

Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen

(Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO)

ber. 24.11.2016 S. 609

Inhaltsübersicht

<p style="text-align: center;">Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen</p> <p>§ 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur § 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige § 3 Konkurrenzen § 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen § 5 Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit § 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen § 7 Aufwendungen im Ausland</p> <p style="text-align: center;">Abschnitt 2 Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen</p> <p style="text-align: center;">Unterabschnitt 1 Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen</p> <p>§ 8 Ärztliche Leistungen § 9 Heilpraktikerleistungen</p> <p style="text-align: center;">Unterabschnitt 2 Ambulante zahnärztliche Leistungen</p> <p>§ 10 Zahnärztliche Leistungen § 11 Implantologische Leistungen § 12 Kieferorthopädische Leistungen § 13 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen § 14 Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne § 15 Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf</p> <p style="text-align: center;">Unterabschnitt 3 Ambulante psychotherapeutische Leistungen</p> <p>§ 16 Psychotherapeutische Leistungen § 17 Psychosomatische Grundversorgung § 18 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie § 19 Verhaltenstherapie</p> <p style="text-align: center;">Unterabschnitt 4 Stationäre Leistungen</p> <p>§ 20 Krankenhausleistungen</p> <p style="text-align: center;">Unterabschnitt 5 Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen</p> <p>§ 21 Arzneimittel § 22 Medizinprodukte § 23 Hilfsmittel § 24 Sehhilfen</p>	<p>§ 25 Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel</p> <p style="text-align: center;">Unterabschnitt 6 Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung</p> <p>§ 26 Heilmittel § 27 Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen § 28 Mobilitätstraining für Blinde § 29 Soziotherapie § 30 Häusliche Krankenpflege § 31 Palliativversorgung § 31a Klinisches Krebsregister</p> <p style="text-align: center;">Unterabschnitt 7 Ergänzende Leistungen</p> <p>§ 32 Fahrtkosten § 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten § 34 Kommunikationshelfer § 35 Familien- und Haushaltshilfe § 36 Überführungskosten in Todesfällen</p> <p style="text-align: center;">Abschnitt 3 Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren</p> <p>§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen § 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen § 39 Kuren</p> <p style="text-align: center;">Abschnitt 4 Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten</p> <p>§ 40 Schutzimpfungen § 41 Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen § 42 Kinderuntersuchungen § 43 Verhütung von Zahnerkrankungen</p> <p style="text-align: center;">Abschnitt 5 Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen</p> <p>§ 44 Schwangerschaft und Geburt § 45 Künstliche Befruchtung § 46 Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch § 47 Erste Hilfe, Entseuchung, Organ-, Gewebe- und Stammzellspende</p> <p style="text-align: center;">Abschnitt 6 Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit</p> <p>§ 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit § 49 Häusliche Pflege § 50 Teilstationäre Pflege § 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson</p>
---	--

- § 52 Kurzzeitpflege
- § 53 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen
- § 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
- § 55 Vollstationäre Pflege
- § 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Abschnitt 7 Umfang der Beihilfe

- § 57 Bemessung der Beihilfe
- § 58 Begrenzung der Beihilfe
- § 59 Eigenbeteiligungen
- § 60 Selbstbehalt
- § 61 Belastungsgrenzen

Abschnitt 8 Verfahrensvorschriften

- § 62 Verfahren
- § 63 Antragsfrist
- § 64 Verwaltungsvorschriften

Abschnitt 9 Übergangsvorschriften

- § 65 Übergangsvorschriften

- Anlage 1 (zu § 4 Absatz 4 Satz 2)
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Anlage 2 (zu § 9)
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern
- Anlage 3 (zu § 26 Absatz 2 und 5)
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel
- Anlage 4 (zu § 39 Absatz 2 und 5)
Kurortverzeichnis
- Anlage 5 (zu § 41 Absatz 4)
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung
- Anlage 6 (zu § 44 Absatz 2)
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen
- Anlage 7 (zu § 45 Absatz 1)
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung
- Anlage 8 (zu § 62 Absatz 1)
Antrag auf Gewährung von Beihilfe
- Anlage 9 (zu § 62 Absatz 1)
Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe
- Anlage 10 (zu § 62 Absatz 1)
Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen

§ 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur

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

(2) Diese Verordnung gilt für die Beamten und Versorgungsempfänger der in § 1 des Sächsischen Beamtengesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), in der jeweils geltenden Fassung, genannten Dienstherrn.

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

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

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

1. Aufwendungen sind die durch einen Rechnungsbetrag nachgewiesenen tatsächlichen Kosten einer Leistung oder Pauschalen, die einen tatsächlichen Aufwand abgeben sollen.
2. Dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 1 für Leistungen, zu denen aufgrund des in dieser Verordnung festgelegten Leistungsprogramms im Einzelfall Geldleistungen gewährt werden könnten.
3. Beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 2 unter Beachtung von Höchstgrenzen, Begrenzungen und sonstigen Einschränkungen.
4. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die in Nummer 3 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung von Anrechnungen von Erstattungen und Sachleistungen (§ 6) sowie von Eigenbeteiligungen (§ 59).
5. Festgesetzte Beihilfe sind die in Nummer 4 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes (§ 57).
6. Beihilfe ist die in Nummer 5 genannte Beihilfe abzüglich des Selbstbehaltes (§ 60).

(6) Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das durch Artikel 15 Absatz 16 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160, 262) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.

§ 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten sind der Ehegatte (berücksichtigungsfähiger Ehegatte), der Lebenspartner (berücksichtigungsfähiger Lebenspartner) und die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten

nach § 42 Absatz 2 oder Absatz 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1005), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26. Juni 2015 (SächsGVBl. S. 390) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder § 55 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1045), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 26. Juni 2015 (SächsGVBl. S. 390) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, berücksichtigungsfähige Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder).

(2) Kinder sind auch berücksichtigungsfähig, wenn für sie Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 66 des Sächsischen Besoldungsgesetzes in Verbindung mit § 53 Absatz 4 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juni 2009 (BGBl. I S. 1434), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2178) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, besteht oder ein solcher nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

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

§ 3 Konkurrenzen

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

(2) Beihilfe wird nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt, wenn diese aufgrund eines aktiven Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind.

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

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

(5) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung schriftlich bestimmt haben (Wahlrecht). Das Wahlrecht kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. Das Wahlrecht gilt als ausgeübt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung des Angehörigen erfolgt ist. Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, wird der Angehörige bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den in § 2 Absatz 1 genannten Familienzuschlag, den Aus-

landszuschlag nach § 2 Absatz 2 oder vergleichbare Leistungen für diese Person erhält.

§ 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dessen Berücksichtigungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(2) Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder berücksichtigungsfähigen Lebenspartner sind nur beihilfefähig, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2553) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der letzten drei Jahre 18 000 Euro nicht übersteigen. Dies gilt nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 35 Absatz 4 Satz 2, § 36 oder § 44 Absatz 1, 2, 4 oder Absatz 5 handelt. Maßgebend für die durchschnittlichen Einkünfte nach Satz 1 sind die in den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung erzielten Einkünfte. Wird der Höchstbetrag nach Satz 1 unterschritten, ist dies auf Verlangen der Festsetzungsstelle durch Kopien der Einkommensteuerbescheide der Bezugsjahre oder andere geeignete Unterlagen zu belegen. Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 4 nachgewiesen werden, kann Beihilfe gewährt werden, wenn der Beihilfeberechtigte glaubhaft macht, dass der Höchstbetrag nach Satz 1 in dem nach Satz 3 maßgeblichen Zeitraum nicht überschritten wurde.

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

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

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

(5) Die Angemessenheit von Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I

S. 2661) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), die durch § 5 Satz 3 der Verordnung von 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung. Liegen keine begründeten besonderen Umstände vor, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens (Schwellenwert) nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden.

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

(7) Für Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet oder zugewiesen sind (Beamte im Ausland) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen.

§ 5

Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit

- (1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen
1. für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, denen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zusteht,
 2. für Beihilfeberechtigte, soweit ein Anspruch auf Leistungen der Unfallfürsorge nach den §§ 35 bis 37 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes oder vergleichbarer bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften besteht,
 3. für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,
 4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
 5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und pädagogische Maßnahmen,
 6. für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen entstehen, insbesondere nach einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und

7. soweit ein Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht oder im Einvernehmen mit diesem übertragen worden ist.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme. Nahe Angehörige im Sinne dieser Verordnung sind der Ehegatte, der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der behandelten Person. Wurde die Heilmaßnahme von einer Person erbracht, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu dem nahen Angehörigen steht und selbst nicht liquidationsberechtigigt ist, gelten die von dem nahen Angehörigen berechneten Leistungen als dessen eigene Leistungen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig. Satz 1 gilt nicht in den Fällen des § 47 Absatz 1 oder wenn die erforderliche medizinische Behandlung nur in der Praxis des nahen Angehörigen durchgeführt werden konnte oder es dem Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus tatsächlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar war, eine andere Praxis aufzusuchen, und der Umfang der Behandlung das Maß dessen deutlich übersteigt, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird.

(3) Nicht beihilfefähig sind

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

(4) Beihilfeleistungen sind bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen auf Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt. Dies gilt nicht für berücksichtigungsfähige, von der Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung erfasste Kinder des Beihilfeberechtigten, der nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, wenn für das Kind eine beihilfekonforme private Krankenversicherung besteht.

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

§ 6

Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören und für Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

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

(3) Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche sind bei der Beihilfefestsetzung auch dann in voller Höhe zu berücksichtigen, wenn sie gegenüber Dritten nicht geltend gemacht wurden. Dies gilt nicht für Kinder im Fall des § 5 Absatz 4 Satz 2.

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

§ 7

Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 4 Absatz 5 findet keine Anwendung. Aufwendungen für Leistungen nach Abschnitt 6 sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder Dienstort beihilfefähig wären.

(2) Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dabei sind Fahrtkosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 abweichend von § 5 Absatz 3 Nummer 2 entsprechend § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 beihilfefähig. Ohne die Beschränkung nach Satz 1 sind diese Aufwendungen beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise des Beihilfeberechtigten entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. bei akutem Behandlungsbedarf oder zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
4. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt nur in Betracht, wenn nach der Feststellung eines Arztes oder eines anderen von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes (Vertrauensarztes) die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.

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

Abschnitt 2

Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1

Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8

Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Ist dem Dienstherrn vom Beihilfeberechtigten für ein Fernbleiben vom Dienst eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, sind die Aufwendungen hierfür beihilfefähig.

§ 9

Heilpraktikerleistungen

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

Unterabschnitt 2

Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10

Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. Die Beihilfefähigkeit von implantologischen, kieferorthopädischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen richtet sich nach den §§ 11 bis 13 und für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 14 Absatz 1. § 8 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 11

Implantologische Leistungen

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

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

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
 - a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer follikulärer Zysten oder Keratozysten,

- d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder
 - f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
 3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen oder
 4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken,
- und wenn der behandelnde Zahnarzt das Vorliegen der Indikationen bescheinigt hat.

§ 12

Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat. Bei Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsel des Kieferorthopäden bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind. Aufwendungen für Leistungen zur Weiterführung der Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig.

§ 13

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen einschließlich kombinierter kieferorthopädischer und kieferchirurgischer Maßnahmen,
5. Gebissanierungen, wenn die zentrische Okklusion durch Veränderungen in der horizontalen oder vertikalen Kieferrelation oder Frontzahnführung verloren gegangen ist oder
6. umfangreichen Gebissanierungen; diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist

und wenn der Befund vom Zahnarzt dokumentiert ist.

§ 14

Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne

(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten sowie Lagerhaltung nach § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nummer 2150 bis 2320, den Abschnitten F und H Nummer 7080 bis 7100 sowie Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 60 Prozent beihilfefähig; gesondert berechenbare Materialien nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind nicht beihilfefähig. Bei Indikationen nach § 11 Absatz 2 sind die Aufwendungen nach Satz 1 zu 100 Prozent beihilfefähig. Wenn in einer Rechnung zahnärztliche Leistungen, Auslagen, Material- und Laborkosten nicht getrennt ausgewiesen sind, sind bei der Beihilfefestsetzung 60 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages als Aufwendungen anzusetzen.

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

§ 15

Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf

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

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

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,
3. implantologische Leistungen nach § 11 und
4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach § 13.

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Unterabschnitt 3

Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Psychotherapeutische Leistungen umfassen ambulante Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie.

(2) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 13 und der §§ 17 bis 19 beihilfefähig, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt.

(3) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeich-

nisses zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung der in Absatz 6 genannten seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens 5, bei analytischer Psychotherapie höchstens 8 probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 1 Nummer 3 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) oder des Arztes ergeben.

(4) Vor Behandlungen durch einen Psychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung ist von einem Arzt vorzunehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich zu bestätigen.

(5) Für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

(6) Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen, insbesondere depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen, insbesondere Konversionsstörungen,
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder
9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,

und wenn eine Sitzung eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung umfasst.

(7) Aufwendungen für eine Katathym-Imaginative Psychotherapie sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

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

(9) Aufwendungen einer Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen beihilfefähig, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und die Behandlung im Rahmen eines umfassenden Konzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie durchgeführt wurde.

(10) Psychotherapeutische Leistungen sind neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen dem Grunde nach beihilfefähig, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet. Indikationen hierfür sind insbesondere:

1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von 10 Sitzungen erreicht werden kann,
2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
3. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
4. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(11) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach beihilfefähig. Pauschal abgerechnete Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(12) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte oder
 2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte
- auch in Form eines internetgestützten Therapieverfahrens dem Grunde nach beihilfefähig. Für internetgestützte Therapieverfahren sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(13) Aufwendungen sind im gleichen Behandlungszeitraum nur für ein Behandlungsverfahren nach den §§ 17, 18 oder 19 beihilfefähig.

§ 17

Psychosomatische Grundversorgung

- (1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst
1. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte und
 2. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte.

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

1. übende Interventionen, insbesondere autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie, als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu 12 Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich,
2. suggestive Interventionen, insbesondere Hypnose, als Einzelbehandlung für bis zu 12 Sitzungen und
3. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form.

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

(3) Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Psychotherapeuten oder Arzt durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügt.

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

§ 18

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen.

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 60 Sitzungen	höchstens weitere 30 Sitzungen.

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 30 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
im Erweiterungsfall	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 40 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

Ist die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, notwendig, sind Aufwendungen für die dafür vorgesehenen Sitzungen bei Einzelbehandlung bis zu 25 Prozent und bei Gruppenbehandlung bis zu 50 Prozent der bewilligten Anzahl der Sitzungen zusätzlich beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn diese Person

1. Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche ist:
 - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - b) Psychiatrie und Psychotherapie oder
 - c) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
2. Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ ist.

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

(3) Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, durchgeführt, sind die Aufwendungen nur für diejenige anerkannte Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Person eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen von einem Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt und ist diese Person zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen, sind Leistungen nur für diejenige Psychotherapieform beihilfefähig, für die die Zulassung oder Eintragung erfolgt ist. Verfügt die Person über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, sind sowohl Maßnahmen der tiefenpsychologisch fundierten als auch der analytischen Psychotherapie beihilfefähig. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine Ausbildung an einem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich.

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

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

(6) In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 zugelassene Höchstzahl

von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 16 Absatz 6, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.

(7) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie nicht beihilfefähig. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Antrages beihilfefähig sein.

§ 19
Verhaltenstherapie

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

1. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben,

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

2. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
im besonderen Ausnahmefall	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

§ 18 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Von dem Begutachtungsverfahren nach § 16 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Psychotherapeuten oder Arztes vorgelegt hat, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als 10 Sitzungen und bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 16 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen. § 16 Absatz 3 Satz 2 ist anzuwenden.

(3) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn die Person eine der in § 18 Absatz 2 Satz 1 genannten Qualifikationsanfordernisse erfüllt und sie den Nachweis erbringt, dass sie

während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat.

(4) Werden Behandlungen von einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat. Werden Behandlungen durch einen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt, sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn die Person die in § 18 Absatz 3 Satz 2 genannten Qualifikationsanforderungen erfüllt oder über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt.

(5) Für den Nachweis der fachlichen Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und für Gruppenbehandlungen gilt § 18 Absatz 4 entsprechend.

Unterabschnitt 4 Stationäre Leistungen

§ 20 Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen für Leistungen in nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Bundespflegegesetzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für

1. vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 1 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 1 Absatz 3 der Bundespflegegesetzverordnung,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 2 Absatz 2 der Bundespflegegesetzverordnung und
3. Wahlleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegegesetzverordnung,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegegesetzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder, wenn Zweibettzimmer weder als allgemeine Krankenhausleistung noch als Wahlleistung angeboten werden, bis zur Hälfte der Kosten eines Einbettzimmers, und
 - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen nach den §§ 21, 22 oder für ärztliche Leistungen.

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

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Zugrundelegung der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors ergibt,
2. in allen anderen Fällen ein täglicher Basis- und Abteilungspflegesatz bei Untersuchung und Behandlung von
 - a) Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
 - aa) vollstationär bis zu 333,20 Euro,
 - bb) teilstationär bis zu 282,40 Euro,
 - b) Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
 - aa) vollstationär bis zu 462,80 Euro,
 - bb) teilstationär bis zu 345,80 Euro,
 - c) Personen vollstationär bei einer Frührehabilitation Phase B bis zu 500 Euro,
3. gesondert berechnete Wahlleistung für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des gemäß § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors und
4. Kosten einer Notfallversorgung, wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) Beihilfefähig ist auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft im Krankenhaus nach Maßgabe des Absatzes 1 Nummer 2; bei Untersuchungen und Behandlungen in einem Krankenhaus nach Absatz 2 gilt Halbsatz 1 entsprechend. Die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Bescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Beihilfefähig ist in den Fällen des Satzes 2 ein Betrag von bis zu 23 Euro täglich.

(4) Aufwendungen von Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b entspricht, wenn aus medizinischen Gründen keine Unterbringung in einem Einbettzimmer notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.

Unterabschnitt 5

Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21

Arzneimittel

(1) Arzneimittel sind die in § 2 Absatz 1, 2 Nummer 1, Absatz 3a und 4 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2210) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen, Gegenstände oder Erzeugnisse.

(2) Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn diese bestimmt sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper der Heilung oder Linderung einer Erkrankung oder der Erkennung eines Krankheitsbildes zu dienen. Aufwendungen für Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies sind bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Arzneimittel, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die

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

§ 22

Medizinprodukte

(1) Medizinprodukte sind, unabhängig von der konkreten Zweckbestimmung durch den Hersteller, die in § 3 Nummer 1 bis 3 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 278 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Gegenstände, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sowie deren Zubehör (§ 3 Nummer 9 Satz 1 des Medizinproduktegesetzes), es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Arzneimittelgesetzes. Stoffliche Medizinprodukte sind Medizinprodukte, die aus Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen bestehen.

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

(3) Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete andere als in Absatz 2 genannte Medizinprodukte sind nach Maßgabe der

§§ 23 und 24 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit für empfängnisverhütende Medizinprodukte, die nicht aus Anlass einer Krankheit verordnet werden, richtet sich ausschließlich nach § 44 Absatz 3 Satz 2.

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

§ 23

Hilfsmittel

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

(2) Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel sind beihilfefähig, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und sofern sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Krankenhaus- oder Praxisausstattung anzusehen sind.

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

(4) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von beihilfefähigen Hilfsmitteln sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100 Euro hinausgehen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege und Reinigungsmittel für Sehhilfen, Perücken und sonstige Kopfhaarerersatzstücke.

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

(6) Aufwendungen für Perücken und sonstige Kopfhaarerersatzstücke einschließlich Verkleben sind bis zum Betrag von 520 Euro beihilfefähig, wenn ein totaler, sehr weitgehender oder krankhaft entstellender partieller Haarausfall oder eine erhebliche Verunstaltung des Kopfes vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind zusätzlich beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke oder eines sonstigen Kopfhaarerersatzstückes einschließlich einer Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung des zu ersetzenden Kopfhaarerersatzstückes mindestens drei Jahre vergangen sind.

Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(7) Aufwendungen für Hörgeräte sind dem Grunde nach beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr begrenzt auf einen Betrag von 1 500 Euro je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung. Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung eines Hörgerätes ist die schriftliche Verordnung eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Für Folgegeräte genügen die Feststellungen eines Hörgeräteakustikers, wenn keine neue ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung eines Hörgerätes sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind. Satz 5 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(8) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Aufrichtfunktion eines Aufrichtstuhls bis zu 150 Euro,
2. die Spezialhard- und -software einer Computerspezialausstattung für Menschen mit Behinderungen bis zu insgesamt 3 500 Euro; für Braillezeilen für Blinde mit 40 Modulen zusätzlich bis zu insgesamt 5 400 Euro,
3. Brustprothesenhalter in Höhe des 15 Euro übersteigenden Betrages und
4. Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen in Höhe des 40 Euro übersteigenden Betrages.

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

1. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur dauerhaften Versorgung sind jeweils in Höhe des 64 Euro übersteigenden Betrages und nach folgenden Höchstgrenzen beihilfefähig für
 - a) Orthesenschuhe,
 - b) Spezialschuhe für Diabetiker und
 - c) Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, bei folgender Ausführung:
 - aa) Straßenschuhe: Erstausrüstung
zwei Paar; Ersatzbeschaffung
frühestens nach zwei Jahren,
 - bb) Hausschuhe: Erstausrüstung
ein Paar; Ersatzbeschaffung
frühestens nach zwei Jahren,
 - cc) Sportschuhe: Erstausrüstung
ein Paar; Ersatzbeschaffung
frühestens nach zwei Jahren
 - dd) Badeschuhe: Erstausrüstung
ein Paar; Ersatzbeschaffung
frühestens nach vier Jahren.
2. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur vorübergehenden Versorgung sind beihilfefähig für
 - a) Fußteilentlastungsschuhe,
 - b) Innenschuhe,
 - c) Korrektursicherungsschuhe,
 - d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehnenbeschädigung oder Lähmungszuständen und
 - e) Verbandschuhe.
3. Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen oder für orthopädische Einlagen, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse sind an jeweils bis zu sechs Paar Schuhen je Jahr beihilfefähig.

(10) Aufwendungen für einen Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zweimal je Jahr bis zur Höhe von 80 Euro je Overall beihilfefähig.

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

§ 24

Sehhilfen

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

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

(3) Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes; bei erstmaliger Beschaffung einer vergrößernden Sehhilfe auch dann, wenn bereits eine schriftliche Verordnung für eine Brille oder für Kontaktlinsen vorliegt. Bei erneuter Beschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 15 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Brillengläser oder Kontaktlinsen sind dem Grunde nach beihilfefähig. Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist die Beihilfefähigkeit begrenzt auf einen Betrag von 80 Euro je Auge alle zwei Jahre, einschließlich Handwerksleistung und Reparaturkosten. Eine Übertragung nicht genutzter Beträge auf nachfolgende Jahre ist nicht möglich. Aufwendungen für Brillenfassungen sind nur im Fall des Absatzes 8 beihilfefähig.

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

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

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

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

1. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder als Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser), in begründeten Einzelfällen als Fernrohr-lupenbrillensystem, gegebenenfalls einschließlich der Systemträger,
2. optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als Handfernrohre oder fokussierbare Monokulare und
3. elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens sechsfachen Vergrößerungsbedarf.

(8) Aufwendungen für eine Brillenfassung für eine während des Schulsports zu tragende Sportbrille sind für Schüler bis zum vollendeten 20. Lebensjahr alle zwei Jahre bis zu 55 Euro beihilfefähig. Daneben sind die Aufwendungen für Brillengläser der Sportbrille beihilfefähig.

§ 25

Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

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

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

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

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

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

Unterabschnitt 6

Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26

Heilmittel

(1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen auf den Gebieten der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie.

(2) Aufwendungen für ein von einem Arzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnetes Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 und der Anlage 3 beihilfefähig, wenn dieses von einem Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandt wird, der die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt und die jeweils erbrachten Leistungen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen.

(3) Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sind, auch als Bestandteil einer Gerätegestützten Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten, bis zu maximal 25 Sitzungen je Krankheitsfall und nur beihilfefähig, wenn

1. dadurch eine Erkrankung der Wirbelsäule behandelt wird,
2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
3. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann.

(4) Aufwendungen für Maßnahmen der Podologischen Therapie sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (Diabetisches Fußsyndrom) dient.

(5) Werden Heilmittel in Einrichtungen erbracht, die der Betreuung und Behandlung von Kranken oder Menschen mit Behinderungen dienen, für die die §§ 20 und 37 bis 39 keine Anwendung finden, und wird an Stelle der in der Anlage 3 genannten Höchstbeträge ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig.

§ 27

Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen

(1) Komplextherapien sind Untersuchungen und Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen, die die Voraussetzungen des § 26 Absatz 2 erfüllen, unter Beteiligung eines Psychotherapeuten oder eines Arztes erbracht werden.

(2) Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19 und 26, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung zu tragen sind. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(3) Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen sind unter den Voraussetzungen des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütungen, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder mit Sozialversicherungsträgern vereinbart sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(4) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren sind unter den Voraussetzungen des § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung vereinbart sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(5) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen und von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht werden. Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,
2. bei Einzelbehandlung
 - a) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder
 - b) bis zu 160 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten,
3. bei Gruppenbehandlung
 - a) bis zu 40 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 100 Minuten oder
 - b) bis zu 80 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten.

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

(6) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung im Sinne von § 140a Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütung beihilfefähig, die in Verträgen zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in entsprechenden Vereinbarungen des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., einem entsprechenden Landesverband oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Einrichtung oder Leistungserbringern geregelt sind. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 28

Mobilitätstraining für Blinde

(1) Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln (Mobilitätstraining) für Blinde sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - a) je Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Stunden 63,50 Euro
 - b) Fahrzeitentschädigung für Fahrten des Trainers, je angefangene 5 Minuten 4,21 Euro
 - c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenem Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, 0,30 Euro
 - d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers je Tag, soweit eine tägliche Rückkehr zu seinem Wohnort nicht zumutbar ist 26 Euro.

Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, sind die Aufwendungen des Trainers nur in Höhe des auf den Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen entfallenden Anteils und bis zu den anteiligen Höchstbeträgen nach Satz 1 beihilfefähig.

2. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining, insbesondere bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder eines Wohnortwechsels sind entsprechend Nummer 1 beihilfefähig.
3. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an elektronischen Blindenleitgeräten sind entsprechend Nummer 1 bis zu 30 Stunden beihilfefähig; darüber hinaus können in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.

(2) Sofern der Trainer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen.

§ 29

Soziotherapie

(1) Aufwendungen für eine von einem Facharzt mit den Gebietsbezeichnungen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verordnete Soziotherapie sind nach Maßgabe des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn

die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind

1. folgende Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises:
 - a) Schizophrenie,
 - b) schizotype Störung,
 - c) anhaltende wahnhafte Störung,
 - d) induzierte wahnhafte Störung und
 - e) schizoaffektive Störung
- und
2. folgende affektive Störungen:
 - a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,
 - b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und
 - c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

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

§ 30

Häusliche Krankenpflege

(1) Häusliche Krankenpflege umfasst

1. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
2. Behandlungspflege,
3. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und
4. ambulante psychiatrische Krankenpflege.

Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege sind dem Grunde nach beihilfefähig, wobei bei Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 die Grundpflege überwiegen muss. Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen für vorübergehende häusliche Krankenpflege, die außerhalb des Haushalts des Gepflegten an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

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

(3) Wird die häusliche Krankenpflege durch Personen durchgeführt, die mit dem Gepflegten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. Eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung ist bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte, höchstens jedoch monatlich bis zur Höhe von 60 Prozent des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder vom 12. Oktober 2006 (MBI. SMF 2007 S. 1, 2), der zuletzt durch den Änderungstarifvertrag vom 28. März 2015 (MBI. SMF S. 33) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7a Stufe 5 beihilfefähig, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder im Umfang einer solchen eingeschränkt wird. Für Teilmonatsberechnungen ist der Monat

mit 30 Tagen anzusetzen. Wird die häusliche Krankenpflege von nahen Angehörigen oder einer in häuslicher Gemeinschaft mit dem Gepflegten lebenden Person durchgeführt, ist die Vergütung nach Satz 2 nur für den über vier Wochen hinausgehenden Pflegezeitraum beihilfefähig. Wird die häusliche Krankenpflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Absatz 2 Anwendung.

§ 31

Palliativversorgung

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

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung, einschließlich Unterkunft und Verpflegung, in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind bis zur Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden Zuschusses beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nach ärztlicher Bescheinigung nicht möglich ist.

§ 31a

Klinisches Krebsregister

Erkranken Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, sind die personenbezogenen Aufwendungen oder Kosten beihilfefähig für jede

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

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

Unterabschnitt 7

Ergänzende Leistungen

§ 32

Fahrtkosten

(1) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,

3. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung und
6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens erforderlich ist.

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

1. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder die Pflegestufe II oder III nachweisen oder
2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

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

(3) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Sächsische Reisekostengesetz vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866, 876), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug nur nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 und Absatz 2 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig. Bei Fahrten nach Absatz 1 ist der beihilfefähige Betrag um 10 Euro je einfache Fahrt zu mindern. Ausgenommen hiervon sind Fahrten unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 und Fahrten von Spendern nach § 47 Absatz 4.

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

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

In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. § 44 Absatz 5 Satz 4 und 5 bleibt unberührt.

§ 33

Unterkunfts- und Verpflegungskosten

(1) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Untersuchungen und Behandlungen mit Ausnahme von Kuren (§ 39) sind bis

zur Höhe des nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Reisekostengesetzes geregelten Höchstbetrages beihilfefähig. Auswärtig sind Untersuchung und Behandlung, wenn sie mehr als 30 Kilometer vom Wohnort entfernt erfolgen oder eine tägliche Rückkehr zur Wohnung unzumutbar ist, weil bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Abwesenheit von der Wohnung mehr als 12 Stunden oder die benötigte Zeit für das Zurücklegen der Strecke zwischen Wohnung und Behandlungsort und zurück mehr als 3 Stunden beträgt. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft und Verpflegung in gleicher Höhe beihilfefähig.

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

§ 34

Kommunikationshelfer

Sind aufgrund einer Hör- oder Sprachbehinderung Kommunikationshelfer im Sinne von § 2 Nummer 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung vom 20. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 499), in der jeweils geltenden Fassung, bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen im Einzelfall erforderlich, sind die hierfür entstandenen Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 5 Absatz 1 der Sächsischen Kommunikationshilfenverordnung beihilfefähig.

§ 35

Familien- und Haushaltshilfe

(1) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind nach ärztlicher Verordnung beihilfefähig, wenn

1. der allein oder überwiegend den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung aufgrund der Inanspruchnahme einer nach dieser Verordnung beihilfefähigen ambulanten oder stationären Leistung nach den Abschnitten 2 und 3 nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens ein anderer Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat (hilfsbedürftige Person) und
3. keine andere im Haushalt lebende, volljährige Person den Haushalt weiterführen kann.

Sie werden der außerhäuslich untergebrachten oder verstorbenen Person zugeordnet.

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

1. für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung oder der Durchführung einer ambulanten Operation oder

2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird. Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für einen allein im Haushalt lebenden Beihilfeberechtigten beihilfefähig, wenn nur die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 vorliegt.

(3) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zur Höhe von 9 Euro je Stunde, höchstens 72 Euro täglich, beihilfefähig. Im Todesfall der den Haushalt führenden Person sind die Aufwendungen für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nicht im Haushalt lebende nahe Angehörige der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten, jedoch höchstens bis zu 36 Euro täglich, beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.

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

(5) Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

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

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

§ 36

Überführungskosten in Todesfällen

Ist der Beihilfeberechtigte während einer Dienstreise, einer Abordnung, einer Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes seiner Hauptwohnung im Sinne von § 21 Absatz 2 des Bundesmeldegesetzes vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, verstorben, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne zum Ort seiner Hauptwohnung beihilfefähig. Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Auslandsdienstort mit dem Beamten in einem Haushalt wohnen, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig.

Abschnitt 3

Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren

§ 37

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

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

(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Heilbehandlungen im Anschluss oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer Krankenhausbehandlung in geeigneten spezialisierten Einrichtungen (Anschlussheilbehandlung),
2. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, oder in Krankenhäusern,
3. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, soweit das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder schwerbehindert ist,
4. Familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert, in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
5. Entwöhnungen im Rahmen einer Suchtbehandlung einschließlich ambulanter Nachsorge in geeigneten spezialisierten Einrichtungen,
6. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in Wohnortnähe und
7. ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne von § 44 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter

Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 452 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

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

1. Fahrtkosten nach Maßgabe des § 32 Absatz 3, wobei bei stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 5 der beihilfefähige Höchstbetrag für Aufwendungen der An- und Abreise je Gesamtmaßnahme auf 200 Euro begrenzt und eine Minderung nach § 32 Absatz 3 Satz 3 nicht vorzunehmen ist,
2. durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannte Begleitpersonen oder Pflegekräfte,
3. Kurtaxe, auch für Begleitpersonen nach Nummer 2,
4. einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei ambulant durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 nach Maßgabe des § 33 Absatz 1, wobei die Beihilfefähigkeit bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 6 auf höchstens 21 Tage begrenzt ist, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich und
 - b) bei stationär durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 in Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, bei gesonderter Berechnung der Unterkunft als Wahlleistung bis zum niedrigsten Tagessatz eines Zweibettzimmers, wobei die Beihilfefähigkeit begrenzt ist
 - aa) bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 2 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - bb) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 1 bis 3 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen des Begleiteten dringend erforderlich, und auf 70 Prozent des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung und
 - cc) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages
- und
6. ausgefallene Arbeitseinkünfte des berufstätigen Elternteils bei einer Maßnahme nach Absatz 2 Nummer 4.

(4) Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 1, die die Leistungen nach den §§ 8, 9, 16, 21 bis 29, den ärztlichen Schlussbericht, die Unterkunft, die Verpflegung, die Pflege und gegebenenfalls Wahlleistungen nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 beinhalten, sind bis zum niedrigsten Satz der jeweiligen Abteilung beihilfefähig. Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 6, die die in Satz 1 genannten Leistungen enthalten, sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversiche-

rungsträgern mit der Einrichtung zu tragen sind, beihilfefähig. § 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt. Für Kinder, die bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. Aufwendungen für das Kind nach Satz 4 sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. Die Aufwendungen der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 4 und die ausgefallenen Arbeitseinkünfte nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 werden dem erkrankten Kind zugerechnet. Aufwendungen für eine EAP sind je Behandlungstag bei einer Mindestbehandlungsdauer von 120 Minuten bis zur Höhe von 81,90 Euro beihilfefähig; die Leistungen nach den Nummern 4 bis 44 der Anlage 3 sind daneben nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 2 Nummer 7 sind bis zur Höhe von 7,00 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

§ 38

Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 1, 4 bis 6 setzt voraus, dass die Rehabilitationsmaßnahme durch ärztliche Verordnung jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet ist. Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitation und stationäre Entwöhnungen im Rahmen von Suchtbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Die Verordnung der familienorientierten Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zum Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten.

(2) Aufwendungen für eine EAP sind neben den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 und 2 nur beihilfefähig, wenn die Behandlung in einer von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtung durchgeführt wird und wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall, auch postoperativ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - c) instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik oder
 - d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,
2. Operation am Skelettsystem bei
 - a) posttraumatischen Osteosynthesen oder
 - b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit bei
 - a) Schulterprothesen,
 - b) Knieendprothesen oder

- c) Hüftendoprothesen,
4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
- a) Kniebandrupturen mit Ausnahme eines isolierten Innenbandes,
 - b) Schultergelenkläsionen oder
 - c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss, oder
5. Amputationen.

§ 39

Kuren

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

(2) Für Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes sind Aufwendungen für ambulante Kuren und Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beihilfefähig, wenn die Kur unter Anwendung von Heilmitteln gemäß § 26 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten Kurort nach Anlage 4 durchgeführt wird. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden.

(3) Anlässlich einer Kur sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 26 beihilfefähig. Daneben sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 20 Euro täglich und der Begleitpersonen in Höhe von 15 Euro täglich für jeweils höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages beihilfefähig. § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 4 gilt entsprechend.

(4) Aufwendungen für Kuren sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Kurmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und
3. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient.

Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist, seine Entlassung beantragt hat, das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird oder vorläufig vom Dienst enthoben ist. § 38 Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(5) Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für eine ambulante Kur am Toten Meer wegen Erkrankung an Neurodermitis oder Psoriasis in einem in der Anlage 4 enthaltenen Kurort im Umfang des Absatzes 3 beihilfefähig, wenn

1. die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind,
2. durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und
3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach vorher anerkannt hat.

Aufwendungen für Fahrtkosten einschließlich Flug- und Fährkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 600 Euro je Gesamtmaßnahme beihilfefähig. Ist die Einrichtung als stationäre Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt und hat diese eine pauschale Vergütungsvereinbarung mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, in der Aufwendungen für Flug, Transfer, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung enthalten sind, sind die Aufwendungen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Pauschale beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

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

Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 oder eine Kur nach § 39 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine solche Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.

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

(6) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt § 38 Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend.

Abschnitt 4

Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten

§ 40

Schutzimpfungen

(1) Aufwendungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 6a des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sind dem Grunde nach beihilfefähig. § 20i Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Schutzimpfungen vorsehen kann.

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

§ 41

Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

(1) Aufwendungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus, sind in entsprechender Anwendung des § 25 Absatz 1, 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jedes zweite Kalenderjahr beihilfefähig.

(2) Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind in entsprechender Anwendung des § 25 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

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

(4) Aufwendungen, die Frauen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren nach Maßgabe der Anlage 5 beihilfefähig.

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

§ 42

Kinderuntersuchungen

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

§ 43

Verhütung von Zahnerkrankungen

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

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

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

Abschnitt 5

Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44

Schwangerschaft und Geburt

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

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

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

(2) Aufwendungen für Leistungen von Hebammen sind angemessen, soweit sie die Höchstbeträge der Anlage 6 nicht übersteigen. Ist in der Anlage 6 eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen. Zuschläge als erhöhte Leistungsnummer sind allgemein oder in besonderen Fällen beihilfefähig; ein allgemeiner Zuschlag ist für Leistungen, die in der Zeit zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, an Samstagen ab 12 Uhr und an Sonn- und Feiertagen erbracht werden, beihilfefähig; ein besonderer Zuschlag ist beihilfefähig, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage 6 aufgeführt ist. Auslagen von Hebammen sind Aufwendungen für angewandte Arzneimittel und verwendete oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien. Materialien sind bis zur Höhe der in der Anlage 6 Teil F festgelegten Pauschalbeträge beihilfefähig. Angewandte Arzneimittel sind in Höhe der tatsächlich

entstandenen Kosten beihilfefähig; § 59 Absatz 1 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind nach Maßgabe des § 24a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und Intrauterinpessare sind bei Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr auch dann beihilfefähig, wenn die Verordnung nicht aus Anlass einer Krankheit erfolgt.

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

(5) Ist bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne eigenen Haushalt im Inland in Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung am Dienort nicht gewährleistet, sind zusätzlich die am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft für die Schwangere bis zur Höhe von 70 Euro je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 30 Euro je Übernachtung beihilfefähig, wenn der Entbindungsort im Inland liegt. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt von nahen Angehörigen im Sinne von § 5 Absatz 2 Satz 2. Aufwendungen für die Unterkunft am Entbindungsort nach Satz 1 sind bis zur Dauer von sechs Wochen vor und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. Fahrtkosten vom Dienort zum Entbindungsort nach Satz 1 sind nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten für eine Begleitperson sind der Schwangeren zuzurechnen.

§ 45

Künstliche Befruchtung

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

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung notwendig sind,
2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,
3. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und die künstliche Befruchtung von einem der Ärzte oder einer der Einrichtungen durchgeführt wird, denen eine Genehmigung nach § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilt worden ist.

Die beihilfefähigen Behandlungsmethoden und die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 richten sich nach An-

lage 7. Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für weibliche Personen, die das 40. Lebensjahr und für männliche Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Maßnahmen, die beim Beihilfeberechtigten selbst durchgeführt werden. Aufwendungen für Maßnahmen, die beim berücksichtigungsfähigen Ehegatten durchgeführt werden, sind diesem zuzuordnen. Sie sind nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorliegen.

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

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

(4) In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen als beihilfefähig anerkannt werden. Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten Samenzellen nach Satz 1 sind höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4, längstens jedoch für die Dauer von 15 Jahren beihilfefähig.

§ 46

Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

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

(2) Aufwendungen für einen nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2218) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig. Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft sind die Aufwendungen mit Ausnahme der in § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in den Fällen des Satzes 2 auch die Aufwendungen einer erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches.

§ 47

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

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

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

(3) Aufwendungen für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport sowie Organisation für die Bereitstellung von Organ- und Gewebespenden sind beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.

(4) Aufwendungen für Spender von Organen und Geweben (Spender) sind entsprechend den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. Dies gilt auch für Aufwendungen des Spenders, die über die Leistungen nach den Abschnitten 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Untersuchung und Behandlung von Folgeerkrankungen des Spenders. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von dem Spender nachgewiesen wird. Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fortgezählte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Der landwirtschaftlichen Krankenkasse des Spenders wird auf Antrag nach § 8 Absatz 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für als Spender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen.

(5) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan und nach Geweben sind beihilfefähig. Bei der Suche nach einem nicht verwandten Stammzellspender sind Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen nur beihilfefähig, wenn diese im Zentralen Knochenmarkspender-Register erfolgt.

Abschnitt 6

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48

Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne von § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für

1. häusliche Pflege (§ 49 Absatz 1 bis 3),

2. Beratungsbesuche (§ 49 Absatz 5),
3. teilstationäre Pflege (§ 50),
4. Verhinderungspflege (§ 51),
5. Kurzzeitpflege (§ 52),
6. zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 53) sowie
7. Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes und die Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 54) und den pauschalen Zuschlag nach § 49 Absatz 6. Die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähigen Aufwendungen nach Maßgabe dieses Abschnittes dem Grunde nach beihilfefähig.

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

(3) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

(4) Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen und zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung sind nach Maßgabe der §§ 44 und 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

§ 49

Häusliche Pflege

(1) Bei häuslicher Pflege sind Aufwendungen für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne von § 14 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für die häusliche Betreuung im Sinne von § 124 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 und 4 und § 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig, soweit sie von geeigneten Pflegekräften erbracht werden. Geeignete Pflegekräfte sind solche, die

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

(2) Wird die häusliche Pflege durch andere geeignete Personen erbracht, wird anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 eine Pauschalbeihilfe bis zur Höhe der in § 37 Absatz 1 und § 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge gewährt. Sind die Voraussetzungen nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 und einer Kurzzeitpflege nach § 52 solange fortgewährt, wie die

private oder soziale Pflegeversicherung das Pflegegeld fortzahlt. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld ist auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen; § 6 Absatz 1 bleibt unberührt. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

(3) Erfolgt die häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt (Kombinationspflege). Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird. Anteilige Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 und einer Kurzzeitpflege nach § 52 in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe solange fortgewährt, wie die private oder soziale Pflegeversicherung das anteilige Pflegegeld fortzahlt. Pauschalbeihilfe wird ungekürzt für Aufwendungen von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.

(4) Übersteigen die notwendigen Pflegeaufwendungen bei der häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Absatz 1 die in den Absätzen 1 oder 3 genannten Höchstbeträge, sind die Aufwendungen in Pflegestufe I bis höchstens 20 Prozent, in Pflegestufe II bis höchstens 40 Prozent, in Pflegestufe III bis höchstens 60 Prozent und in Einzelfällen im Sinne von § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis höchstens 100 Prozent des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7a Stufe 5 beihilfefähig.

(5) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne von § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ohne Anrechnung auf die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Werden Beratungsbesuche nicht abgerufen und kürzt oder entzieht die private oder soziale Pflegeversicherung deshalb gemäß § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Pflegegeld, wird die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 im gleichen Umfang gekürzt oder nicht gewährt.

(6) Pflegebedürftige erhalten einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne des § 48 Absatz 1 sind oder ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne von § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei ihnen festgestellt wurde,
2. sie Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 oder § 53 beziehen,

3. eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehender pauschaler Zuschlag ist auf den pauschalen Zuschlag nach Satz 1 anzurechnen; § 6 Absatz 1 bleibt unberührt. § 38a Absatz 2 und § 122 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird der pauschale Zuschlag nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

§ 50

Teilstationäre Pflege

Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung einschließlich der Aufwendungen für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück sind bis zur Höhe der in § 41 Absatz 2 und § 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig. § 49 Absatz 4 gilt entsprechend.

§ 51

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

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

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

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

§ 52 Kurzzeitpflege

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

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

(3) § 42 Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 53 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

(1) Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat, höchstens jedoch bis zu den in § 45b Absatz 1 und 1a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträgen. Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Monat nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in die folgenden Monate des Kalenderjahres übertragen werden. Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(2) Aufwendungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Sinne des § 45c Absatz 3 und 3a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind zusätzlich neben Absatz 1 dem Grunde nach beihilfefähig, soweit die beihilfefähigen Höchstbeträge nach § 49 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft wurden. Beihilfefähig nach Satz 1 sind Aufwendungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 1 je Kalendermonat; sie mindern den Anspruch nach § 49 Absatz 1 entsprechend. Dies gilt im Rahmen der Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 entsprechend. § 49 Absatz 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Aufwendungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote höchstens bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 4 je Kalendermonat beihilfefähig sind. § 49 Absatz 5 gilt entsprechend.

§ 54

Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

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

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

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

§ 55

Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne von § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung entstehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 30 Beihilfe gewährt wird, und Aufwendungen für soziale Betreuung bis zu den in § 43 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Pauschalbeträgen. § 43 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 und 2 in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind entsprechend § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

(4) Die nach Abzug der pauschalierten Leistungen nach Absatz 1 und der Zusatzleistungen im Sinne von § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verbleibenden Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil des Einkommens nach Absatz 5 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent des Einkommens,

2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent des Einkommens
3. bei Beihilfeberechtigten ohne berücksichtigungsfähige Angehörige oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 60 Prozent des Einkommens.

(5) Einkommen im Sinne von Absatz 4 sind

1. die Dienstbezüge im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Sächsischen Besoldungsgesetzes ohne den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages gemäß § 42 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
 2. die Anwärterbezüge im Sinne von § 2 Absatz 2 Nummer 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
 3. der Altersteilzeitzuschlag gemäß § 83 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
 4. die Versorgungsbezüge im Sinne von § 3 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften mit Ausnahme
 - a) des Unfallausgleichs nach § 38 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes,
 - b) der Unfallentschädigung nach § 47 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes und
 - c) des Unterschiedsbetrages nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes,
 5. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt,
 6. der Zahlbetrag der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
 7. das Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit,
 8. die Einkünfte aus selbstständiger Arbeit und
 9. die Lohnersatzleistungen
- des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder Lebenspartners.

§ 56

Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

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

Abschnitt 7

Umfang der Beihilfe

§ 57

Bemessung der Beihilfe

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

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

1. Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes 50 Prozent,
2. Beihilfeberechtigte nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes mit Ausnahme von Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegatten und berücksichtigungsfähige Lebenspartner 70 Prozent,
4. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Aufwendungen des Beihilfeberechtigten nach Absatz 2 Nummer 1 70 Prozent; er vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn nach dem 31. Dezember 2012 zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent; § 3 Absatz 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn eine vergleichbare Beihilfeberechtigung aufgrund anderer Rechtsvorschriften besteht.

(4) Der Bemessungssatz für Aufwendungen entpflichteter Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 3 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustünde. Wäre ein Beihilfeberechtigter nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Sächsischen Beamtengesetzes bei einem Beihilfeberechtigten ohne Anwendung des § 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes als Angehöriger berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für seine Aufwendungen als Ehegatte oder Lebenspartner 70 Prozent und als Kind 80 Prozent.

(5) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent. Soweit die erstattungsfähigen Aufwendungen die jeweiligen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, sind die Absätze 2 bis 4 und 8 anzuwenden.

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

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

(8) In den Fällen des § 55 Absatz 4 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden erstattungsfähigen Aufwendungen auf 100 Prozent.

(9) Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach § 48 Absatz 3 und den §§ 49 bis 56 auf 100 Prozent, wenn eine Pflegestufe vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. Beschränkt sich die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung in den Fällen des Satzes 1 lediglich auf das Pflegegeld im Sinne von § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung auf die Beihilfe anzurechnen ist.

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

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

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

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

§ 58

Begrenzung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, unberücksichtigt.

(2) Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Prozentsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Prozentsatz von dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.

§ 59

Eigenbeteiligungen

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

1. berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen,
2. Versorgungsempfänger mit Versorgungsbezügen bis zur Höhe des um 10 Prozent erhöhten Mindestruhegehaltes gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes unter Berücksichtigung des Familienzuschlages der Stufe 1 nach § 55 Absatz 1 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes in Verbindung mit § 42 Absatz 1 des Sächsischen Besoldungsgesetzes,
3. Personen, die Leistungen nach § 55 Absatz 4 erhalten und
4. Schwangere.

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

(3) Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Spendern nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen. Eine Eigenbeteiligung nach Absatz 2 ist bei Spendern nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen, soweit diese Aufwendungen vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind.

§ 60

Selbstbehalt

(1) Die festgesetzte Beihilfe ist für jedes Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen entstanden sind, um einen Selbstbehalt von 40 Euro zu kürzen. Der Selbstbehalt entfällt für Aufwendungen

1. des sich in Elternzeit befindenden Beihilfeberechtigten und dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 80 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Beamtengesetzes),
 2. bei Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (Abschnitt 4),
 3. im Rahmen der Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung (§ 44 Absatz 1),
 4. des Spenders (§ 47 Absatz 4) und
 5. in Fällen dauernder Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 6).
- Auf die Geburtspauschale (§ 44 Absatz 4) ist Satz 1 ebenfalls nicht anzuwenden.

(2) Der Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 entfällt weiterhin für Beihilfeberechtigte, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und für beihilfeberechtigte Waisen.

(3) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Absatz 2 genannten Dienstherrn, ist der beim bisherigen Dienstherrn geleistete Selbstbehalt nach Absatz 1 Satz 1 in voller Höhe zu berücksichtigen.

§ 61
Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind Minderungsbeträge nach § 32 Absatz 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 von den beihilfefähigen Aufwendungen und der Selbstbehalt nach § 60 von der festgesetzten Beihilfe bis zum Ende des Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, wenn die Belastungsgrenze überschritten ist. Dabei sind die Beträge nur insoweit zu berücksichtigen als sie zu einer Minderung des zu erstattenden Betrages führen würden. Die Abzugsbeträge für die Eigenbeteiligungen gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht; die Abzugsbeträge für den Selbstbehalt sind für Aufwendungen des laufenden Kalenderjahres zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent des Gesamtbetrages der Einkünfte des Beihilfeberechtigten im Sinne von § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes.

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

1. es liegt eine Pflegebedürftigkeit mindestens der Pflegestufe II nach dem Zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor,
2. es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 Prozent vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss, oder
3. es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

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

(4) Wechselt ein Beihilfeberechtigter innerhalb eines Kalenderjahres zu einem anderen der in § 1 Absatz 2 genannten Dienstherrn, sind die beim bisherigen Dienstherrn in Abzug gebrachten Eigenbeteiligungen und der Selbstbehalt bei der Ermittlung der Belastungsgrenze beim neuen Dienstherrn zu berücksichtigen.

Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften

§ 62
Verfahren

(1) Die Beihilfe muss vom Beihilfeberechtigten schriftlich oder elektronisch bei der zuständigen Festsetzungsstelle beantragt werden. Hierfür sind im staatlichen Bereich die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formulare nach den Anlagen 8 bis 10 zu verwenden. Zulässig sind auch entsprechende Formulare der elektronischen Datenverarbeitung. Wenn die Festsetzungsstelle es zulässt, können bei einem elektronischen Beihilfeantrag die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann bei elektronischer Beantragung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.

(2) Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit in dieser Verordnung hierzu nichts anderes bestimmt ist. Für den Nachweis sind Zweitschriften oder Kopien der Belege ausreichend.

(3) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten zulässig. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Rabatte aus Arzneimittelverordnungen nach § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das durch Artikel 3a des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108, 3111) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, benötigt werden, werden diese einbehalten. Die übrigen, in Papierform zugegangenen Belege werden an den Beihilfeberechtigten nach Festsetzung der Beihilfe zurückgesandt. Erstellt die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen, werden die übersandten Belege vernichtet, soweit diese nicht zurückgesandt werden.

(4) Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im staatlichen Bereich auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf das Konto nach Satz 1 gezahlt werden. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in Ausnahmefällen auf Antrag des Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen. Auf Antrag des Beihilfeberechtigten kann die Festsetzungsstelle Abschlagszahlungen leisten.

(5) Nimmt der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger notwendige stationäre Leistungen nach den §§ 20 und 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 oder § 55 im Inland für eine voraussichtliche oder tatsächliche Dauer von mindestens drei Tagen in Anspruch, kann der Beihilfeberechtigte den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Ein nach § 60 anfallender Selbstbehalt ist von der Beihilfe des nächsten Beihilfeantrages abzuziehen.

(6) Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Beihilfeberechtigten die Beihilfe für bei ihnen entstandene Aufwendungen selbst beantragen. Satz 1 gilt entsprechend bei Aufwendungen für Kinder des Antragstellers, sofern diese beim Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig

sind. Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das vom Antragsteller angegebene Konto.

(7) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der beantragten Aufwendungen, über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 und die Zuordnung zu einer Pflegestufe im Sinne von § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu Gutachten oder Stellungnahmen eines Amts- oder Vertrauensarztes oder sonstiger geeigneter Sachverständiger einholen. In Pflegefällen nach Abschnitt 6 sollen der Entscheidung die für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellten Gutachten zu Grunde gelegt werden. Der Beihilfeberechtigte ist bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen und der Angemessenheit und Notwendigkeit der Aufwendungen zur Mitwirkung verpflichtet, soweit es für ihn zumutbar ist.

(8) Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen an einen Sachverständigen übermittelt werden. Ist eine Mitwirkung des Betroffenen an der Begutachtung nicht erforderlich, sind die personenbezogenen Daten vor der Übermittlung so zu verändern, dass der Sachverständige einen Personenbezug nicht herstellen kann.

(9) Soweit ein Beleg über Aufwendungen im Ausland inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für einen Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen nach billigem Ermessen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der im Wesentlichen erbrachten Leistungen vorlegt. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfegewährung von der Vorlage einer Übersetzung der Belege abhängig machen.

§ 63 Antragsfrist

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

§ 64

Verwaltungsvorschriften

Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Abschnitt 9

Übergangsvorschriften

§ 65

Übergangsvorschriften

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

(2) Die im Sommersemester 2006 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschriebenen Kinder des Beihilfeberechtigten gelten für die Dauer des Studiums als berücksichtigungsfähige Angehörige, wenn und solange die in § 32 Absatz 4 und 5 des Einkommensteuergesetzes, in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung, oder die in § 2 Absatz 2 und 3 des Bundeskindergeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 2005 (BGBl. I S. 458), das durch Artikel 4 des Gesetzes vom 24. März 2006 (BGBl. I S. 558, 560) geändert worden ist, in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung, genannten Voraussetzungen für den Kindergeldbezug gegeben sind. Die Fortgeltung der Berücksichtigungsfähigkeit wirkt sich nicht erhöhend auf den Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten aus.

(3) Bei schwerwiegend chronisch Kranken, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung von Eigenbeteiligungen befreit waren und die sich wegen dieser Krankheit weiterhin in Behandlung befinden, sind abweichend von § 61 bis zum 31. Dezember 2015 keine Eigenbeteiligungen nach § 59 und kein Selbstbehalt nach § 60 abzuziehen.

Anlage 1

(zu § 4 Absatz 4 Satz 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:
 - A
 - a) Ab- und Ausleitungsverfahren (zum Beispiel Aderlass, Biersche Stauung, Bluteigeltherapie, Setzen von Cantharidenblasen oder Fontanellen, Schröpfen, Anwendung großer Saugapparate, Anwendung von Pustulantien, Skarifikation der Haut)
 - b) Antioxidative Therapie
 - c) Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne, akustische Neuromodulation zur Tinnitusbehandlung)
 - d) Atlastherapie nach Arlen
 - e) Autohomologe Immuntherapien (zum Beispiel ACTI-Cell-Therapie)
 - f) Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
 - g) Ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
 - B
 - a) Bachblütentherapie
 - b) Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
 - c) Biophotonen-Therapie
 - d) Bioresonatorentests
 - e) Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
 - f) Bogomoletz-Serum
 - g) Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomeulosis) nach Prof. Barraquer
 - h) Bruchheilung ohne Operation durch biologische Injektionsbehandlung
 - C
 - a) Chelat-Therapie
 - b) Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
 - c) Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (zum Beispiel Visuelle Restitutionstherapie [VRT])
 - d) Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED, DRX 9000, Accu-SPINA)
 - e) Cytotoxologische Lebensmitteltests
 - D

DermaDyne-Therapie (DermaDyne-Lichtimpfung)
 - E
 - a) Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
 - b) Elektro-Neural-Diagnostik
 - c) Epidurale Wirbelsäulen-Kathedertechnik nach Prof. Racz
 - d) Ernährungstherapie nach Dr. Fratzer/Dr. Hebener
 - F

Frischzellentherapie
 - G
 - a) Galvanotherapie einschließlich Electro-Cancer-Therapie (ECT)
 - b) Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik [BFD], Mora-Therapie, Matrix-Rhythmus-Therapie)
 - c) Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität
 - H
 - a) Heileurhythmie
 - b) Höhenflüge (zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung)
 - I
 - a) Immuno-augmentative Therapie (IAT)
 - b) Immunseren (Serocytol-Präparate)
 - c) Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)
 - K
 - a) Kariesdetektor-Behandlung
 - b) Kinesiologische Behandlung
 - c) Kirlian-Fotografie
 - d) Kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)
 - e) Konduktive Förderung nach Petö
 - L
 - a) Laser-Behandlung im Bereich der Physikalischen Therapie
 - b) Liposuktion bei Lipödem
 - M

Modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin, Orthokin-Therapie) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
 - N
 - a) Neuraltherapie nach Huneke
 - b) Neurotopische Diagnostik und Therapie
 - c) Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

- O
Osmotische Entwässerungstherapie
- P
a) Psycotron-Therapie
b) Pulsierende Signaltherapie (PST)
c) Pyramidenenergiebestrahlung
- R
a) Radiale Stoßwellentherapie
b) Regeneresen-Therapie
c) Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
d) Rolfing-Behandlung
- S
a) Schwingfeld-Therapie
b) Stammzellentherapie nach Dr. Toft
- T
a) Thermoregulationsdiagnostik
b) Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
c) Trockenzellentherapie
- V
a) Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
b) Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- Z
Zellmilieu-Therapie
2. Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig:
- a) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung; Implantation von Intraokularlinsen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillengläser oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- b) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen oder schmerztherapeutischen Bereich
Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung verkalkender Sehnenerkrankungen (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporn (Fasziitis plantaris) oder der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillesdynamie). Beihilfefähig sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge, insbesondere nach Nummer 445 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ, sind nicht beihilfefähig.
- c) Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- d) Hyperthermiebehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.
- e) Klimakammerbehandlungen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- f) Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel mit Aludrin.
- g) Magnetfeldtherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen, bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.
- h) Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- i) Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 der Anlage 3 zugeordnet.

Anlage 2
(zu § 9)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
1–8	Allgemeine Leistungen	
1	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50
2.1	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00
2.2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Die Aufwendungen für die Leistungen nach der Nummer 2.1 oder 2.2 sind innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal beihilfefähig.</i>	35,00
3	Kurze Information, auch telefonisch, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung je Inanspruchnahme des Heilpraktikers	3,00
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 4 sind nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50
5	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung	9,00
6	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00
7	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, zwischen 20 und 7 Uhr (bei Nacht)	18,00
8	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, an Sonn- und Feiertagen <i>Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Die Aufwendungen nach den Nummern 6 bis 8 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso sind die erhöhten Aufwendungen für Sonn- und Feiertage nur beihilfefähig, wenn der Heilpraktiker nicht gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00
9	Hausbesuch einschließlich Beratung	
9.1	bei Tag	24,00
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00
9.3	bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen	29,00
10	Nebengebühren für Hausbesuche	
10.1	Für jede angefangene Stunde bei Tag von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00
10.2	Für jede angefangene Stunde bei Nacht von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00
10.5	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Tag von über 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00
10.6	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Nacht von über 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so sind für die ersten 25 Kilometer die Nummern 10.5 oder 10.6 anzuwenden und ab dem 26. Kilometer je Kilometer an Reisekosten beihilfefähig <i>Beihilfefähig sind nur die Wegkilometer des jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweges. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so sind auch an Stelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten des Heilpraktikers beihilfefähig sowie der Zeitaufwand je Stunde Reisezeit in Höhe von	16,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	5,00
11.2	a) Ausführlicher Krankheits- und Befundbericht oder Gutachten (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00
	b) Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen	
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Die Aufwendungen für die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht beihilfefähig.</i>	3,00
12.2	Harnuntersuchung quantitativ <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn angegeben ist, auf welchen Stoff untersucht wurde (zum Beispiel: Zucker).</i>	4,00
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00
12.7	Blutstatus <i>Die Aufwendungen sind nicht neben den Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 12.9, 12.10 oder 12.11 beihilfefähig.</i>	10,00
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutaussstriches	6,00
12.11	Zählung der Erythro-, Leuko- und Thrombozythen	
	a) mindestens eines der genannten Parameter: Erythrozytenzahl, Hämatokrit, Hämoglobin, mittleres Zellvolumen (MCV) einschließlich der errechneten Kenngröße (zum Beispiel MCH, MCHC) und der Erythrozytenverteilungskurve, Leukozytenzahl und Thrombozytenzahl.	3,00
	b) Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	3,00
12.13	Einfache mikroskopische oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld je Untersuchung <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.</i>	6,00
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen je nach Umfang je Einzeluntersuchung <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.</i>	7,00
13	Sonstige Untersuchungen	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach von Brehmer, Enderlein <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.</i>	6,00
14	Spezielle Untersuchungen	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.1 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.2 beihilfefähig.</i>	8,00
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.2 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.1 beihilfefähig.</i>	8,00
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.3 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.</i>	5,00
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.9 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.</i>	8,00
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- oder Strömungsmessungen	9,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
17	Neurologische Untersuchungen	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00
18–23	Spezielle Behandlungen	
20	Atemtherapie, Massagen	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00
20.2	Nervenzpunktmassage zum Beispiel nach Cornelius und Aurelius, Spezialnervenzpunktmassage	6,00
20.3	Bindegewebsmassage	6,00
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00
20.5	Großmassage	6,00
20.6	Sondermassagen	
	a) Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00
	b) Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periotmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	c) Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlggerät	6,00
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00
21	Akupunktur	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00
22	Inhalationen	
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00
24–30	Blutentnahme – Injektionen – Infusionen	
24	Eigenblut	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00
25	Injektionen, Infusionen <i>Die Aufwendungen für die bei Infusionen eingebrachten Arzneimittel sind nach Maßgabe des § 22 beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Präparate müssen angegeben sein.</i>	
25.1	Injektion, subkutan	5,00
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) je Sitzung	7,00
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50
25.7	Infusion	8,00
25.8	Dauertropfinfusion	12,50
26	Blutentnahmen	
26.1	Blutentnahme	3,00
27	(weggefallen)	
28	Infiltrationen	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00
29	Roedersches Verfahren	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00
30	Sonstiges	
30.1	Spülung des Ohres	5,00
31–33	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes	
31	Abszesse, Akne	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00
31.2	Entfernung von Aknepusteln je Sitzung	8,00
32	Versorgung einer frischen Wunde	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00
33.2	Elastische Stütz- oder Pflasterverbände	7,00
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Die Aufwendungen für die für den Verband verbrauchten Materialien sind in Höhe der nachweisbaren Kosten beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Materialien müssen angegeben sein.</i>	10,00
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Die Aufwendungen sind nur einmal je Sitzung beihilfefähig.</i>	19,00
35	Osteopathische Behandlung	
35.1	des Unterkiefers	11,00
35.2	des Schultergelenkes oder der Wirbelsäule	21,00
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes oder der Fußgelenke	21,00
35.4	des Schlüsselbeins oder der Kniegelenke	12,00
35.5	des Daumens	10,00
35.6	einzelner Finger oder Zehen	10,00
36–39	Hydro- und Elektrotherapie	
36	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen <i>Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00
36.4	Kneippsche Güsse	4,00
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder <i>Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00
38	Spezialpackungen <i>Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00
38.4	Kneippsche Wickel- oder Ganzpackungen, Prießnitz- oder Schlenzpackungen	3,00
39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00
39.4	Faradisation, Galvanisation oder verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00
39.7	Verschörfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- oder Mikrowellenbehandlung	3,00
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	4,00
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Anlage 3

(zu § 26 Absatz 2 und 5)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
I. Inhalationen¹		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ² (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ² auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ² auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen), auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen ²	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40
14	Gerätegestützte Krankengymnastik einschließlich Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT) ³ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
15	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschlinge)	5,20
16	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²	13,80
18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁴	8,70
19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
31	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	9,80 6,70
32	Eisteilbad	9,80
33	Heißluftbehandlung ⁵ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
34	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20
35	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
37	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
38	Iontophorese	6,20
39	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
40	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
VII. Lichttherapie		
41	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁵ a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10 2,60
42	a) Reizbehandlung ⁵ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung ⁵ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 5,20
43	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
45	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall c) Ausführlicher Bericht	31,70 49,60 11,80
46	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 41,50 52,20
47	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	14,90 17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
48	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
49	Einzelbehandlung a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 41,50 54,80
50	Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
51	Gruppenbehandlung a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	14,40 28,70

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
X. Podologische Therapie		
52	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
53	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
54	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
55	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
56	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	26,10
57	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	14,50
58	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
59	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der Nummer 58 abrechenbar), je Person	3,50
XI. Sonstiges		
60	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
61	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
	<i>Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 60 und 61 nur anteilig je Patient ansetzbar.</i>	

¹ Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

² Neben den Leistungen der Nummern 4 bis 6 sind Leistungen der Nummern 10 oder 17 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

³ Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 oder 17 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

⁴ Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.

⁵ Die Leistungen der Nummern 33, 41, 42 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

Anlage 4

(zu § 39 Absatz 2 und 5)

Kurortverzeichnis Teil A Inland

1. Verzeichnis

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
A			
Aachen	52066 Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062 Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433 Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077 Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419 Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043 Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680 Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707 Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773 Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626 Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454 Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326 Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B			
Baden-Baden	76530 Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichten- tal, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410 Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270 Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort, Heilklimatischer Kurort
Baltrum	26579 Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429 Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435 Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410 Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bay- reuth	Heilquellen-Kurbetrieb
Bayrischzell	83735 Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624 Bederkesa	G	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Bellingen	79415 Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806 Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455 Bad Bentheim	Bad Bentheim	Mineralheilbad
Berchtesgaden	83471 Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887 Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimati- scher Kurort
Berka	99438 Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319 Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460 Bad Berneck i. Fichtel- gebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschen- rangen, Rödlasberg, Warme- leithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470 Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864 Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660 Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549 Bad Bevensen	Bad Bevensen	Jod-Sole-Bad
Biberach	88400 Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364 Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493 Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483 Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889 Blankenburg, Harz	G	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Blieskastel	66440 Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautz- kirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708 Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249 Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389 Bad Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087 Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Boltenhagen	23944 Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154 Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757 Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648 Bad Brambach	Bad Brambach	Mineralheilbad
Bramstedt	24576 Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Breisig	53498 Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929 Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenaue	97769 Bad Brückenaue	G – sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422 Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-)Heilbad
Buckow	15377 Buckow	G – ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257 Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761 Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659 Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769 Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
C			
Camberg	65520 Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663 Bad Colberg-Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478 Cuxhaven	Duhnen, Döse, Grimmershörn	Nordseeheilbad
D			
Dahme	23747 Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351 Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550 Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimati- scher Kurort
Detmold	32760 Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582 Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342 Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335 Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209 Bad Doberan	Bad Doberan Heiligendamm	(Moor-)Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014 Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849 Bad Düben	Bad Düben	(Moor-)Heilbad
Dürkheim	67098 Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073 Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimati- scher Kurort
E			
Ehlscheid	56581 Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707 Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Elster	04645 Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
Ems	56130 Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Ernstal	34308 Bad Ernstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080 Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093 Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597 Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422 Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Essen	49152 Bad Essen	Bad Essen	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Eutin	23701 Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F			
Feilnbach	83075 Bad Feilnbach	G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898 Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538 Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567 Bad Frankenhausen	K	Soleheilbad
Freiburg	79098 Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259 Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250 Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718 Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629 Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	94072 Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Eggfling a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Saferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thallau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
G			
Gaggenau	76571 Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581 Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Soleheilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467 Garmisch-Partenkirchen	G – ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395 Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129 Gersfeld	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075 Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960 Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586 Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644 Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba-Berggießhübel	01816/01819 Bad Gottleuba-Berggießhübel	Bad Gottleuba Berggießhübel	Moorheilbad Kneippkurort
Graal-Müritz	18181 Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689 Grasellenbach	K	Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086 Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal, Weghof	Heilbad
Grömitz	23743 Grömitz	Grömitz	Seeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Grönenbach	87728 Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, In der Tarrast, Egg, Gemein- schwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Nie- derholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775 Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539 Bad Grund	Bad Grund	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
H			
Haffkrug-Scharbeutz	23683 Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401 Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	38667 Bad Harzburg	K	Soleheilbad
Heilbrunn	83670 Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindl- schmiede, Schönau, Unterbu- chen, Unterenzenau, Unter- steinbach, Voglherd, Weiher- weber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774 Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308 Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498 Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358 Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17442 Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-)Heil- bad
Herrenalb	76332 Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251 Bad Hersfeld	K	Heilbad
Hille	32479 Hille	Rothenuffeln	Kurmittelbetrieb (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541 Bad Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hin- terstein, Liebenstein, Ober- joch, Reckenberg, Riedle, Un- terjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimati- scher Kurort
Hinterzarten	79856 Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Hitzacker	29456 Hitzacker	Hitzacker	Kneippkurort
Höchenschwand	79862 Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557 Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671 Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321 Hohwacht	G	Seeheilbad
Homburg	61348 Bad Homburg	K	Heilbad
Horn	32805 Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I			
Iburg	49186 Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippkurort
Isny	88316 Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J			
Juist	26571 Juist	G	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
K			
Karlshafen	34385 Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117 Kassel	Wilhelmshöhe	Heilbad und Kneippheilbad
Kellenhusen	23746 Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688 Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639 Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732 Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126 Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631 Bad Königshofen i. Grabfeld	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462 Königstein	K und Falkenstein	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628 Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzing	91444 Bad Kötzing	Stadtteil Kötzing	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433 Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708 Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543 Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189 Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381 Krumbach (Schwaben)	B – Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L			
Laasphe	57334 Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196 Bad Laer	G	Soleheilbad
Langensalza	99947 Bad Langensalza	K	Schwefe-Sole-Heilbad
Langeoog	26465 Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651 Bad Lausick	Bad Lausick	Heilbad
Lauterberg	37431 Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853 Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448 Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924 Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378 Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678 Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175 Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556 Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356 Lobenstein	K	Moorheilbad
Ludwigsburg	71638 Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
M			
Malente	23714 Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531 Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470 Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487 Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666 Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980 Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mettlach	66693 Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
Mölln	23879 Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116 Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Münder	32848 Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583 Bad Münster am Stein-Eberburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902 Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418 Murnau a. Staffelsee	B – Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953 Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N			
Nauheim	61231 Bad Nauheim	K	Heilbad und Kneippkurort
Naumburg	34309 Naumburg	K	Kneippheilbad
Nenndorf	31542 Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Moorheilbad, Mineralheilbad
Neualbenreuth	95698 Neualbenreuth	B – Badehaus Maiersreuth/Sibyllenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386 Neubulach	Neubulach	Heilstollen-Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427 Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626 Neukirchen	K	Kneippheilbad
Neustadt/D	93333 Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616 Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667 Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620 Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946 Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norden	26506 Norden	Norddeich	Nordseeheilbad
Norderney	26548 Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845 Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588 Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O			
Oberstausen	87534 Oberstausen	G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561 Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545 Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939 Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619 Bad Orb	K	Heilbad
Ottobeuren	87724 Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466 Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P			
Pellworm	25847 Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469 Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740 Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457 Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	32361 Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209 Prien a. Chiemsee	G – ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812 Bad Pyrmont	K	Moorheilbad, Mineralheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
R			
Radolfzell	78315 Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486 Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappennau	74906 Bad Rappennau	Bad Rappennau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	83435 Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580 Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579 Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776 Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476 Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214 Bad Rothenfelde	G	Soleheilbad
Rottach-Egern	83700 Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S			
Saarow	15526 Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441 Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713 Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162 Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Soleheilbad, Moorheilbad
Salzgitter	38259 Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364 Bad Salzschlirf	K	Heilbad
Salzuffen	32105 Bad Salzuffen	Bad Salzuffen	Heilbad
Salzungen	36433 Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887 Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505 Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348 Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814 Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ost- rau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683 Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175 Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816 Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388 Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937 Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301 Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859 Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392 Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905 Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömberg	75328 Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471 Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217 Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
Schönborn	76669 Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624 Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141 Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427 Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
Schwalbach	65307 Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645 Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611 Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795 Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313 Siegsdorf	B – Adelholzener Primusquelle	Heilquellen-Kurbetrieb
Sobernheim	55566 Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812 Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628 Bad Soden-Salmünster	K	Heilbad
Soltau	29614 Soltau	Soltau	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Sooden-Allendorf	37242 Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekerroog	26474 Spiekerroog	G	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
St. Blasien	79837 St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826 St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96226 Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138 Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714 Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173 Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Suderode	06507 Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334 Bad Sülze	G	(Moor- und Sole-)Heilbad
Sulza	99518 Bad Sulza	Bad Sulza	Soleheilbad
T			
Tabarz	99891 Tabarz	G	Kneippkurort
Tecklenburg	49545 Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684 Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385 Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268 Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955 Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Thyrnau	94136 Thyrnau	B – Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669 Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Nien- dorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822 Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682 Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646 Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfisch- bach	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841 Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570 Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757 Treuchtlingen	B – Altmühltherme, Lamber- tusbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Triberg	78098 Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U			
Überkingen	73337 Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662 Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574 Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V			
Vallendar	56179 Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Vilbel	61118 Bad Vilbel	K	Heilquellen-Kurbetrieb
Villingen-Schwenningen	78050 Villingen-Schwenning- gen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602 Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Val- dorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W			
Waldbronn	76337 Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Waldsee	88399 Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434 Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486 Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414 Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Waren (Müritz)	17192 Waren (Müritz)	G	Heilbad
Weiskirchen	66709 Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996 Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980 Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wiesbaden	65189 Wiesbaden	K	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Wiesbaden	09488 Thermalbad Wiesbaden	Thermalbad Wiesbaden	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707 Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323 Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537 Bad Wildungen	a) K	Heilbad
Willingen	34508 Willingen (Upland)	b) Reinhardshausen	Heilquellen-Kurbetrieb
		a) K	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336 Bad Wilsnack	b) Usseln	Heilklimatischer Kurort
	74206 Bad Wimpfen	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206 Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-)Heilbad
Windsheim	91438 Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955 Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946 Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825 Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364 Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429 Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wünnenberg	33181 Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410 Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wyk a. F.	25938 Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
Z			
Zingst	18374 Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596 Bad Zwesten	K	Heilbad und Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160 Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Moorheilbad

* B = Einzelkurbetrieb
G = gesamtes Gemeindegebiet
K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Kurorte (Ortsteile),

die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Angering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach

Kurort ohne Zusatz „Bad“**aufgeführt bei****B**

Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Berg	Stuttgart
Berggießhübel	Gottleuba
Bernwies	Heilbrunn
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn

C

Cannstadt	Stuttgart
-----------	-----------

D

Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Döse	Cuxhafen
Dürmöd	Füssing
Duhnen	Cuxhafen

E

Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenua
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Egglfing a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eittlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen

F

Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg

G

Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn

Kurort ohne Zusatz „Bad“**aufgeführt bei**

Grafschaft	Schmallenberg
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Grimmershörn	Cuxhafen
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kornhoven	Grönenbach
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krippen	Schandau
Krumbad	Krumbach
Krummsee	Malente
Kueser Plateau	Bernkastel-Kues
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
L	
Lambertusbad	Treuchtlingen
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunn
M	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Markt Zeitlofs	Brückenau
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Norddeich	Norden
O	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Orscholz	Mettlach
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reindschmiede	Heilbrunn
Reinhardshausen	Wildungen
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzburg	Neustadt a. d. Saale
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sibyllenbad	Neualbenreuth
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Warmbad	Wolkenstein

Kurort ohne Zusatz „Bad“**aufgeführt bei**

Warmeithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weierweber	Heilbrunn
Westerkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenua
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklam	Füssing

Teil B Ausland

1. Europäische Union

Land	Ort
Bulgarien	Seebad Goldstrand
England	Bath
Frankreich	Aix-les-Bains Amélie-les-Bains Cambo-les-Bains Dax La Roche-Posay
Italien	Abano Terme Galzignano Ischia Montegrotto
Lettland	Jūrmala
Litauen	Druskininkai
Österreich	Badgastein Bad Hall in Tirol Bad Hofgastein Bad Schönau Bad Waltersdorf Gröbming-Mitterberg Oberlaa
Polen	Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj Kolberg / Kolobrzeg Swinemünde Ortsteil Usedom Ustronie Morskie
Rumänien	Bad Felix / Baile Felix
Slowakei	Bojnice / Weinitz Piestany Turcianske Teplice
Spanien	Archena (Murcia)
Tschechien	Bad Belohrad / Lazne Belohrad Bad Joachimsthal / Jachymov Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach Franzensbad / Frantiskovy Lazne Freiwaldau / Lazne Jesenik Johannisbad / Janske Lazne Karlsbad / Karlovy Vary Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne Luhacovice Marienbad / Marianske Lazne

Land	Ort
Ungarn	Bad Heviz Bad Zalakaros Bük Hajduszoboszlo Komarom Sarvar

2. Außerhalb der Europäischen Union

Region	Land	Ort
Totes Meer	Israel	En Bokek (Ein Boqeq) Sedom
	Jordanien	Sweimeh (Salt Land Village)

Anlage 5

(zu § 41 Absatz 4)

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

Die Maßnahmen nach § 41 Absatz 4 können von gesunden und erkrankten Ratsuchenden direkt in Anspruch genommen werden, wenn zuvor das Vorliegen der Einschlusskriterien (Familienkonstellationen mit einer empirischen Mutationswahrscheinlichkeit ≥ 10 Prozent) geklärt wurde. Die entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung sind in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig:

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Einmalige Pauschale in Höhe von 900 Euro je Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder. Die Kosten werden der Ratsuchenden zugeordnet.

2. Genanalyse

- a) Einmalige Pauschale in Höhe von 5 900 Euro für eine an Brust- oder Eierstockkrebs Erkrankte (Indexfall).
- b) Einmalige Pauschale in Höhe von 360 Euro, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.

Die Genanalyse nach Nummer 2 Buchstabe a wird bei den Indexfällen durchgeführt. Im Fall einer gesunden Ratsuchenden wird die an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankte Verwandte untersucht, wenn nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung erfolgt ist. Bei dieser Genanalyse handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest zur Feststellung weitergehender Therapieansätze bei der erkrankten Patientin, dessen Kosten dieser zugerechnet werden. Wenn aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Patientin abgeleitet werden können oder wenn sie eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, wird die Genanalyse als sogenannter prädikativer Gentest der gesunden Ratsuchenden zugeordnet. Das Vorliegen einer solchen Voraussetzung ist durch schriftliche ärztliche Stellungnahme oder durch schriftliche Dokumentation der Ablehnung nachzuweisen.

3. Früherkennungsmaßnahmen

Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von 580 Euro einmal je Kalenderjahr.

4. Präventive Operationen

Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.

Anlage 6

(zu § 44 Absatz 2)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil A Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung		
1	<p>Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmediums</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 1 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölf Mal beihilfefähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den Nummern 2 bis 5 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 1 ist an demselben Tag nur dann mehr als einmal beihilfefähig, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in diesem Fall in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.</i></p>	12,31
2	<p>Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis zu 90 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten beihilfefähig. Die Absicht der Schwangeren, zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zu gebären, ist zu dokumentieren.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 4, 5, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.</i></p>	15,89
3	<p>Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), die zuletzt am 19. Februar 2015 (BAnz. AT 4. Mai 2015 B3) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung</p> <p><i>Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen: Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 3 ist beihilfefähig</i></p> <p><i>a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,</i></p> <p><i>b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 3 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde.</i></p>	47,57

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
4	<p>Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass und Befundübermittlung</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 4 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf in Hebammenbetreuung (Nummer 3 Satz 2 Buchstabe b) befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 4 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde.</i></p>	12,11
5	<p>Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten</p> <p><i>Dauert die Leistung nach Nummer 5 länger als 3 Stunden, so ist die Notwendigkeit der über 3 Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</i></p>	31,84
5.1	<p>Nummer 5 mit allgemeinem Zuschlag</p> <p><i>Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i></p>	38,20
6	<p>Kardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Mutterschafts-Richtlinien einschließlich Dokumentation im Mutterpass</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 6 ist je Tag höchstens zwei Mal beihilfefähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.</i></p>	13,61
7	<p>Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 7 umfasst insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.</i></p>	12,24
8	<p>Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung für höchstens 28 Unterrichtseinheiten zu 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 8 umfasst insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.</i></p>	15,89
	<p>Teil B Geburtshilfe</p>	
	<p><i>(1) Die Leistungen nach den Nummern 9 bis 13 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu 8 Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Gesondert beihilfefähig sind gegebenenfalls Leistungen nach den Nummern 14, 15, 24 und 25. Eine abgebrochene außerklinische Geburt nach der Nummer 16 und eine Beleggeburt nach der Nummer 9 sind nebeneinander beihilfefähig, wenn die Hebamme, die die Geburt außerklinisch betreut hat, diese in der Klinik als Beleggeburt beendet.</i></p> <p><i>(2) Die jeweilige Leistung nach diesem Teil ist auch dann beihilfefähig, wenn die Hebamme erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung von Mutter und Kind Hilfe leisten konnte.</i></p> <p><i>(3) Die Leistungen nach den Nummern 9 und 13 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.</i></p> <p><i>(4) Die Leistung nach Nummer 16 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu 5 Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.</i></p> <p><i>(5) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt der Geburt oder der Fehlgeburt, im Falle der Nummern 16 und 17 der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i></p>	

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
9	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	489,44
9.1	Nummer 9 mit allgemeinem Zuschlag	590,29
10	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	503,89
10.1	Nummer 10 mit allgemeinem Zuschlag	604,69
11	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	887,04
11.1	Nummer 11 mit allgemeinem Zuschlag	1 055,23
12	Hilfe bei einer Hausgeburt	1 128,24
12.1	Nummer 12 mit allgemeinem Zuschlag	1 325,81
13	Hilfe bei einer Fehlgeburt	338,98
13.1	Nummer 13 mit allgemeinem Zuschlag	406,76
14	Versorgung einer geburtshilfflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme eines Dammrisses III. oder IV. Grades	63,58
15	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	148,32
16	<p>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 16 als ambulante hebammenhilffliche Leistung ist in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt beihilfefähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abrechnen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist, begleitet oder dort als Beleggeburt beendet.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 16 als ambulante hebammenhilffliche Leistung ist auch in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen von Hebammen geleiteten Einrichtung beihilfefähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abrechnen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist, begleitet oder dort als Beleggeburt beendet.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 16 als Beleghebamme ist nur beihilfefähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus oder einer außerklinisch ärztlich geführten Einrichtung aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 16 als Beleghebamme ist von derselben Hebamme nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9 bis 12 beihilfefähig.</i></p>	366,08
16.1	Nummer 16 mit allgemeinem Zuschlag	439,31
17	<p>Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangenen 30 Minuten</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 17 ist bis zu einer Dauer von 4 Stunden beihilfefähig. Dies gilt entsprechend, wenn die außerklinisch begonnene Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 17 ist auch bei einer Geburt in einem Krankenhaus beihilfefähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.</i></p>	46,08
17.1	Nummer 17 mit allgemeinem Zuschlag	53,50

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil C Leistungen während des Wochenbetts		
<p>(1) Die Leistungen nach den Nummern 18 bis 23 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung sowie Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 24 und 25. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 18 bis 21, 23 und 25 sind auch nach einer Fehlgeburt sowie einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt beihilfefähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befindet.</p> <p>(2) Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt sind insgesamt bis zu 20 Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 und 23 beihilfefähig. Während des Aufenthalts in einer Klinik sind je Tag zwei Wochenbettbetreuungen beihilfefähig. Sind mehr als zwei Leistungen an einem Tag notwendig, ist hierfür eine ärztliche Anordnung erforderlich. Für die Betreuung außerhalb der Klinik gilt: Beginnend vom ersten Tag nach der Geburt verringert sich das beihilfefähige Kontingent um zwei Leistungen je vollendetem Tag des stationären Aufenthaltes der Schwangeren im Krankenhaus. Für die Überschreitung des verbleibenden Leistungskontingents ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.</p> <p>(3) Im Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 oder 23 beihilfefähig. Mehr als 16 dieser Leistungen sind in diesem Zeitraum nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.</p> <p>(4) Eine weitere Leistung an demselben Tag zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt nach den Nummern 18 bis 21 sowie 23 ist beihilfefähig bei Vorliegen insbesondere folgender Gründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, Gedeihstörung des Säuglings, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, Behinderung oder behandlungsbedürftige Krankheit der Mutter, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei aufsuchende Wochenbettbetreuungen nach den Nummern 18 bis 21 an demselben Tag sind nur beihilfefähig, wenn sie ärztlich angeordnet wurden.</p> <p>(5) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 sowie 23 nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation beihilfefähig.</p> <p>(6) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</p>		
18	Aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach der Geburt	59,17
18.1	Nummer 18 mit allgemeinem Zuschlag	70,92
19	Zuschlag zu Nummer 18 für die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach der Geburt	12,11
20	Wochenbettbetreuung in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	28,84
20.1	Nummer 20 mit allgemeinem Zuschlag	34,56
21	Wochenbettbetreuung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	48,08
21.1	Nummer 21 mit allgemeinem Zuschlag	57,67
22	Zuschlag für eine Wochenbettbetreuung nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Leistungen nach den Nummern 18 bis 21, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	19,71
23	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	10,80
24	<p>Erstuntersuchung des Kindes (U 1) einschließlich Eintragung der Befunde in das Kinder-Untersuchungsheft nach der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (BAnz. Nr. 214 vom 11. November 1976), die zuletzt am 16. Dezember 2010 (BAnz. 2011 S. 1013) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung</p> <p>Die Leistung nach Nummer 24 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.</p>	16,20

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
25	<p>Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien oder der Kinder-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 25 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (zum Beispiel Bilirubin-, Blutzucker-, ph-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 25 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.</i></p>	12,11
Teil D Sonstige Leistungen		
<p><i>Die Leistungen nach den Nummer 28 und 29 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt und insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum beihilfefähig.</i></p>		
26	<p>Überwachung, je angefangene 30 Minuten</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 26 ist bei der Überwachung der Mutter sowie des Kindes auf ärztliche Anordnung beihilfefähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 26 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i></p>	31,77
26.1	<p>Nummer 26 mit allgemeinem Zuschlag</p> <p><i>Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i></p>	38,12
27	<p>Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens 10 Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 27 ist nur beihilfefähig, wenn die Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.</i></p>	12,24
28	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings	57,19
28.1	<p>Nummer 28 mit allgemeinem Zuschlag</p> <p><i>Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i></p>	68,63
28.2	Zuschlag für die Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen bei Zwillingen und mehr Kindern zusätzlich zu Nummer 28 für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	19,71
29	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium	10,80
Teil E Wegegeld		
30	Wegegeld bei einer Entfernung von bis zu 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr	1,98
31	Wegegeld bei einer Entfernung von bis zu 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr	2,80
32	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,69
33	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,95
33.1	<p>Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, jeweils für die Hin- und Rückfahrt und unabhängig von der Entfernung zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung sowie der Tageszeit</p> <p><i>Die tatsächlich entstandenen Fahrtkosten bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sind beihilfefähig, wenn die entsprechenden Belege in Kopie der Rechnung beigelegt sind.</i></p>	2,47

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil F Materialien		
34	Materialpauschale für Vorsorgeuntersuchung als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale nach Nummer 34 ist neben der Pauschale nach Nummer 35 nicht beihilfefähig.</i>	2,83
35	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale der Nummer 35 ist neben der Pauschale nach Nummer 34 nicht beihilfefähig.</i>	2,08
36	Materialpauschale für Geburtshilfe im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt als ambulante hebammenhilfliche Leistung	52,36
37	Materialpauschale, zusätzlich zu Nummer 36, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen als ambulante hebammenhilfliche Leistung	39,00
38	Materialpauschale für aufsuchende Wochenbettbetreuung als ambulante hebammenhilfliche Leistung	25,76
38.1	Materialpauschale für Neugeborenen-Screening als ambulante hebammenhilfliche Leistung	2,97
39	Materialpauschale bei Beginn der aufsuchenden Wochenbettbetreuung später als vier Tage nach der Geburt als ambulante hebammenhilfliche Leistung	15,96
39.1	Materialpauschale für Fäden ziehen (Dammnaht) als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale ist maximal einmal neben den Nummern 38 oder 39 beihilfefähig. Die Pauschale nach Nummer 39.1 ist nicht neben der Pauschale nach Nummer 39.2 beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Mehrlingsgeburten.</i>	7,09
39.2	Materialpauschale für Fäden/Klammern entfernen (Sectionnaht) als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale ist maximal einmal neben den Nummern 38 oder 39 beihilfefähig. Die Pauschale nach der Nummer 39.2 ist nicht neben der Pauschale nach Nummer 39.1 beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Mehrlingsgeburten.</i>	5,54
40	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten <i>Die Leistung nach Nummer 40 umfasst auch die Kosten der Auswertung des Formblatts.</i>	8,83

Anlage 7

(zu § 45 Absatz 1)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung

Die für Maßnahmen nach § 45 Absatz 1 unter Berücksichtigung des § 4 Absatz 4 Satz 1 zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden sind unter folgenden Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 notwendig und es besteht nach Satz 1 Nummer 2 eine hinreichende Aussicht auf Herbeiführung einer Schwangerschaft:

	Behandlungsmethoden (§ 4 Absatz 4 Satz 1)	Indikationen (§ 45 Absatz 1 Nummer 1)	Begrenzung der Versuchszahlen (§ 45 Absatz 1 Nummer 2)
a)	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen	<ul style="list-style-type: none"> – Somatische Ursachen (zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastnose, Dyspareunie) – Gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion – Subfertilität des Mannes – Immunologisch bedingte Sterilität 	Höchstens acht Versuche
b)	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen	<ul style="list-style-type: none"> – Subfertilität des Mannes – Immunologisch bedingte Sterilität 	Höchstens drei Versuche
c)	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)	<ul style="list-style-type: none"> – Zustand nach Tubenamputation – Anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss – Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose – Idiopathische Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind – Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind – Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind 	Höchstens drei Versuche, wobei der dritte Versuch nur beihilfefähig ist, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.
d)	Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	<ul style="list-style-type: none"> – Anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose – Idiopathische Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind – Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind 	Höchstens zwei Versuche

	Behandlungsmethoden (§ 4 Absatz 4 Satz 1)	Indikationen (§ 45 Absatz 1 Nummer 1)	Begrenzung der Versuchszahlen (§ 45 Absatz 1 Nummer 2)																	
e)	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	<p>– Männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermio-gramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas folgende Grenzwerte – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten:</p> <table border="1" data-bbox="655 479 1007 801"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Merkmal</th> <th colspan="2">Indikationsbefund alternativ</th> </tr> <tr> <th>Nativ</th> <th>swim-up</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konzentration (Mio/ml)</td> <td>< 10</td> <td>< 5</td> </tr> <tr> <td>Gesamtmotilität (%)</td> <td>< 30</td> <td>< 50</td> </tr> <tr> <td>Progressivmotilität (WHO A in %)</td> <td>< 25</td> <td>< 40</td> </tr> <tr> <td>Normalformen (%)</td> <td>< 20</td> <td>< 20</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sind nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt, so ist das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität. Sofern diese unter 15 Prozent im Nativsperma oder unter 30 Prozent im swim-up-Test liegt, so liegt eine Indikation für die ICSI vor.</p>	Merkmal	Indikationsbefund alternativ		Nativ	swim-up	Konzentration (Mio/ml)	< 10	< 5	Gesamtmotilität (%)	< 30	< 50	Progressivmotilität (WHO A in %)	< 25	< 40	Normalformen (%)	< 20	< 20	Höchstens drei Versuche, wobei der dritte Versuch nur beihilfefähig ist, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.
Merkmal	Indikationsbefund alternativ																			
	Nativ	swim-up																		
Konzentration (Mio/ml)	< 10	< 5																		
Gesamtmotilität (%)	< 30	< 50																		
Progressivmotilität (WHO A in %)	< 25	< 40																		
Normalformen (%)	< 20	< 20																		

Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur IVF als auch zum GIFT vorliegt, sind die Maßnahmen nur alternativ beihilfefähig. IVF und ICSI sind aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ beihilfefähig. In den Fällen eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer IVF sind die Aufwendungen für die ICSI in höchstens zwei darauffolgenden Zyklen beihilfefähig, auch wenn die Voraussetzungen nach Buchstabe e nicht vorliegen. Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sogenannte Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

Bei der IVF gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. Bei der ICSI gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle erfolgt ist.

Anlage 8

(zu § 62 Absatz 1)

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) (Zwingend anzugeben!)
Anschrift		
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	Eingangsstempel

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
 Bezügestelle Dresden
 Referat 339/D – Beihilfe
 Postfach 10 06 55
 01076 Dresden

**Antrag auf
Gewährung von Beihilfe**

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 sowie 7 bis 14 zu beantworten. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

→ Anlage „Pflege“ ist beigefügt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

Langantrag Kurzantrag Anlage „Pflege“

1.	<p>Bei wiederholter Antragstellung:</p> <p>Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: Lebenspartner) oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nummer _____ <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.</p> <p>Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</p>																																								
2.	<p>Angaben zum Dienstverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter/Richter seit:</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages seit _____ Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">von</th> <th style="width: 33%;">bis</th> <th style="width: 33%;">Grund¹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>¹ Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 98 Absatz 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.</p>	von	bis	Grund ¹																																					
von	bis	Grund ¹																																							
3.	<p>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)</th> <th rowspan="2">Geburtsdatum</th> <th colspan="2">Wegfall</th> <th colspan="2">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>ab</th> <th>Ja</th> <th>ab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K1.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K2.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K3.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K4.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K5.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Wegfall		Wiederaufnahme		Ja	ab	Ja	ab	K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum			Wegfall		Wiederaufnahme																																			
		Ja	ab	Ja	ab																																				
K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					

<p>4. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen? Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!</p>	<p>Versicherte Person</p>	<p>Der Versicherungsschutz besteht seit</p>	<p>Private Krankenversicherung</p>			<p>Gesetzliche Krankenversicherung</p>			<p>Zusatzversicherung² Ja (Art bitte angeben)</p>	
			Normaltarif	Basistarif	Standardtarif	pfllicht-	freiwillig	familien-versichert bei		
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ehegatte (E)/ Lebenspartner (L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<p>² Zusatzversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen. Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1) _____</p>									
<p>5. Besteht für Sie oder einen Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, für</p>								<p><input type="checkbox"/> Nein</p>	
	Name, Vorname	Anspruch					Gegenüber wem? Ab wann?			
		<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und so weiter <input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamter								
<p>6. Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig? (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja (welche Person)</p>								<p><input type="checkbox"/> Nein</p>	
	Name, Vorname	Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet?					Ab wann?			

Bitte ab hier alle Fragen beantworten!			
7.	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?		
<input type="checkbox"/> Ja, für:		<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs
Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.			
8.	Werden Aufwendungen für den Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht?		
<input type="checkbox"/> Ja, für:		<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein
Vorname des Ehegatten/Lebenspartners und gegebenenfalls abweichender Familienname:			Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden	seit:
Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen – des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartners oder vergleichbare ausländische Einkünfte <u>im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung</u> 18 000 Euro? ³ (Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften <u>die Werbungskosten</u> abzusetzen.)			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Bitte Formblatt „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung ausfüllen und mit vorlegen!			
³ Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen ist für die Ermittlung der Einkünfte das Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung maßgebend.			
9.	Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis, bei dem eine Person einen Schaden erleidet.)		
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein
Unfalldatum:	<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall			
Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):			
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung beziehungsweise kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter.			
<input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen/Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):			<input type="checkbox"/> Nein

10.	<p>Sind Aufwendungen durch die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder durch Tätigkeit eines bei ihm abhängig beschäftigten Mitarbeiters, der nicht selbst liquidationsberechtigt ist, entstanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, folgende: <input type="checkbox"/> Nein</p>				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 2px;">Beleg(e) Nr(n).</td> <td style="padding: 2px;">Name des Behandlers beziehungsweise Liquidationsberechtigten:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Der Behandler/Liquidationsberechtigte ist:</td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Ehegatte (E)/Lebenspartner (L) der behandelten Person <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person <input type="checkbox"/> Kind der behandelten Person </td> </tr> </table>	Beleg(e) Nr(n).	Name des Behandlers beziehungsweise Liquidationsberechtigten:	Der Behandler/Liquidationsberechtigte ist:	<input type="checkbox"/> Ehegatte (E)/Lebenspartner (L) der behandelten Person <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person <input type="checkbox"/> Kind der behandelten Person
Beleg(e) Nr(n).	Name des Behandlers beziehungsweise Liquidationsberechtigten:				
Der Behandler/Liquidationsberechtigte ist:	<input type="checkbox"/> Ehegatte (E)/Lebenspartner (L) der behandelten Person <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person <input type="checkbox"/> Kind der behandelten Person				
	<p>Sind Sachkosten entstanden? Bitte Nachweis beifügen!</p>				
11.	<p>Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen! <input type="checkbox"/> Nein</p>				
12.	<p>Ich beantrage die Geburtspauschale</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> Nein</p>				
13.	<p>Auszahlung der Beihilfe</p> <p>Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten überwiesen. Eine Überweisung an einen Dritten ist nur im Ausnahmefall und unter Angabe von Gründen möglich. Gegebenenfalls Empfänger, Bankverbindung und Begründung auf einem gesonderten Blatt beifügen. Eine Auszahlung an mehrere Empfänger ist nicht möglich.</p>				
14.	<p>Erklärung</p> <p>Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.</p> <p>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ Euro</p> <p>Anzahl der beigefügten Belege: _____</p> <p>Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in Kopie vorlegen.</p>				
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%; border-top: 1px solid black; vertical-align: bottom;">Ort, Datum</td> <td style="width: 60%; border-top: 1px solid black; vertical-align: bottom;"> Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt </td> </tr> </table>	Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt		
Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt				

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom
Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, L = Lebenspartner, K = Kind	

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag				

Anlage 9

(zu § 62 Absatz 1)

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) (Zwingend anzugeben!)
Anschrift		
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	Eingangsstempel

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
 Bezügestelle Dresden
 Referat 339/D – Beihilfe
 Postfach 10 06 55
 01076 Dresden

**Kurzantrag auf
Gewährung von Beihilfe**

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

- Anlage „Pflege“ ist beigefügt.
- Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:
- Langantrag Kurzantrag Anlage „Pflege“

Bei Änderung der nachstehenden Sachverhalte

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- anderweitige Ansprüche oder Anspruch auf Kostenerstattung,
- Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: Lebenspartner),
- Anschrift,
- Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen,
- Behandlung durch einen nahen Angehörigen,
- Anspruch auf eine Geburtspauschale,
- Auszahlung an Dritte im Ausnahmefall,

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular „Antrag auf Gewährung von Beihilfe“.

Ändern sich nur die Einkünfte des Ehegatten oder des Lebenspartners, ist auch die Vorlage des Kurzantrages mit einem ausgefüllten Formblatt „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) ausreichend.

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die durch das Tätigwerden von nahen Angehörigen (Ehegatte, Lebenspartner, Eltern oder Kinder) der behandelten Person entstanden sind.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ich habe für die beantragte Beihilfe einen **Abschlag** erhalten Ja, in Höhe von _____ Euro Nein

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ Euro

Anzahl der beigefügten Belege: _____

Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in **Kopie** vorlegen.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Vollmacht liegt dem LSF vor ist beigefügt

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom
Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, L = Lebenspartner, K = Kind	

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag				

Anlage 10
(zu § 62 Absatz 1)

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn			vom			
1.	Angaben zur Pflegeversicherung (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)					
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung		
				Mitglied	Familierversichert bei	
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
	Ehegatte (E)/ Lebenspartner (L)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
2.	Pflegebedürftige Person					
	Name, Vorname		Pflegestufe			
			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!			<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor			
3.	Ich beantrage Leistungen für den Pflegezeitraum:					
	von		bis			
	Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Beantragung nur für bereits abgelaufene Pflegezeiträume erfolgen kann.					
	Häusliche Pflege (bitte Punkt 4 beachten!)	Stationäre Pflege (bitte Punkt 5 beachten!)	Sonstige Leistungen			
	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege			
	<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Vergütungszuschläge	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag			
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen				
<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege						
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zahlung der Pflegepauschale als Abschlagszahlung. Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.						
Ich beantrage Aufwendungen für						
<input type="checkbox"/> für Pflegehilfsmittel		<input type="checkbox"/> für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes		<input type="checkbox"/> zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen		
Beleg vom	Betrag in Euro	Zuschüsse der Pflegeversicherung in Euro	Leistungsbescheid der Pflegeversicherung liegt bei	wird nachgereicht	liegt vor	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.	Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:	
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)	Dauer der Pflege (gegebenenfalls je Pflegeperson) in Stunden/Woche
	Unterbrechung der Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen¹
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Stationärer Rehabilitationsmaßnahme	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt der pflegebedürftigen Person	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von _____ bis _____
	¹ Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Ersatz-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson), sind diese alle vollständig anzugeben.	
	Bestätigung der erbrachten Pflege:	
	_____ Unterschrift der Pflegeperson(en)	
	Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 1a SGB VI besteht. Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor
5.	Bei vollstationärer Pflege:	
	Unterbrechungszeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Angaben unter 4.)	
	Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Absatz 4 SächsBhVO) (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter beifügen!	
	Einkommen	Antragsteller (in Euro)
		Ehegatte/Lebenspartner (in Euro)
	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags)	
	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)	
	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 55 Absatz 1 Satz 1 SächsBeamtVG)	
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge	
	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung	
	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen	
	Einkünfte aus selbstständiger Arbeit	
	Lohnersatzleistungen	
Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten	
	Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt	