstellung ist nicht erforderlich. Umgekehrt ist auf Grund der Unwiderruflichkeit der Entscheidung eine Rückkehr in die individuelle Beihilfe auch bei Eintritt in den Ruhestand ausgeschlossen.
- 65.0.9 Ein neues Wahlrecht zu Gunsten der pauschalen oder individuellen Beihilfe besteht auch nicht im Falle einer sogenannten Reaktivierung (zum Beispiel bei erneuter Berufung in ein Beamtenverhältnis nach vorausgegangener Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit).
- 65.0.10 Wird beim selben Dienstherrn ein neues Beamtenverhältnis begründet, ist ein erneuter Antrag auf Gewährung von pauschaler Beihilfe notwendig, da damit gleichzeitig ein neuer Beihilfeanspruch entsteht; auf Nummer 65.0.7 wird verwiesen. Dies gilt nicht in den Fällen der Umwandlung eines bestehenden Beamtenverhältnisses (zum Beispiel Umwandlung eines Beamtenverhältnisses auf Probe in ein solches auf Lebenszeit oder eines Beamtenverhältnisses auf Widerruf in ein solches auf Probe noch vor Entlassung aus dem Beamtenverhältnis auf Widerruf kraft Gesetzes nach § 40 Absatz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes).
- 65.0.11 Im Falle des Todes des Beihilfeberechtigten haben berücksichtigungsfähige Angehörige als Witwen und Waisen dann grundsätzlich Anspruch auf Witwen- oder Waisengeld und damit (erstmalig) einen eigenen Beihilfeanspruch. Damit können sie selbständig nach § 80a Absatz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes entscheiden, ob sie pauschale oder individuelle Beihilfe erhalten wollen, auch wenn für sie zuvor als berücksichtigungsfähige Angehörige pauschale Beihilfe gewährt wurde. Die Gewährung von pauschaler Beihilfe kommt in diesen Fällen aber nur dann in Betracht, wenn der Beihilfeberechtigte freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder vollständig in einer privaten Krankenversicherung versichert ist. Sind Witwen und Waisen jedoch in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert (zum Beispiel in der Krankenversicherung der Rentner), kommt die Gewährung einer pauschalen Beihilfe nicht in Betracht.
- 65.0.12 Da Beihilfe nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt wird, wenn diese aufgrund eines Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind oder Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilfe Regelungen des Bundes oder eines anderen Landes erhalten, haben diese einen eigenen Anspruch auf pauschale Beihilfe. Der eigene Beihilfeanspruch geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor. Pauschale Beihilfe kann für diese berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht gewährt werden, vielmehr müssen diese im Rahmen ihres eigenen Beihilfeanspruches einen eigenen Antrag auf pauschale Beihilfe stellen.
- 65.0.13 Über die Leistungen bei privater Krankenvollversicherung im Basistarif hinausgehende Versicherungen, wie etwa Beihilfeergänzungstarife, Zusatztarife, Krankengeld-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherungen werden bei der pauschalen Beihilfe nicht berücksichtigt. Dies gilt entsprechend für Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel Zahnzusatzversicherungen). Ebenso wird pauschale Beihilfe nicht für Anwartschaftsversicherungen gewährt.

- 65.0.14 Der Zuschuss zu den maßgeblichen Krankenversicherungsbeiträgen beträgt immer 50 Prozent und ist unabhängig vom individuell geltenden Beihilfebemessungssatz nach § 57.
- 65.0.15 Die Bewilligung von pauschaler Beihilfe berührt nicht den Anspruch auf Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit. In diesen Fällen besteht also trotz Gewährung einer pauschalen Beihilfe ein Anspruch auf individuelle Beihilfe. Dies gilt auch für den Anspruch auf individuelle Beihilfe zu den Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Der Bemessungssatz beträgt hier bei Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund von § 28 Absatz 2 des Elften Gesetzbuches 50 Prozent (vergleiche § 57 Absatz 7). Bei Versicherung in der privaten Pflegeversicherung gilt der individuelle Bemessungssatz nach § 57 Absatz 5.
- 65.0.16 Auf Grund von § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterliegen Ruhestandsbeamte mit Eintritt in den Ruhestand und gleichzeitigem Bezug einer Rente nicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben die nach § 6 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfreien Personen auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 bis 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllen. Ruhestandsbeamte sind nach § 6 Absatz 1 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei. Gehen sowohl gesetzliche Krankenversicherung als auch die Deutsche Rentenversicherung davon aus, dass für einen Ruhestandsbeamten eine Versicherungspflicht wegen des Bezugs einer Rente auf Grund von § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe, ist dies für die Gewährung der pauschalen Beihilfe unerheblich. Um eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, sollte die Festsetzungsstelle allerdings eine Negativbescheinigung der gesetzlichen Krankenversicherung einholen, dass sich die Versicherungspflicht nicht aus anderen Vorschriften ergibt und bei denen § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht zum Tragen kommt.
- 65.0.17 § 6 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für Hinterbliebene (Witwen/Waisen) von Beamten oder Ruhestandsbeamten. Diese bleiben oder werden bei gleichzeitigem Bezug einer Rente nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Hinterbliebenen von Beamten oder Ruhestandsbeamten kann keine pauschale Beihilfe bewilligt werden, wenn diese in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Diese Ausnahme besteht nur bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen (vergleiche § 80a Absatz 1 und 7 des Sächsischen Beamtengesetzes).
- 65.1 Zu Absatz 1**
- 65.1.1 Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe bedarf es eines schriftlichen Antrags. Dieser ist bei der zuständigen Festsetzungsstelle einzureichen. Der Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe und der Verzicht auf die individuelle Beihilfe sind unwiderruflich und in Schriftform nach § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches einzureichen. Hierzu ist im staatlichen Bereich das Antragsformular nach Anlage 12 der Sächsischen Beihilfeverordnung zu verwenden.
- 65.1.2 Mit dem Antrag ist auch der Nachweis für das Bestehen einer gesetzlichen oder privaten Krankenvollversicherung einzureichen.
- 65.1.3 Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge soll mit dem Antrag ebenso wie gegebenenfalls die Höhe von Zuschüssen zur Krankenversicherung (zum Beispiel vom Rententräger oder vom Jobcenter) nachgewiesen werden.
- 65.1.4 Zur Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Erwachsenen ist zudem ein Nachweis über die Summe aus dem Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes und vergleichbarer ausländischer Einkünfte in den drei Kalenderjahren vor der Antragstellung vorzulegen. Auf Nummer 4.2 wird verwiesen.
- 65.1.5 Die Antragstellung kann auch bereits vor dem Eintritt der Beihilfeberechtigung (zum Beispiel bei anstehender Berufung in ein Beamtenverhältnis) erfolgen, um eine zeitgleiche Gewährung der pauschalen Beihilfe sicherzustellen. Wird ein Antrag bereits vor Vorliegen der Voraussetzungen für den Beihilfeanspruch eingereicht, soll dieser in der Regel zurückgestellt werden, bis die Anspruchsvoraussetzungen bei der Festsetzungsstelle nachgewiesen sind (zum Beispiel durch entsprechende Information

der Personal verwaltenden Stelle). Auf Nummer 65.2.2 wird verwiesen.

65.1.6 Bei Begründung eines neuen Beamtenverhältnisses ist grundsätzlich erneut eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe zu treffen. Dies betrifft neben den in Nummer 65.0.10 genannten Beamten auf Widerruf beispielsweise auch Beamte auf Zeit, bei denen nach Ablauf der Zeit ein neues Beamtenverhältnis (zum Beispiel wieder auf Zeit) begründet wird. Damit eine nahtlose Fortgewährung der pauschalen Beihilfe erfolgen kann, bedarf es einer erneuten Antragstellung aufgrund von § 80a Absatz 1 Satz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes bereits im Vormonat der Begründung des neuen Beamtenverhältnisses. Gegen den Verzicht auf Vorlage des Antragsformulars nach Anlage 12 der Sächsischen Beihilfeverordnung bestehen keine Bedenken, weil es sich im weiteren Sinne nicht um einen Erstantrag handelt und die maßgeblichen persönlichen Verhältnisse bereits bekannt sind. Bei einer formlosen ‚Folgeantrag‘-Stellung sollte aber darauf geachtet werden, dass die unter Ziffer 6 des Antragsformulars nach Anlage 12 der Sächsischen Beihilfeverordnung enthaltenen Erklärungen abgegeben werden.

## **65.2 Zu Absatz 2**

65.2.1 Die pauschale Beihilfe wird dem Grunde nach durch Verwaltungsakt nach § 35 des Verwaltungsverfahrensgesetzes in Verbindung mit § 1 des Gesetzes zur Regelung des Verwaltungsverfahrens- und des Verwaltungszustellungsrechts für den Freistaat Sachsen bewilligt.

65.2.2 Die pauschale Beihilfe wird ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang des Antrags bei der Festsetzungsstelle folgt, bewilligt. Eine rückwirkende Bewilligung der pauschalen Beihilfe ist nicht möglich.

65.2.3 In den in Nummer 65.1.5 genannten Fällen ist ein Antrag abzulehnen, wenn nicht absehbar ist, dass bei dem Antragsteller eine eigene Beihilfeberechtigung in absehbarer Zeit eintreten wird (zum Beispiel wenn ein berücksichtigungsfähiger Ehegatte pauschal einen Antrag auf pauschale Beihilfe im Hinblick auf die spätere eigene Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger mit Anspruch auf Witwengeld stellt).

65.2.4 Der Bewilligung des Antrages auf pauschale Beihilfe dem Grunde nach steht nicht entgegen, wenn mit dem Antrag die Nachweise zur Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und gegebenenfalls die Höhe von Zuschüssen zur Krankenversicherung noch nicht erbracht wurden (vergleiche Nummer 65.1.3).

65.2.5 Die zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Beihilfe ist unverzüglich nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres (spätestens bis zum 30. April des jeweils folgenden Kalenderjahres) nachzuweisen. Mit dem Bewilligungsbescheid sollen daher bereits entsprechende Hinweise ergehen, dass

- die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge nachzuweisen ist,
- Veränderungen der Beitragshöhe der Festsetzungsstelle unverzüglich mitzuteilen sind,
- die regelmäßig von den Krankenversicherungen jährlich erstellten Mitteilungen über die zu zahlenden oder gezahlten Krankenversicherungsbeiträge vorzulegen sind und
- gegebenenfalls der Gesamtbetrag der Einkünfte von berücksichtigungsfähigen Erwachsenen regelmäßig nachzuweisen ist.

65.2.6 Den Festsetzungsstellen wird empfohlen, dass bei bestimmten Beamtengruppen, in denen das Beamtenverhältnis auf Grund seiner Natur von vornherein nur für einen begrenzten Zeitraum begründet wird (also bei Beamtenverhältnissen auf Widerruf und auf Zeit), bereits in der Grundentscheidung zur Bewilligung der pauschalen Beihilfe darauf hingewiesen wird, dass bei einer erneuten Begründung eines Beamtenverhältnisses die Entscheidung über die pauschale Beihilfe erneut getroffen werden muss und hierfür ein entsprechender Antrag erforderlich ist, der zur nahtlosen Weitergewährung der pauschalen Beihilfe bereits im Vormonat der Begründung des neuen Beamtenverhältnisses zu stellen ist.

## **66 Zu § 66 Zahlung der pauschalen Beihilfe**

### **66.1 Zu Absatz 1**

66.1.1 Die Höhe der pauschalen Beihilfe ist in § 80a Absatz 3 des Sächsischen Beamtengesetzes gesetzlich geregelt und wird deshalb nicht durch Verwaltungsakt festgesetzt. Sie wird vielmehr von Amts wegen gezahlt. Dies kann auch mit den

laufenden Bezügen (Besoldung oder Versorgungsbezüge) verbunden werden.

- 66.1.2 Die pauschale Beihilfe wird monatlich an den Beihilfeberechtigten gezahlt. Es erfolgt keine Zahlung an eine Krankenversicherung.
- 66.1.3 Wird mit dem Antrag auf pauschale Beihilfe die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und gegebenenfalls die Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung (zum Beispiel vom Rententräger oder vom Jobcenter) nicht nachgewiesen, sind diese vom Beihilfeberechtigten vorzulegen. Eine – gegebenenfalls auch abschlagsweise – Zahlung der dem Grunde nach bewilligten pauschalen Beihilfe kommt nicht in Betracht.
- 66.1.4 Die pauschale Beihilfe ist bei privater Krankenversicherung begrenzt auf die Hälfte des Beitrags einer Krankenversicherung im Basistarif. Beim Basistarif müssen dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe reicht grundsätzlich eine einfache Bescheinigung über die Beitragshöhe (ohne detaillierte Berechnung) aus und es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Berechtigte Vertragsleistungen vereinbaren, die dem vorgenannten Umfang entsprechen. Eine Begrenzung der pauschalen Beihilfe erfolgt nur, wenn der Beitrag den Höchstbeitrag für den Basistarif übersteigt.
- 66.1.5 Sogenannte Risikozuschläge, die aufgrund bestimmter Vorerkrankungen des Versicherungsnehmers von der privaten Krankenversicherung erhoben werden, sind für die pauschale Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dieser Risikozuschlag ist Teil des Beitrages, der für den gewählten Versicherungsschutz zu zahlen ist und dient damit der Grundabsicherung des Versicherungsnehmers und nicht einer zusätzlichen Leistung.
- 66.1.6 Beiträge eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung sind gemäß § 80a Absatz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes auf die pauschale Beihilfe anzurechnen. Dies betrifft beispielsweise die hälftige Beitragstragung versicherungspflichtiger Rentner (§ 249a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) aus der Krankenversicherung der Rentner. Gleiches gilt für berücksichtigungsfähige Angehörige, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Durch die Anrechnung der Beitragsanteile des Arbeitgebers (§ 249 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) auf die pauschale Beihilfe wird diese auf Null reduziert.
- 66.1.7 Ein Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften ist gemäß § 80a Absatz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes ebenfalls auf die pauschale Beihilfe anzurechnen. Dies ist zum Beispiel der Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Zahlt ein Rentenversicherungsträger auf Grund der Gewährung einer Rente einen Zuschuss zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung, ist bei einer Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze auf Grund von Besoldung oder Versorgung sowie Renten zu prüfen, ob eine anteilige Anrechnung des Beitragszuschusses erforderlich ist. In der Summe darf der Beitragszuschuss und die pauschale Beihilfe die Hälfte des Beitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Gegebenenfalls ist die pauschale Beihilfe auf Grund der Anrechnungsvorschrift des § 80a Absatz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes entsprechend zu kürzen.

Beispiel (Stand 1. Januar 2024):

Ein Versorgungsempfänger bezieht neben seinen Versorgungsbezügen (5 000 Euro) eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 1 000 Euro. Der Rentenversicherungsträger zahlt hierauf einen Beitragszuschuss nach § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in Höhe der Hälfte des Krankenversicherungsbeitrages zum Beitragssatz von 14,6 Prozent (= 146 Euro/2 = 73 Euro) sowie zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag von 2,0 Prozent (= 20 Euro/2 = 10 Euro). Der vom Versorgungsempfänger zu zahlende Gesamtbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt auf Grund der Beitragsbemessungsgrenze von 5 175,00 Euro unter Berücksichtigung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages 859,05 Euro (50 Prozent = 429,53 Euro).

Die pauschale Beihilfe berechnet sich auf Grundlage der Versorgungsbezüge und beträgt 415,00 Euro (= 5 000 Euro x [14,6 Prozent + 2,0 Prozent]/100 Prozent/2). Da die Summe aus pauschaler Beihilfe und Beitragszuschuss nach § 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrages um 68,47 Euro (= 83 Euro + 415,00 Euro ./ 429,53 Euro) übersteigt, ist die pauschale Beihilfe um 68,47 Euro zu kürzen.

- 66.1.8 Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften sind daneben insbesondere die Erstattung von Kranken- (und Pflege-)versicherungsbeiträgen in der Elternzeit nach § 27 der Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung. Werden die Beiträge nicht in voller Höhe erstattet, sind die Anteile für die Krankenversicherung anteilig zu berücksichtigen, in dem das Verhältnis des Krankenversicherungsbeitrags am Gesamtbeitrag für Kranken- und Pflegeversicherung ermittelt wird.
- 66.1.9 Die pauschale Beihilfe kann nur für die Zeit gewährt werden, in denen auch eine Beihilfeberechtigung besteht. Besteht der Beihilfeanspruch nicht den vollen Monat, ist der Monatsbeitrag zu ermitteln, der anteilig auf die Zeit der Beihilfeberechtigung entfällt. Eine volle Erstattung des Monatsbetrages kommt nicht in Betracht.
- 66.1.10 Bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst werden die Anwärterbezüge wegen § 69 des Sächsischen Besoldungsgesetzes bis zum Ablauf des Monats weitergewährt, in dem das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 40 Absatz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes endet. In diesem Fall besteht bis zum Ablauf dieses Monats die Beihilfeberechtigung nach § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des Sächsischen Beamtengesetzes fort, so dass für diesen Zeitraum auch pauschale Beihilfe gewährt werden kann.
- 66.2 Zu Absatz 2**
- 66.2.1 Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge ist nachzuweisen und Veränderungen der Beitragshöhe sind der Festsetzungsstelle unverzüglich mitzuteilen. Von den Krankenversicherungen gewährte Beitragsrückerstattungen für nicht in Anspruch genommene Leistungen für Zeiten, in denen pauschale Beihilfe gezahlt wurde, sind hiervon ausgenommen.
- 66.2.2 Ungeachtet von Absatz 2 sind zudem Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (zum Beispiel Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens, Änderung des Krankenversicherungsumfangs, Veränderungen zum Familienstand, Wegfall eines berücksichtigungsfähigen Kindes im Familienzuschlag, Änderungen des Einkommens des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen) unmittelbar und unverzüglich der Festsetzungsstelle schriftlich mitzuteilen. Dies gilt auch für Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder bei Bestehen eines Anspruches auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften (zum Beispiel nach § 27 der Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung) oder eines Beschäftigungsverhältnisses.
- 66.2.3 Ergeben sich aus den Nachweisen Änderungen in der Höhe der pauschalen Beihilfe, sind resultierende Überzahlungen mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe zu verrechnen. Die in Nummer 2.1.2 Satz 2 erfolgte Billigkeitsentscheidung greift in diesen Fällen nicht, da bei einer pauschalen Beihilfe keine Aufwendungen im Sinne des § 1 Absatz 5 Nummer 1, § 4 Absatz 1 entstanden sind, für die eine Kostenerstattung gewährt wurde und deren Rückabwicklung zu unbilligen Ergebnissen führen würde.
- 66.2.4 Bei einem Wechsel der Krankenversicherung, zum Beispiel von freiwilliger gesetzlicher Krankenversicherung in eine private Krankenversicherung oder umgekehrt, bleibt eine - frühere - Entscheidung für die pauschale Beihilfe weiterhin bindend. Die pauschale Beihilfe wird höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.
- 66.2.5 Ein Wechsel der privaten Krankenversicherung stellt regelmäßig eine Änderung des Umfangs der Krankenversicherung im Sinne des § 80a Absatz 6 des Sächsischen Beamtengesetzes dar, da mit dem neuen Vertrag gegebenenfalls andere Leistungen vereinbart werden, wenngleich sich die Tarifbestimmungen oftmals an Musterbestimmungen des PKV-Verbandes orientieren. Erfolgt ein Wechsel des Vertragsumfangs mit in der Regel besseren Leistungen - sowohl beim selben als auch beim Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen - und damit verbundenen höheren Versicherungsbeiträgen, so ist die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe zu gewähren.
- 66.2.6. In den Fällen der Nummern 66.2.4 und 66.2.5, wonach die pauschale Beihilfe weiterhin in der vor der Änderung gewährten Höhe zu gewähren ist, ist der maßgebliche bisherige Betrag nicht zu dynamisieren, sondern wird dauerhaft fortgeführt (vergleiche § 80a Absatz 6 des Sächsischen Beamtengesetzes).
- 66.2.7 Ein Wechsel der gesetzlichen Krankenversicherung stellt keine Änderung des Umfangs der Krankenversicherung im Sinne des § 80a Absatz 6 des Sächsischen Beamtengesetzes dar, auch wenn sich hieraus ein höherer kassenindividueller Zusatzbeitrag ergibt. Sich hieraus ergebende verbesserte sogenannte

„Satzungsleistungen“ der gesetzlichen Krankenkasse sind hierbei unerheblich.“

59. Folgende Nummern 67 bis 69 werden angefügt:

- „67 Zu § 67 Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge**
- 67.1 Bei einem Anspruch auf Heilfürsorge wird individuelle Beihilfe nicht gewährt (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a). Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge im Sinne des § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes haben bei Vorliegen der Voraussetzungen aber Anspruch auf individuelle Beihilfe für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Ihnen kann anstelle der individuellen Beihilfe für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine pauschale Beihilfe gewährt werden. Diese Entscheidung ist ebenso unwiderruflich und gilt somit auch bei Eintritt des Beamten in den Ruhestand fort, auch wenn er selbst dann Anspruch auf individuelle Beihilfe beziehungsweise für sich selbst keine pauschale Beihilfe beantragt hat.
- 67.2 Wurde beihilfeberechtigten Beamten des Justizvollzugsdienstes oder in Abschiebungshaft- und Ausreisegewahrsamseinrichtungen pauschale Beihilfe bewilligt und erklären diese nach § 164b in Verbindung mit § 143 Absatz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes innerhalb der Ausschlussfrist von drei Monaten ab dem 1. Juli 2025, dass sie Heilfürsorge in Anspruch nehmen werden, entfällt der Anspruch auf pauschale Beihilfe für seine freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung. Ungeachtet dessen wird pauschale Beihilfe für die gesetzliche oder private Krankenversicherung seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitergewährt. Dieser Anspruch bleibt unberührt und besteht unverändert fort.
- 68 Zu § 68 Übergangsvorschriften**
- 68.1 Zu Absatz 1**
- 68.1.1 Die Verordnung gilt nur für Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten entstanden sind. Auf alle Aufwendungen, die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bisherigen Regelungen der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung der Sächsischen Beihilfeverordnung weiterhin anzuwenden. Das kann dazu führen, dass gegebenenfalls die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden müssen. Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.
- 68.1.2 Der Selbstbehalt nach § 60 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung ist für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2024 entstanden sind, weiterhin in Abzug zu bringen.
- 68.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)**
- 69 Zu § 69 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes**
- 69.1 Zu Absatz 1**
- 69.1.1 Es wird in Anlehnung an § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch der erforderliche Schutz des Besitzstandes für Beihilfeleistungen zur Pflege nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht im Bereich der häuslichen Pflege geregelt. Danach gilt als Grundsatz, dass die dort genannten regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, die den Beihilfeberechtigten bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auch weiterhin ein Anspruch auf diese Beihilfeleistungen besteht. Auf Nummer 50.2.3 wird hingewiesen.
- 69.1.2 Der Besitzstand bezieht sich auf die monatlich regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Bei einmaligen Leistungen, wie zum Beispiel Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, bedarf es keines Besitzstandsschutzes, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolgen. Auch bei der Kurzzeitpflege hat Besitzstandsschutz keine Bedeutung, weil der Leistungsbetrag nicht verändert wird.
- 69.1.3 Voraussetzung für die Geltung des Besitzstandsschutzes ist stets, dass die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen, die unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades vorliegen müssen, erfüllt sind. Das bedeutet auch, dass der Besitzstandsschutz endet, wenn kein Pflegebedarf mehr besteht.
- 69.1.4 Allgemeine Leistungsausschlussregelungen, wie das Ruhen von Leistungen nach § 34 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, finden Anwendung. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des ab 1. Januar 2017 geltenden Rechts sind für die Gewährung des Besitzstandsschutzes ohne Bedeutung, zum Beispiel wenn die Leistungen wegen eines Krankenhausaufenthaltes im Monat vor der Rechtsänderung ruhten. Kurzfristige Unterbrechungen nach Inkrafttreten des ab

1. Januar 2017 geltenden Rechts lassen den Besitzstandsschutz ebenfalls unberührt.

- 69.1.5 Der Besitzstandsschutz umfasst nicht nur die Leistungsbeträge im Dauerrecht des Vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 28 bis 45d des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), sondern auch die des Übergangsrechts in den §§ 123 und 124 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, die bereits von § 49 Absatz 1 bis 3 und § 50 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfasst waren.
- 69.1.6 Der Besitzstandsschutz bezieht sich auf die jeweiligen Leistungshöchstbeträge der oben genannten Leistungen der jeweiligen Pflegestufe zum Umstellungszeitpunkt, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug. Kommt es zu einer Leistungsumstellung im häuslichen Bereich, werden ebenfalls die jeweiligen bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Leistungshöchstbeträge als Vergleichswerte herangezogen.
- 69.1.7 Der Besitzstandsschutz für den erhöhten Betrag für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 53 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie für vollstationäre Pflege nach § 55 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich nach Absatz 2.
- 69.1.8 Für Personen, die am 31. Dezember 2016 nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung arbeitslosenversicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit nach § 446 Absatz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch fort.
- 69.1.9 Die beitragspflichtige Behandlung richtet sich weiterhin nach den §§ 345 Nummer 8, § 347 Nummer 10, § 349 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, mit der Folge, dass die beitragsrechtliche Behandlung weiterhin auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen von 10 Prozent der (aktuellen) Bezugsgröße erfolgt.

## **69.2 Zu Absatz 2**

- 69.2.1 Die Höhe des Zuschlags errechnet sich aus der Differenz zwischen dem am 31. Dezember 2016 geltenden erhöhten Betrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung – das sind 208 Euro – und dem Entlastungsbetrag, der jeweils in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung festgelegt ist. Derzeit (Stand 1. Januar 2024) beträgt der Entlastungsbetrag 125 Euro monatlich, so dass der Zuschlag dann bei 83 Euro monatlich liegt. Wird der Entlastungsbetrag in der Folge angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend, so dass stets eine Leistungshöhe von bis zu 208 Euro monatlich für Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 2) erreicht wird.
- 69.2.2 Die Höchstleistungsansprüche sind jeweils getrennt voneinander zu vergleichen. Ist beispielsweise der ab 1. Januar 2017 geltende Höchstbetrag für die Pflegesachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1) nicht um mindestens 83 Euro höher als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, ist ein Zuschlag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Höhe von 83 Euro auf den Entlastungsbetrag zu gewähren, und zwar unabhängig davon, ob sich bei anderen Leistungen eine entsprechende Erhöhung ergibt (zum Beispiel bei Inanspruchnahme von Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 bei entsprechender Erhöhung der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 um mindestens 83 Euro).
- 69.2.3 Aufgrund der ab 1. Januar 2017 geltenden Höchstbeträge für die Pflegesachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1), das Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2) und die teilstationäre Pflege nach § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 50) kommt die Regelung derzeit nur bei Pflegebedürftigen zum Tragen, die am 31. Dezember 2016 der Pflegestufe III zugeordnet waren und bei denen ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand im Sinne des § 36 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung vorlag. Bei einer künftigen Änderung der jeweiligen Höchstleistungsbeträge im Elften Buch Sozialgesetzbuch für das Pflegegeld (Pauschalbeihilfe), die Pflegesachleistung, die teilstationäre Pflege und den Entlastungsbetrag kann sich der betroffene Personenkreis

ändern.

**69.3 Zu Absatz 3**

- 69.3.1 Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflege rentenversicherungspflichtig waren, besteht die Rentenversicherungspflicht nach § 141 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die Dauer dieser Pflegeetätigkeit fort. Eine gesonderte Prüfung der Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung ab 1. Januar 2017 für den Fortbestand der Rentenversicherungspflicht erfolgt nicht. Hiervon werden alle laufenden Versicherungsverhältnisse von Pflegepersonen erfasst.
- 69.3.2 Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person ermittelt als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt der höhere Pflegegrad nach § 140 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend. Die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung richtet sich in diesen Fällen nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgt.
- 69.3.3 Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich in den Bestandsfällen ab 1. Januar 2017 nach § 141 Absatz 4 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltendem Recht, soweit sich nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung unter Anwendung der aktuellen Bezugsgröße beziehungsweise der Bezugsgröße (Ost) jeweils ab 2017 keine höheren beitragspflichtigen Einnahmen ergeben. Für die Fortsetzung der Beitragszahlung ab 1. Januar 2017 sind in diesen Bestandsfällen daher Vergleichsberechnungen erforderlich.
- 69.3.4 In den Fällen der Additionspflege nach altem Recht (§ 166 Absatz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), bei der insgesamt eine beitragspflichtige Einnahme von 26,6667 Prozent der jeweiligen Bezugsgröße für alle Pflegeetätigkeiten zu Grunde zu legen war, ist zu beachten, dass sich die beitragspflichtige Einnahme nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht für jede einzelne Pflegeetätigkeit nach dem Pflegegrad und der Art des Leistungsbezugs des jeweiligen Pflegebedürftigen (§ 166 Absatz 2 Satz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch), bei Mehrfachpflege zusätzlich nach dem Anteil am Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen, richtet.
- 69.3.5 Der nach § 141 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch begründete Bestandsschutz gilt nach § 141 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu dem Zeitpunkt, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass
- für den Pflegebedürftigen keine Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt,
  - die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr ist,
  - ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch eintritt oder
  - eine Änderung in den Pflegeverhältnissen eintritt, die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen führt (zum Beispiel bei Änderung der Art der bezogenen Leistung wie Kombinationspflege statt Sachleistung).
- 69.3.6 Fällt der Grund für das Ende der Übergangsregelung wieder weg (zum Beispiel Wegfall eines Ausschlussgrundes nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) kann Versicherungs- und Beitragspflicht nur noch unter den Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nummer 1a und § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung bestehen.

**69.4 Zu Absatz 4**

- 69.4.1 Für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ambulante oder stationär zugelassene Pflegeeinrichtungen kommt es nicht darauf an, ob diese eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben. Für Aufwendungen von Pflegebedürftigen, die unter den Anwendungsbereich des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fallen, sind abweichend von Abschnitt 6 die am 31. Dezember 2016 beihilfefähigen Höchstbeträge zu Grunde zu legen, wenn diese günstiger sind.

- 69.4.2 Aufgrund der Überleitungsregelungen und den damit verbundenen höheren beihilfefähigen Höchstbeträgen kommt die Regelung nur in wenigen Einzelfällen zum Tragen. Dies betrifft derzeit nur Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II ohne eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung im Bereich der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1).
- 69.4.3 Durch den Beihilfeberechtigten ist nachzuweisen, dass ein Anwendungsfall des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt. Hierzu ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.“
60. Anhang 1 und 2 erhalten die aus dem Anhang zu dieser Verwaltungsvorschrift ersichtliche Fassung.
61. In Anhang 3 Formblatt 4 Abschnitt III werden der Überschrift nach den Wörtern „analytische Psychotherapie“ ein Komma und die Wörter „Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie“ angefügt.
62. Der bisherige Anhang 5 wird Anhang 4.
63. Anhang 5 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verwaltungsvorschrift ersichtliche Fassung.
64. Anhang 6 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift werden die Wörter „mit zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V)“ gestrichen.
  - b) In Nummer 3 Buchstabe b werden jeweils die Wörter „Krankenhilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch die Wörter „Krankenbehandlung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
65. In Anhang 7 Nummer 3 Buchstabe b und Anhang 8 Nummer 4 Buchstabe b werden jeweils die Wörter „Krankenhilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz“ durch die Wörter „Krankenbehandlung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

## II.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Dresden, den 23. Oktober 2024

Der Staatsminister der Finanzen  
Hartmut Vorjohann

**Anhang zu Nummer 60 und 63**