



# Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt

Herausgegeben von der Sächsischen Staatskanzlei

---

Nr. 13/2009

Dresden, den 20. Oktober 2009

ZKZ 73796

---

## Inhaltsverzeichnis

Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Änderung der Zuständigkeitsübertragungsverordnung Justiz und der Verordnung zur Ausführung der Bundesnotarordnung aus Anlass des Inkrafttretens des Gesetzes zur Modernisierung von Verfahren im anwaltlichen und notariellen Berufsrecht, zur Errichtung einer Schlichtungsstelle der Rechtsanwaltschaft sowie zur Änderung sonstiger Vorschriften vom 2. Oktober 2009 ..... 522

Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO) vom 2. Oktober 2009 ..... 524

**Verordnung**  
**der Sächsischen Staatsregierung**  
**zur Änderung der Zuständigkeitsübertragungsverordnung Justiz und der Verordnung zur**  
**Ausführung der Bundesnotarordnung aus Anlass des Inkrafttretens des Gesetzes zur**  
**Modernisierung von Verfahren im anwaltlichen und notariellen Berufsrecht, zur Errichtung**  
**einer Schlichtungsstelle der Rechtsanwaltschaft sowie zur Änderung sonstiger Vorschriften**  
**Vom 2. Oktober 2009**

Es wird verordnet durch die Staatsregierung aufgrund von

1. § 112 Satz 1 und 2 der Bundesnotarordnung (BNotO) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 303-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2449, 2462), und
2. § 58 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Justiz im Freistaat Sachsen (Sächsisches Justizgesetz – SächsJG) vom 24. November 2000 (SächsGVBl. S. 482, 2001 S. 704), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 26. Juni 2009 (SächsGVBl. S. 323, 326) geändert worden ist:

**Artikel 1**  
**Änderung der Verordnung**  
**zur Ausführung der Bundesnotarordnung**

Die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz zur Ausführung der Bundesnotarordnung (BNotOVO) vom 16. Dezember 1998 (SächsGVBl. S. 666), geändert durch Verordnung vom 30. April 2002 (SächsGVBl. S. 161), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Vor den Angaben zu § 11 werden die folgenden Angaben eingefügt:

„§ 11 Übertragung von Aufgaben und Befugnissen der Landesjustizverwaltung  
§ 12 Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden“
  - b) Die bisherigen Angaben zu den §§ 11 und 12 werden die Angaben zu den §§ 13 und 14.
2. In der Überschrift des Dritten Abschnitts wird vor die Wörter „Übergangs- und Schlussbestimmungen“ das Wort „Zuständigkeits-“ eingefügt.
3. Dem § 11 werden die folgenden §§ 11 und 12 vorangestellt:

**„§ 11**  
**Übertragung von Aufgaben und Befugnissen**  
**der Landesjustizverwaltung**

(1) Von den Aufgaben und Befugnissen, die der Landesjustizverwaltung nach der Bundesnotarordnung zustehen, werden auf den Präsidenten des Oberlandesgerichts übertragen:

1. die Vertretung der Landesjustizverwaltung in Verfahren auf gerichtliche Entscheidung nach § 111 Abs. 1 BNotO sowie in Berufungs- und Beschwerdeverfahren vor dem Bundesgerichtshof nach § 111 Abs. 2 BNotO; dies gilt nicht für Verfahren, soweit der Bescheid vom Staatsministerium der Justiz erlassen wurde,
2. die Entscheidung über die Genehmigung einer Nebentätigkeit durch Übernahme eines besoldeten Amtes (§ 8 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 BNotO),
3. die Befugnisse der Einleitungsbehörde bei förmlichen Disziplinarverfahren (§ 96 Satz 3 BNotO).

(2) Von den Aufgaben und Befugnissen, die der Landesjustizverwaltung nach der Bundesnotarordnung zustehen, werden auf die Präsidenten der Landgerichte übertragen:

1. die Entscheidung, die Akten und Bücher des Notars, dessen Amt erloschen ist oder der seinen Amtssitz verlegt hat, sowie die ihm amtlich übergebenen Urkunden einem anderen Amtsgericht oder einem Notar zu übertragen (§ 51 Abs. 1 Satz 2 BNotO),
2. die Genehmigung zur Verlegung der Geschäftsstelle eines Notars in die Räume eines Notars, dessen Amt erloschen ist oder der seinen Amtssitz verlegt hat, und zur Übernahme eines in einem besonderen Vertrauensverhältnis stehenden Angestellten (§ 53 Abs. 1 BNotO),
3. die Bestellung eines Notariatsverwalters (§ 57 Abs. 2 Satz 1 BNotO), die Mitteilung über die Beendigung des Amtes (§ 64 Abs. 1 Satz 2 BNotO) und der Widerruf der Bestellung (§ 64 Abs. 1 Satz 3 BNotO).

**§ 12**

**Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden**

(1) Zuständige Aufsichtsbehörde ist der Präsident des Landgerichts, soweit sich nicht etwas anderes aus den Absätzen 2 und 3 ergibt.

(2) Das Staatsministerium der Justiz ist zuständig für:

1. die Genehmigung einer vorübergehenden Amtsniederlegung eines Notars (§ 48b Abs. 1 BNotO),
2. die vorläufige Amtsenthebung eines Notars (§ 54 Abs. 1 BNotO).

(3) Der Präsident des Oberlandesgerichts ist zuständig für:

1. die Erteilung einer Genehmigung zur Übernahme einer Nebenbeschäftigung gegen Vergütung, insbesondere zu einer gewerblichen Tätigkeit (§ 8 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 BNotO),
2. die Erteilung einer Genehmigung zum Eintritt in den Vorstand, Aufsichtsrat, Verwaltungsrat oder in ein sonstiges Organ einer auf Erwerb gerichteten Gesellschaft, Genossenschaft oder eines in einer anderen Rechtsform betriebenen wirtschaftlichen Unternehmens (§ 8 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 BNotO),
3. die Erteilung einer Genehmigung zur Verbindung zur gemeinsamen Berufsausübung sowie die Erteilung und den Widerruf einer Genehmigung zur Unterhaltung gemeinsamer Geschäftsräume (§ 9),
4. die Erteilung einer Genehmigung zur Unterhaltung weiterer Geschäftsstellen oder der Abhaltung auswärtiger Sprechtagel sowie die Verpflichtung hierzu (§ 10 Abs. 4 BNotO),
5. die Erteilung der Genehmigung von Amtshandlungen außerhalb des Amtsbezirkes der Notare (§ 11 Abs. 2 BNotO),
6. die Erteilung einer Genehmigung zur Beschäftigung juristischer Mitarbeiter (§ 10 Abs. 1).“

4. Die bisherigen §§ 11 und 12 werden die §§ 13 und 14.

**Artikel 2**  
**Änderung der Zuständigkeitsübertragungsverordnung**  
**Justiz**

In § 1 Nr. 10 der Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Übertragung von Zuständigkeiten zum Erlass von Rechtsverordnungen im Bereich der Rechtspflege auf das Sächsische Staatsministerium der Justiz (Zuständigkeitsübertragungsverordnung Justiz – ZustÜVOJu) vom 7. November 2007 (SächsGVBl. S. 501), die durch Artikel 3 der Verordnung vom 6. Juni 2008 (SächsGVBl. S. 336, 337) geändert worden ist, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 67 Abs. 3 Nr. 3 Satz 4“ die Angabe „und § 112 Satz 1“ eingefügt.

**Artikel 3**  
**Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

Dresden, den 2. Oktober 2009

**Der Ministerpräsident**  
**Stanislaw Tillich**

**Der Staatsminister der Justiz**  
**Geert Mackenroth**

**Verordnung**  
**der Sächsischen Staatsregierung**  
**über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen**  
**(Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO)**  
**Vom 2. Oktober 2009**

Aufgrund von § 102 Satz 3 und 4 des Beamtengesetzes für den Freistaat Sachsen (Sächsisches Beamtengesetz – SächsBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Mai 2009 (SächsGVBl. S. 194) wird verordnet:

**Inhaltsübersicht:**

**Abschnitt 1**  
**Allgemeine Regelungen**

- § 1 Regelungszweck
- § 2 Beihilfeberechtigte Personen
- § 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
- § 5 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- § 6 Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit
- § 7 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
- § 8 Aufwendungen im Ausland

**Abschnitt 2**  
**Aufwendungen in Krankheitsfällen**

- § 9 Ambulante Leistungen und sonstige Aufwendungen
- § 10 Krankenhausleistungen
- § 11 Häusliche Krankenpflege
- § 12 Familien- und Haushaltshilfe
- § 13 Fahrtkosten
- § 14 Unterkunftskosten

**Abschnitt 3**  
**Rehabilitation**

- § 15 Sanatoriumsbehandlung
- § 16 Heilkuren
- § 17 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

**Abschnitt 4**  
**Aufwendungen in Pflegefällen**

- § 18 Dauernde Pflegebedürftigkeit
- § 19 Häusliche und teilstationäre Pflege
- § 20 Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege
- § 21 Zusätzliche Betreuungsleistungen
- § 22 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- § 23 Vollstationäre Pflege
- § 24 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe
- § 25 Palliativversorgung
- § 26 Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

**Abschnitt 5**  
**Aufwendungen in anderen Fällen**

- § 27 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- § 28 Künstliche Befruchtung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
- § 29 Geburt
- § 30 Gebärdendolmetscher
- § 31 Todesfälle
- § 32 Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende

**Abschnitt 6**  
**Umfang der Beihilfe**

- § 33 Bemessung der Beihilfe
- § 34 Begrenzung der Beihilfe
- § 35 Selbstbehalt
- § 36 Belastungsgrenzen
- § 37 Beihilfe beim Tod des Beihilfeberechtigten

**Abschnitt 7**  
**Verfahren und Zuständigkeit**

- § 38 Verfahren
- § 39 Antragsfrist
- § 40 Verwaltungsvorschriften

**Abschnitt 8**  
**Übergangs- und Schlussvorschriften**

- § 41 Übergangsvorschriften
- § 42 Inkrafttreten und Außerkrafttreten
- Anlage 1 Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Anlage 2 Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
- Anlage 3 Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen
- Anlage 4 Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen und Voraussetzungen für bestimmte Heilbehandlungen
- Anlage 5 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

## Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen

### § 1 Regelungszweck

(1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts-, und Todesfällen, zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten sowie zum Schwangerschaftsabbruch und zur Sterilisation. Die Beihilfe ergänzt die Eigenvorsorge.

(2) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten und verpfändet werden; er ist nicht vererblich. Die Pfändung ist nur durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des auf seine Forderung zustehenden und noch nicht ausbezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

(3) Die Beihilfe wird zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale gewährt.

### § 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte und Richter,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Verwitwete sowie die in § 17 Abs. 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes (SächsBesG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. Januar 1998 (SächsGVBl. S. 50), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 26. Juni 2009 (SächsGVBl. S. 375) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 23 des Gesetzes über die Versorgung der Beamten und Richter des Bundes (Beamtenversorgungsgesetz – BeamtVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1999 (BGBl. I S. 322, 847, 2033), in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, genannten Kinder der unter den Nummern 1 und 2 genannten Personen.

(2) Die Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld aufgrund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Waisengeld oder einen Unterhaltsbeitrag erhalten. Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 37 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.

(4) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt sind,
3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Europäischen Parlaments aus der Bundesrepublik Deutschland (Europaabgeordnetengesetz – EuAbgG) vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2008 (BGBl. I

S. 2020) in der jeweils geltenden Fassung, § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz – AbgG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 3. April 2009 (BGBl. I S. 700, 717) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

### § 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten, wenn der Gesamtbeitrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz [EStG] in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2002 [BGBl. I S. 4210, 2003 I S. 179], das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 10. August 2009 [BGBl. I S. 2702, 2709] geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages 18 000 EUR nicht übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden, dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung) oder dass es sich um beihilfefähige Aufwendungen nach § 29 oder § 31 handelt; die Festsetzungsstelle kann in anderen besonderen Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen die Gewährung von Beihilfen zulassen,
2. die im Familienzuschlag nach dem Sächsischen Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.

### § 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
  2. aufgrund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsbezüge,
  3. aufgrund eines Versorgungsbezugs aus einem eigenen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Bezugs von Witwengeld
- aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 2 Abs. 4 Nr. 3 genannten Gesetzen, nach § 78 des Bundesbeam-

tengesetzes (BBG) vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160), in der jeweils geltenden Fassung, gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder nach entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfe aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Beihilfeverordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

## § 5

### Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Notwendig sind Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, die grundsätzlich nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden, soweit sie nicht in Anlage 1 enthalten sind. Unangemessen sind regelmäßig Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325), in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325), in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert durch § 5 Satz 3 der Verordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721), in der jeweils geltenden Fassung, überschreiten. Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen.

(2) Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn der Behandelte im Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.

(3) Sind der Beihilfeberechtigte und sein berücksichtigungsfähiger Angehöriger in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2a oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 4 Abs. 10 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2437, 2441) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, versichert, sind die Aufwendungen unangemessen, welche die in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V vereinbarten Gebühren übersteigen. So-

lange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 SGB V.

## § 6

### Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung nach den Abschnitten 2 und 3 noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,
2. Aufwendungen, soweit auf sie gegen Dritte ein Ersatzanspruch besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht,
3. Aufwendungen für Beamte, denen Heilfürsorge zusteht,
4. Aufwendungen für persönliche Behandlungen durch den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder des Behandelten; in diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig,
5. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 SGB V verlangt wird,
6. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 SGB V sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V. Werden diese Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(2) Nicht beihilfefähig sind Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Abs. 2 SGB V. Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 SGB V einschließlich der familienversicherten Angehörigen nach § 10 SGB V auch die Kostenerstattung nach § 13 SGB V. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die mögliche Sachleistung nicht in Anspruch genommen haben. Dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Dies gilt nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), in der jeweils geltenden Fassung, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind.

(3) Das Staatsministerium der Finanzen kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, sowie für bestimmte Heilbehandlungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.

(4) Das Staatsministerium der Finanzen kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließen für

1. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
2. unwirtschaftliche Arzneimittel,

3. Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis.

### § 7

#### Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um die Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zu mindern.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind um 65 Prozent des Betrages zu mindern, welcher der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

(3) Zustehende Leistungen sind auch zu berücksichtigen, wenn sie nicht in Anspruch genommen wurden. Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 Prozent als zustehende Leistung anzusetzen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Gesetzes über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495, 2496) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

(4) Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers und für von diesem verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung des Absatzes 3 Satz 1 und 2 beihilfefähig.

### § 8

#### Aufwendungen im Ausland

(1) Bei Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union ist § 5 Abs. 1 Satz 3 und 4 nicht anzuwenden.

(2) Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. 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 und zahnärztliche Leistungen 1 000 EUR je Krankheitsfall nicht übersteigen oder wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
3. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt nur in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachweist, dass

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. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

- (3) Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass eines Auslandsaufenthaltes gilt § 20d Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechend.

### Abschnitt 2

#### Aufwendungen in Krankheitsfällen

### § 9

#### Ambulante Leistungen und sonstige Aufwendungen

Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche Leistungen; psychotherapeutische Leistungen nach Maßgabe der Anlage 2; zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Maßgabe der Anlage 3; Leistungen eines Heilpraktikers,
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei- oder Verbandmittel, abzüglich eines Betrages für jedes verordnete Arznei- oder Verbandmittel von
  - a) 4 EUR bei einem Apothekenabgabepreis bis 16 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
  - b) 4,50 EUR bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 EUR bis 26 EUR,
  - c) 5 EUR bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26 EUR.

Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder, solange sie berücksichtigungsfähig im Sinne des § 3 sind,
- b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen Euro-Betrag abgerundeten 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 BeamtVG in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung in Verbindung mit § 17 Abs. 2 SächsBesG),
- c) Personen, die Leistungen nach § 23 Abs. 4 erhalten,
- d) Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.

Nicht beihilfefähig sind

- a) Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
- b) Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Insbesondere sind solche Arzneimittel nicht beihilfefähig, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen;
3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrah-

lungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien sowie podologische Therapien. Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, einem Ergotherapeuten, einem Physiotherapeuten, einem Krankengymnasten, einem Logopäden, einem Masseur, einem Masseur und medizinischen Bademeister, einem Podologen oder einem vom Staatsministerium der Finanzen näher bestimmten Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen durchgeführt werden. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit sowie die Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen bestimmen sich nach Anlage 4;

4. Leistungen, die nach den Nummern 1 und 3 in Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden. Die entstandenen Aufwendungen sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen beihilfefähig, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angehören müssen;
5. Anschaffung oder Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände nach Maßgabe von Anlage 5.

## § 10

### Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990, 2020), in der jeweils geltenden Fassung, oder der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundspflegesatzverordnung – BpflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 546), in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a SGB V,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 KHEntgG und § 2 Abs. 2 BpflV),
3. Wahlleistungen in Form
  - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne der §§ 16 und 17 KHEntgG und des § 22 BpflV,
  - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne der §§ 16 und 17 KHEntgG und des § 22 BpflV bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 EUR täglich und
  - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 9 Nr. 2 sowie
4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG).

(2) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundspflegesatzverordnung nicht anwenden, sind die Aufwendungen für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für entsprechende Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die üblicherweise Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 sind, sind nicht beihilfefähig.

## § 11

### Häusliche Krankenpflege

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig. Krankenpflege ist die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung, wobei die Grundpflege überwiegen muss. Daneben sind die Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegerkinder, Verschwägerter, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. Fahrtkosten,
2. eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalles an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

Aufwendungen nach den Sätzen 1 oder 2 sind beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (nach der Entgeltgruppe KR 7a des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst der Länder [TV-L] vom 12. Oktober 2006 [MBL. SMF 2007 S. 1, 42]).

## § 12

### Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig bis zu 6 EUR stündlich, höchstens 36 EUR täglich, wenn

1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (§§ 10 und 23) den Haushalt nicht weiterführen kann,
2. diese Person alleinerziehend, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist,
3. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
4. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Entsprechendes gilt auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. § 11 Satz 3 gilt entsprechend.



(2) Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in § 11 Satz 3 genannten Personen sind mit Ausnahme der Fahrtkosten (§ 13) nicht beihilfefähig.

### § 13 Fahrtkosten

(1) Aufwendungen für die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher, psychotherapeutischer Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen und Komplextherapien und für eine erforderliche Begleitung sind bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie der Kosten der Gepäckbeförderung beihilfefähig. Höhere Beförderungskosten sind beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist ein Betrag von 0,22 EUR pro Kilometer beihilfefähig. Von den nach den Sätzen 1 und 2 beihilfefähigen Aufwendungen ist ein Betrag von 13 EUR je einfache Fahrt abzuziehen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
2. die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c des Sächsischen Gesetzes über die Umzugskostenvergütung der Beamten und Richter (Sächsisches Umzugskostengesetz – SächsUKG) vom 23. November 1993 (SächsGVBl. S. 1070), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. März 2009 (SächsGVBl. S. 102, 116) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,
3. die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
4. die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise.

### § 14 Unterkunftskosten

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26 EUR täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 EUR täglich beihilfefähig. Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder kurähnlichen Maßnahme keine Anwendung.
2. Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 EUR täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach den §§ 23 und 24.

## Abschnitt 3 Rehabilitation

### § 15 Sanatoriumsbehandlung

(1) Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 9 Nr. 1 bis 4,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist notwendig. Die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung für Begleitpersonen von Schwerbehinderten und berücksichtigungsfähigen Kindern sind bis zu 70 Prozent des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Begleitung behördlich oder durch eine Bestätigung des Sanatoriums festgestellt ist,
3. nach § 12 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. nach § 13,
5. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
6. für den ärztlichen Schlussbericht.

(2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Diese Anerkennung verliert ihre Wirkung, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntgabe des Bescheides beginnt.

(3) Abweichend von Absatz 1 Nr. 2 bis 6 und Absatz 2 sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren wegen derselben Erkrankung bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist, es sei denn,

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
2. die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium ist geboten oder
3. die Sanatoriumsbehandlung ist wegen einer schweren chronischen Erkrankung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig.

(4) Sanatorium im Sinne dieser Verordnung ist eine Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen, zum Beispiel mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

### § 16 Heilkuren

(1) Aufwendungen für eine notwendige Heilkur sind für Beamte und Richter mit Dienst-, Amts- oder Anwärterbezügen beihilfefähig.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen nach § 15 Abs. 1. Aufwendungen im Sinne von § 15 Abs. 1 Nr. 2 sind für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16 EUR, für Begleitpersonen bis zum Betrag von 13 EUR täglich, beihilfefähig, wenn sie 12,50 EUR täglich oder 10 EUR täglich für die Begleitperson übersteigen.

(3) Die Aufwendungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. die Heilkur notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c SächsUKG, ersetzt werden kann,
2. die Heilkur in einem Kurort durchgeführt wird, der in dem vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Heilkurortverzeichnis enthalten ist, wobei sich auch die Unterkunft im Kurort befinden und ortsgebunden sein muss,
3. die Heilkur unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan durchgeführt wird und
4. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat; § 15 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn

1. der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während einer Elternzeit nach der Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Elternzeit der Beamten und Richter im Freistaat Sachsen (Sächsische Elternzeitverordnung – SächsEltZVO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Dezember 2005 (SächsGVBl. S. 322), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 10. April 2007 (SächsGVBl. S. 54, 79) und der Verordnung vom 23. Juni 2009 (SächsGVBl. S. 402, 408), in der jeweils geltenden Fassung, und der Beurlaubung nach § 142a Abs. 1 SächsBG oder § 8 Abs. 1 Nr. 2 des Richtergesetzes des Freistaates Sachsen (SächsRiG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. August 2004 (SächsGVBl. S. 365), das zuletzt durch Gesetz vom 19. Januar 2009 (SächsGVBl. S. 22) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
2. im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist, es sei denn, eine Heilkur ist in einem kürzeren Zeitabstand notwendig,
3. der Beihilfeberechtigte seine Entlassung beantragt hat,
4. das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird, oder
5. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 Prozent aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden, der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

## § 17

### Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung nach Maßgabe des § 16 Abs. 2 bis 5 beihilfefähig. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

(2) Werden die Aufwendungen nach § 9 Nr. 1 bis 4 und die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung pauschal in Rechnung gestellt und besteht dafür eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger, ist der Pauschalpreis abzüglich eines Betrages von 12,50 EUR täglich beihilfefähig.

## Abschnitt 4

### Aufwendungen in Pflegefällen

## § 18

### Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftige im Sinne des § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, wenn die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI erfüllt sind.

(2) Aufwendungen der Pflegeberatung sind nach Maßgabe des § 7a Abs. 4 und 5 SGB XI beihilfefähig.

(3) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der §§ 19 bis 24 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 7 Abs. 1 bis 3 und § 33 sind nicht anzuwenden. § 19 Abs. 7 und 8 gilt entsprechend.

## § 19

### Häusliche und teilstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflege sind in Höhe der in § 36 Abs. 3 SGB XI genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 11 beihilfefähig sind. § 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI gilt entsprechend.

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI eine Pauschalbeihilfe in Höhe der in § 37 Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Sätze gewährt. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG besteht. Ein Anspruch

auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c BVG berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Darüber hinaus sind Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1939, 1944), in der jeweils geltenden Fassung, sowie zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a SGB XI beihilfefähig.

(3) Erfolgt die häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird.

(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern.

(5) 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 beihilfefähig. § 41 Abs. 2 SGB XI gilt entsprechend. Die beihilfefähigen Aufwendungen dürfen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 Satz 1 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen.

(6) Übersteigen die notwendigen Pflegeaufwendungen bei der häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte oder bei der teilstationären Pflege die in den Absätzen 1, 3 oder 5 genannten Höchstbeträge, können die Aufwendungen in Pflegestufe I bis höchstens 673,27 EUR, in Pflegestufe II bis höchstens 1 346,54 EUR, in Pflegestufe III bis höchstens 2 019,82 EUR und in Einzelfällen im Sinne des § 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI bis höchstens 3 366,36 EUR beihilfefähig sein.

(7) Wird die teilstationäre Pflege in einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung in Kombination mit häuslicher Pflege durch

1. geeignete Pflegekräfte (Absatz 1),
2. andere geeignete Personen (Absatz 2) oder
3. geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Personen (Absatz 3) erbracht,

sind die Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 4 bis 6 SGB XI und nach Absatz 8 beihilfefähig.

(8) In den Fällen

1. des Absatzes 7 Nr. 1 sind bis zu 150 Prozent der Beträge nach Absatz 1, mindestens jedoch der jeweilige pflegestufenabhängige Betrag nach Absatz 6 beihilfefähig,
2. des Absatzes 7 Nr. 2 sind der Berechnung des beihilfefähigen Betrages die nach § 41 Abs. 4 bis 6 SGB XI maßgebenden Anteile und die Beträge nach Absatz 2 und 6 zugrunde zu legen; beihilfefähig ist der sich danach ergebende Gesamtbetrag, höchstens jedoch ein Betrag nach Absatz 6,
3. des Absatzes 7 Nr. 3 sind die Aufwendungen in entsprechender Anwendung der Nummer 2 beihilfefähig.

(9) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Abs. 4

Satz 1 SGB XI bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 und 6 SGB XI.

## § 20

### Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege sind die Aufwendungen entsprechend der §§ 39 und 42 SGB XI beihilfefähig.

## § 21

### Zusätzliche Betreuungsleistungen

Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. § 45b SGB XI gilt entsprechend. Die Höhe des beihilfefähigen Betrages richtet sich nach den Festlegungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung. Er beträgt als Grundbetrag höchstens 100 EUR monatlich oder als erhöhter Betrag höchstens 200 EUR monatlich. Wird der Betrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden.

## § 22

### Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind in entsprechender Anwendung des § 40 SGB XI beihilfefähig, wenn für diese Aufwendungen auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

## § 23

### Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI oder einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung entstehen, sind nach Maßgabe des Satzes 2 beihilfefähig. Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 11 Beihilfe gewährt wird, und Aufwendungen für soziale Betreuung bis zu den in § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI genannten Pauschalbeträgen. § 43 Abs. 3 und 5 SGB XI gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind entsprechend § 87b SGB XI beihilfefähig.

(3) Pflegeeinrichtungen, die vollstationäre Pflegeleistungen im Sinne des § 43 SGB XI erbringen, erhalten Beihilfe entsprechend § 87a Abs. 4 SGB XI, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird.

(4) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, jedoch nicht für Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI, sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil des Einkommens nach Satz 2 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 der Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3020), in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 1 SächsBesG,
  - 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 und
3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent des Einkommens.

Einkommen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufender Einkünfte. Die Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 BBesG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 1 SächsBesG mit Ausnahme des kinderbezogenen Familienzuschlags genannten und der Altersteilzeitzuschlag gemäß § 6 Abs. 2 BBesG, in der am 31. Oktober geltenden Fassung, in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 1 SächsBesG. Die Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, in Verbindung mit § 17 Abs. 2 SächsBesG genannten Bruttobezüge mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, soweit nicht nach § 57 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, geringere Versorgungsbezüge zustehen. Der Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, die Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG, in der am 31. Oktober 2007 geltenden Fassung, und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

## § 24

### Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Aufwendungen für Pflege und Betreuung 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 entsprechend § 43a SGB XI beihilfefähig.

## § 25

### Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4, Abs. 2 und 3 SGB V gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung, einschließlich Unterkunft und Verpflegung, in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind entsprechend § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung gewährten Zuschusses, beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist.

## § 26

### Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach Abschnitt 4 aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zum Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Im Regelfall sind die Gutachten zugrunde zu legen, die für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt wurden. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Pflegeversicherung angehören, hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

## Abschnitt 5

### Aufwendungen in anderen Fällen

## § 27

### Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20d, 25 und 26 SGB V gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 001, 007, 200, 405 und 406 des Gebührenverzeichnisses der GOZ und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sowie für die Erhebung des Parodontalen Screening-Index.

(3) Andere Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen sind beihilfefähig, wenn die Gewährung der Beihilfe nach § 45 des Gesetzes zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern (Beamtenstatusgesetz – BeamtStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das zuletzt durch Artikel 15 Abs. 16 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160, 263) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, geboten ist.

### § 28

#### Künstliche Befruchtung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn

1. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
2. die Personen, die diese Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind und
3. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet haben. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für weibliche Personen, die das vierzigste Lebensjahr und für männliche Personen, die das fünfzigste Lebensjahr vollendet haben.

(2) Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit notwendig ist.

(3) Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig.

### § 29

#### Geburt

(1) Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend Abschnitt 2 und § 32 Nr. 1,
3. für die Hebamme,
4. für von Hebammen geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a SGB V,
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 § 11 gepflegt wird; § 11 Satz 3 gilt entsprechend.
6. entsprechend § 10 für das Kind.

(2) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 128 EUR gewährt. 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.

### § 30

#### Gebärdendolmetscher

Sind aufgrund einer Hörbehinderung bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen die Leistungen eines Gebärdendolmetschers erforderlich, sind die in entsprechender Anwendung der §§ 5, 6 Abs. 1, § 9 Abs. 3 des Gesetzes über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz – JVEG) vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776), das zuletzt durch Artikel 7 Abs. 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2449, 2470) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sich ergebenden Vergütungen beihilfefähig.

### § 31

#### Todesfälle

(1) Verbleibt nach dem Tod des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter fünfzehn Jahren im Haushalt und kann der Haushalt nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe nach Maßgabe des § 12 bis zu sechs Monate, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr nach dem Todesfall beihilfefähig.

(2) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig; der Bemessungssatz für die Kosten beträgt 100 Prozent.

### § 32

#### Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Erste Hilfe,
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
3. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, in entsprechender Anwendung der Abschnitte 2 und 3, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

## **Abschnitt 6** **Umfang der Beihilfe**

### **§ 33** **Bemessung der Beihilfe**

(1) Die Beihilfe bemisst sich nach einem Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. den Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer 50 Prozent,
2. den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist 70 Prozent,
3. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 Prozent,
4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist 80 Prozent.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Nr. 1 70 Prozent. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent. Die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen

1. nach § 12 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
5. nach § 31 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener 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. Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21 EUR monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

(5) Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41 EUR monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 Prozent. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 4 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten auf 100 Prozent.

(7) Das Staatsministerium der Finanzen kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. in besonderen Ausnahmefällen. Eine Erhöhung ist in den Fällen des Abschnittes 4 ausgeschlossen.

Das Staatsministerium der Finanzen kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

### **§ 34** **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 dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflege-rentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen, unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in § 8 und den Abschnitten 2 bis 5 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 29 Abs. 2 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 den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach den Abschnitten 3 und 4 werden getrennt abgerechnet.

### **§ 35** **Selbstbehalt**

(1) Die nach Anwendung des § 34 verbleibende Beihilfe wird für jedes Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen entstanden sind, um 80 EUR gekürzt. Der Selbstbehalt entfällt für Aufwendungen

1. im Rahmen der Schwangerenüberwachung (§ 29 Abs. 1 Nr. 1),
2. bei Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (§ 27),
3. in Pflegefällen (Abschnitt 4).

Auf die Pauschale für Säuglings- und Kleinkinderausstattung (§ 29 Abs. 2) ist Satz 1 ebenfalls nicht anzuwenden.

(2) Für Waisen (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und für Beihilfeberechtigte, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, entfällt der Selbstbehalt. Bei einem Beihilfeanspruch nach § 5 Abs. 1 Satz 1 SächsEltZVO kommt Absatz 1 Satz 1 nicht zur Anwendung.

### § 36 Belastungsgrenzen

Beträge nach § 9 Nr. 2 Satz 1 und § 13 Abs. 1 Satz 3 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Diese beträgt 2 Prozent des jährlichen Einkommens im Sinne von § 23 Abs. 4 Satz 3. Sofern Personen wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Beträge nach Satz 1 in Höhe von mindestens 1 Prozent des jährlichen Einkommens im Sinne von § 23 Abs. 4 Satz 3 abgezogen wurden, entfallen die in Satz 1 genannten Abzugsbeträge nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung mit der Maßgabe, dass die Abzugsbeträge für die Person entfallen, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist. Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen im Kalenderjahr vor Stellung des Antrages nach Satz 1.

### § 37 Beihilfe beim Tod des Beihilfeberechtigten

(1) Der hinterbliebene Ehegatte sowie die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlass des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tode; für die Aufwendungen aus Anlass des Todes gilt § 31. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

(2) Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind.

### Abschnitt 7 Verfahren und Zuständigkeit

#### § 38 Verfahren

(1) Die Beihilfe muss vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. Es sind die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch entsprechende Formulare der elektronischen Datenverarbeitung.

(2) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 EUR betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15 EUR übersteigen.

(3) Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Würde mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendun-

gen Beihilfe zustehen, so wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfe zu Aufwendungen für Halbweisen.

(4) Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege der Festsetzungsstelle vorzulegen.

(5) Für die Festsetzung der Beihilfe im staatlichen Bereich ist das Landesamt für Finanzen zuständig.

(6) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(7) Ist in den Fällen des § 8 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und § 15 Abs. 2 Nr. 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldigt ist.

### § 39 Antragsfrist

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen bei Aufwendungen nach § 16 Abs. 2 und § 17 der Tag der Beendigung der Kur, nach § 19 Abs. 2 Satz 1 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde und nach § 29 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt maßgebend. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

### § 40 Verwaltungsvorschriften

Das Staatsministerium der Finanzen regelt nach Anhörung der Staatskanzlei, mit welchen Abweichungen diese Verordnung auf die ins Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden sind.

### Abschnitt 8 Übergangs- und Schlussvorschriften

#### § 41 Übergangsvorschriften

(1) Die im Sommersemester 2006 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschriebenen Kinder des Beihilfeberechtigten gelten für die Dauer des Studiums als berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 3), wenn und solange die im § 32 Abs. 4 und 5 EStG in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung oder die im § 2 Abs. 2 und 3 Bundeskindergeldgesetz (BKGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 2005 (BGBl. I S. 458) 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 Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten (§ 33 Abs. 1 Satz 3) aus.

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

**§ 42****Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

(1) Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. September 2009 in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist. Gleichzeitig tritt die Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Sächsische Beihilfenverordnung – SächsBVO) vom 22. Juli 2004 (SächsGVBl. S. 397), zuletzt geändert durch Verordnung vom 26. September 2008 (SächsGVBl. S. 590), außer Kraft.

(2) Abschnitt 4 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2008 in Kraft.

Dresden, den 2. Oktober 2009

**Der Ministerpräsident**  
**Stanislaw Tillich**

**Der Staatsminister der Finanzen**  
**Prof. Dr. Georg Unland**



**Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden****1. Keine notwendigen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sind:****A**

- a) Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psychophonologische Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- b) Autohomologe Immuntherapien (zum Beispiel ACTI-Cell-Therapie)
- c) Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- d) Ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi

**B**

- a) Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- b) Biophotonen-Therapie
- c) Bioresonatorentests
- d) Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- e) Bogomoletz-Serum
- f) Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
- g) Bruchheilung ohne Operation

**C**

- a) Chelat-Therapie
- b) Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- c) Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung
- d) Cytotoxologische Lebensmitteltests

**D**

DermaDyne Lichtimpfung

**E**

- a) Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- b) Elektro-Neural-Diagnostik

**F**

Frischzellentherapie

**G**

- a) Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik [BFD], Mora-Therapie)
- b) 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) Immunsereen (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, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung bereits von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

**L**

Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

**M**

Modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

**N**

- a) Neurotopische Diagnostik und Therapie
- b) 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**

Schwingfeld-Therapie

**T**

- a) Thermoregulationsdiagnostik
- b) Trockenzelltherapie

**V**

- a) Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- b) Vibrationsmassage des Kreuzbeins

**Z**

Zellmilieu-Therapie

**2. Teilweise nicht notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind:**

- a) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.
- b) Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich  
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Fasziiitis plantaris (Fersensporn) und nur bis zur Höhe der Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.
- c) Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- d) 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.

- e) Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel mit Aludrin.
- f) Magnetfeldtherapie  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
- g) Ozontherapie  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- h) Prostata-Hyperthermie-Behandlung  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
- 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 (zum Beispiel Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird der Nummer I Ziffer II Nr. 4 bis 6 des Verzeichnisses der Heilbehandlungen (Anlage 4) zugeordnet.
- j) Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

## Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

### 1. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

a) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- aa) die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- bb) beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- cc) die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

b) Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- aa) psychoneurotische Störungen (zum Beispiel Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- bb) vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- cc) Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- dd) seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- ee) seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (zum Beispiel chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- ff) seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (zum Beispiel schicksalhafte psychische Traumen),
- gg) seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

c) Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

- aa) bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie fünfzig Stunden, bei Gruppenbehandlung vierzig Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen und nach der vorherigen Anerkennung entsprechend

Nummer 1 Buchst. a weitere dreißig Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere zwanzig Doppelstunden. In begründeten Fällen ist eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens zwanzig Sitzungen beihilfefähig, wenn die Erkrankung nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte weitere Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt;

- bb) bei analytischer Psychotherapie achtzig Stunden, bei Gruppenbehandlung vierzig Doppelstunden, darüber hinaus nach der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 1 Buchst. a weitere achtzig Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere vierzig Doppelstunden, in begründeten Fällen nochmals weitere achtzig Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere vierzig Doppelstunden. In begründeten Fällen ist eine weitere begrenzte Behandlungsdauer beihilfefähig, wenn die Erkrankung nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt;
- cc) bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern siebzig Stunden, bei Gruppenbehandlung vierzig Doppelstunden, darüber hinaus nach der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 1 Buchst. a, weitere fünfzig Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere zwanzig Doppelstunden; in Ausnahmefällen nochmals weitere dreißig Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere fünfzehn Doppelstunden. In begründeten Fällen ist eine weitere begrenzte Behandlungsdauer beihilfefähig, wenn die Erkrankung nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt;
- dd) bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen siebzig Stunden, bei Gruppenbehandlung vierzig Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 1 Buchst. a weitere sechzig Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere dreißig Doppelstunden, in Ausnahmefällen nochmals weitere fünfzig Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere zwanzig Doppelstunden. In begründeten Einzelfällen ist eine weitere begrenzte Behandlungsdauer beihilfefähig, wenn die Erkrankung nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt;
- ee) bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis eins zu vier. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

- d) Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vom 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- e) Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz –PsychThG) vom 16. Juni 1988 (BGBl. I S. 1311), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686, 2696), in der jeweils geltenden Fassung, kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- f) Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- aa) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- bb) in das Arztregister eingetragen sein oder
- cc) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen. Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).
- g) Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- h) Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- aa) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- bb) in das Arztregister eingetragen sein oder
- cc) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychothera-

pie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

- i) 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 durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Buchstaben d, e oder f, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Buchstaben d, e oder f, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- j) Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

## 2. Verhaltenstherapie

- a) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- aa) die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- bb) beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- cc) die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist. Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens fünfzigminütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens einhundertminütiger Dauer nicht mehr als zwanzig Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefäl-

- len die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig.
- b) Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:
- aa) psychoneurotische Störungen (zum Beispiel Angstneurosen, Phobien),
  - bb) vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
  - cc) Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
  - dd) seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
  - ee) seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (zum Beispiel schicksalhafte psychische Traumata),
  - ff) seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderung, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
  - gg) seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen, besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden, erkennen lassen.
- c) Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung
- aa) vierzig Sitzungen,
  - bb) bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen fünfzig Sitzungen
- nicht überschreiten. Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens einhundert Minuten sind die Aufwendungen für vierzig Sitzungen beihilfefähig. In begründeten Fällen ist eine weitere Behandlungsdauer von höchstens vierzig weiteren Sitzungen beihilfefähig, wenn die Erkrankung nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.
- d) Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- e) Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- f) Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- aa) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - bb) in das Arztregister eingetragen sein oder
  - cc) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- g) Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendpsychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Buchstaben d, e oder f, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Buchstaben d, e oder f, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- h) Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

### 3. Psychosomatische Grundversorgung

Die Psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

- a) Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:
- aa) bei verbaler Intervention als einzige Leistung zehn Sitzungen,
  - bb) beim autogenen Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen,
  - cc) bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.
- Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.
- b) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.
- c) Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeu-

- ten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht wird, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.
- d) Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.
- 4. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren**  
Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:
- a) Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.
  - b) Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.
  - c) Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.
- 5. Mehrfachbehandlungen**  
Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 1, 2 und 3 schließen sich aus.

## Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Im Rahmen von § 6 Abs. 3 und § 9 Nr. 1 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

### 1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach dem Abschnitt C Nummern 213 bis 232 und den Abschnitten F und K des Gebührenverzeichnisses der GOZ entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik sind zu 40 Prozent beihilfefähig.

### 2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- a) die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- b) ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

### 3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- a) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropatien),
- b) Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),
- c) umfangreiche Gebissanierung, das heißt, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
- d) umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der GOZ vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

### 4. Implantologische Leistungen

Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- a) Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne sieben und acht fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate, die aus öffentlichen Mitteln mitgetragen worden sind, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig; Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

### 5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlende Zähne je Kiefer oder bis zu drei fehlende Zähne je Seitenzahnggebiet beihilfefähig. Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselemente, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselemente, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig. Werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im Einzelnen nicht mehr als drei oder vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

### 6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der GOZ), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nr. 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der GOZ), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

### 7. Nicht beihilfefähige Aufwendungen

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden.

## Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen und Voraussetzungen für bestimmte Heilbehandlungen

## 1.

laufende Nummer	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>I. Inhalationen<sup>1)</sup></b>		
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
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
4	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)</sup> (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung <sup>2) 3)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung <sup>2) 5)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, 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 <sup>4)</sup> 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 <sup>2)</sup>	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 <sup>6)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik <sup>7)</sup> einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>10) 11)</sup> Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT) <sup>12)</sup> Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschnelle)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
<b>III. Massagen</b>		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) <sup>2)</sup>	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder <sup>7)</sup>	
	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 <sup>8)</sup>	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10



laufende Nummer	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
21	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	aa) bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	bb) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aaa) Teilpackung	20,50
	bbb) Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	aa) Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	7,70
	bb) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkomresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen und ähnliches, auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00
25	a) Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
	b) Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
26	Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,90
28	Sandbäder, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Foto-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Fototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00
	d) Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10
Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter den Nummern 30 Buchst. a bis c und 31 Buchst. b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 EUR. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchst. d beihilfefähig		
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung <sup>9)</sup> oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70

laufende Nummer	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>VI. Elektrotherapie</b>		
35	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
<b>VII. Lichttherapie</b>		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht <sup>9)</sup>	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung <sup>9)</sup> eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung <sup>9)</sup> mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
<b>VIII. Logopädie</b>		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
<b>IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
<b>X. Podologische Therapie</b>		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	26,10
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	14,50
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der Nummer 59 abrechenbar), je Person	3,50

laufende Nummer	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>XI. Sonstiges</b>		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
62	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient ansetzbar.	
1)	Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2)	Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.	
3)	Darf nur nach besonderer Weiterbildung (zum Beispiel Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.	
4)	Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise und Ähnlichem sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.	
5)	Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.	
6)	Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.	
7)	Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden anerkannt werden.	
8)	Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.	
9)	Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.	
10)	Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.	
11)	Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.	
12)	Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 und 18 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.	

## 2. Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

a) Leistungen der EAP sind nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen beihilfefähig:

aa) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- aaa) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
- bbb) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
- ccc) instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik,
- ddd) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose  $> 50^\circ$  nach Cobb,

bb) Operation am Skelettsystem

- aaa) posttraumatische Osteosynthesen,
- bbb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,

cc) Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit

- aaa) Schulterprothesen,
- bbb) Knieendoprothesen,
- ccc) Hüftendoprothesen,

dd) Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- aaa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
- bbb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
  - (1) operativ versorgter Bankard-Läsion,
  - (2) Rotatorenmanschettenruptur,
  - (3) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
  - (4) Impingement-Syndrom,
  - (5) Schultergelenkluxation,
  - (6) tendinosis calcarea,
  - (7) periathritis humero-scapularis (PHS),
- ccc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

ee) Amputationen.

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

c) Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- aa) krankengymnastische Einzeltherapie,
- bb) physikalische Therapie nach Bedarf,
- cc) medizinisches Aufbautraining, und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
- dd) Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,
- ee) Isokinetik,
- ff) Unterwassermassage.

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

e) Die in Buchstabe c genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 1 Ziffer II Nr. 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

## 3. Medizinisches Aufbautraining (MAT)

a) Aufwendungen für ein MAT mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

- aa) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
- bb) jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird.

Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal achtzehn Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

b) Folgende Leistungen sind bis zum 2,3fachen der Einheitsätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ beihilfefähig:

- aa) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainings-therapie einschließlich biomechanischer Funktions-

- analyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
- bb) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, zusätzlich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
- c) Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilbehandlungen erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 1 Ziffer II Nummer 15 des oben angeführten Leistungsverzeichnisses.
- d) Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.
4. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

## Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

### 1. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

#### A

- a) Abduktionslagerungskeil
- b) Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankung)
- c) Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
- d) Alarmgerät für Epileptiker
- e) Anatomische Brillenfassung
- f) Anti-Varus-Schuh
- g) Anus-praeter-Versorgungsartikel
- h) Anzieh-/Ausziehhilfen
- i) Aquamat
- j) Armmanschette
- k) Armtragegurt/-tuch
- l) Arthrodesensitzkissen
- m) Arthrodesensitzkoffer (Nielsen)
- n) Arthrodesenstuhl
- o) Atemtherapiegeräte
- p) Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
- q) Aufrichteschlaufe
- r) Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 EUR beihilfefähig)
- s) Aufstehgestelle
- t) Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
- u) Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
- v) Augenschielklappe, auch als Folie

#### B

- a) Badestrumpf
- b) Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthrititis)
- c) Badewannenverkürzer
- d) Ballspritze
- e) Behinderten-Dreirad
- f) Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
- g) Bettwärmer-Weckgerät
- h) Beugebandage
- i) Billroth-Batist-Lätzchen
- j) Blasenfistelbandage
- k) Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
- l) Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
- m) Blindenschriftmaschine
- n) Blindenstock/-langstock/-taststock
- o) Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation, künstlichem Herzklappenersatz)
- p) Blutlanzette
- q) Blutzuckermessgerät
- r) Bracelet
- s) Bruchband

#### C

- a) Clavicula-Bandage
- b) Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
- c) Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

#### D

- a) Decubitus-Schuttmittel (zum Beispiel Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
- b) Delta-Gehrad
- c) Drehscheibe, Umsetzhilfen
- d) Druckbeatmungsgerät
- e) Duschsitz/-stuhl

#### E

- a) Einlagen, orthopädische
- b) Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten
- c) Ekzem-Manschette
- d) Elektro-Stimulationsgerät
- e) Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
- f) Epitrain-Bandage
- g) Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer
- h) Ernährungssonde

#### F

- a) Fepo-Gerät (Funktionelle elektrische Peroneus-Orthese)
- b) Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
- c) Fingerling
- d) Fingerschiene
- e) Fixationshilfen
- f) (Mini) Fonator
- g) Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

#### G

- a) Gehgipsgalosche
- b) Gehhilfen und -übungsgeräte
- c) Gehörschutz
- d) Genutrain-Aktiv-Kniebandage
- e) Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
- f) Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
- g) Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
- h) Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
- i) Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
- j) Gilchrist-Bandage
- k) Gipsbett, Liegeschale
- l) Glasstäbchen
- m) Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
- n) Gummistrümpfe

**H**

- a) Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- b) Handgelenkriemen
- c) Hebekissen
- d) Heimdialysegerät
- e) Helfende Hand, Scherenzange
- f) Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
- g) Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät und Zubehör
- h) Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte, Taschengерäte, Hörbrillen, CROS-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; In-dem-Ohr-Geräte bis zur Höhe der Kosten für Hinter-dem-Ohr-Geräte)
- i) Hüftbandage (zum Beispiel Hohmann-Bandage)

**I**

- a) Impulsvibrator
- b) Infusionsbesteck und -gerät und Zubehör
- c) Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, wäscher
- d) Innenschuh, orthopädischer
- e) Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
- f) Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
- g) Ipos-Vorfußentlastungsschuh

**K**

- a) Kanülen und Zubehör
- b) Katapultsitz
- c) Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
- d) Klumpfußschiene
- e) Klumphandschiene
- f) Klyso
- g) Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
- h) Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
- i) Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
- j) Knöchel- und Gelenkstützen
- k) Körperersatzstücke einschließlich Zubehör
- l) Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
- m) Koordinator nach Schielbehandlung
- n) Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- o) Kopfschützer
- p) Korrektursicherungsschuh
- q) Krabblerrahmen für Spastiker
- r) Krampfaderbinde
- s) Krankenfahrstuhl mit Zubehör
- t) Krankenstock
- u) Kreuzstützbandage
- v) Krücke

**L**

- a) Latextrichter bei Querschnittslähmung
- b) Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- c) Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen
- d) Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

- e) Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- f) Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
- g) Lispelsonde
- h) Lumbalbandage

**M**

- a) Malleotrain-Bandage
- b) Mangoldsche Schnürringbandage
- c) Manutrain-Bandage
- d) Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 EUR übersteigen
- e) Milchpumpe
- f) Mundsperrler
- g) Mundstab/-greifstab

**N**

Narbenschützer

**O**

- a) Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Haltemanschetten und so weiter
- b) Orthesenschuhe
- c) Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
- d) Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

**P**

- a) Pavlikbandage
- b) Peak-Flow-Meter
- c) Penisklemme
- d) Peroneausschiene, Heidelberger Winkel
- e) Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
- f) Polarimeter
- g) Psoriasisikamm

**Q**

Quengelschiene

**R**

- a) Reflektometer
- b) Rektophor
- c) Rollator
- d) Rollbrett
- e) Rutschbrett

**S**

- a) Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 EUR übersteigen
- b) Schede-Rad
- c) Schrägliegebrett
- d) Schutzbrille für Blinde
- e) Schutzhelm für Behinderte
- f) Schwellstromapparat
- g) Segofix-Bandagensystem
- h) Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
- i) Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
- j) Skolioseumkrümmungsbandage
- k) Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

- l) Sphinkter-Stimulator
- m) Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- n) Spreizfußbandage
- o) Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
- p) Spritzen
- q) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden oder Lähmungszuständen (Einzelschuhversorgung)
- r) Stehübungsgerät
- s) Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- t) Strickleiter
- u) Stubbies
- v) Stumpfschuhhülle
- w) Stumpfstrumpf
- x) Suspensorium
- y) Symphysen-Gürtel

**T**

- a) (Talocrur)Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
- b) Therapeutisches Bewegungsgerät mit Spasmenschaltung
- c) Teleskoprampe
- d) Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten
- e) Toilettenhilfe bei Schwerbehinderten
- f) Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
- g) Tragegurtsitz

**U**

- a) Übungsschiene
- b) Urinale
- c) Urostomie-Beutel

**V**

- a) Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
- b) Vibrationstrainer bei Taubheit

**W**

- a) Wasserfeste Gehhilfe
- b) Wechseldruckgerät

**Z**

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

2. Die Aufwendungen für Apparate und Geräte 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.
3. Die Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.
4. Die Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels oder Gerätes erfolgt.
5. Die Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig.

6. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100 EUR hinausgehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
7. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, in Höhe von 80 Prozent beihilfefähig.
8. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 EUR beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata) oder eine erhebliche Verunstaltung, zum Beispiel infolge Schädelverletzung, oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.

9. **Nicht beihilfefähig sind Gegenstände von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen, geringem Abgabepreis oder Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:**

**A**

- a) Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
- b) Adju-Set/-Sano
- c) Angorawäsche
- d) Anti-Allergene-Matratzen und Bettbezüge
- e) Aqua-Therapie-Hose
- f) Arbeitsplatte zum Rollstuhl
- g) Augenheizkissen
- h) Autofahrerrückenstütze
- i) Autokindersitz
- j) Autokofferraumlifter
- k) Autolifter

**B**

- a) Badewannengleitschutz
- b) Badewannenkopfstütze
- c) Badewannenmatte
- d) Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
- e) Basalthermometer
- f) Basisrampe
- g) Bauchgurt
- h) Behindertenstuhl „eibe“
- i) Berkemannsandalen
- j) Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung
- k) Bett (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
- l) Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
- m) Bett-Tisch
- n) Bidet
- o) Bildschirmbrille
- p) Bill-Wanne
- q) Blinden-Schreibsystem
- r) Blinden-Uhr
- s) Blutdruckmessgerät
- t) Brückentisch

**C**

Corolle-Schuh

**D**

Dusche

**E**

- a) Einkaufsnetz
- b) Einmal-Handschuhe mit Ausnahme bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter, bei Querschnittsgelähmten zur Darmentleerung
- c) Eisbeutel- und kompressen
- d) Elektrische Schreibmaschine
- e) Elektrische Zahnbürste
- f) Elektrofahrzeuge (zum Beispiel LARK, Graf Carello)
- g) Elektro-Luftfilter
- h) Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000)
- i) Elektronisches Notizbuch
- j) Erektionshilfen
- k) Ergometer
- l) Ess- und Trinkhilfen
- m) Expander

**F**

- a) Farberkennungsgerät
- b) Fieberthermometer
- c) (Funk-)Lichtwecker
- d) Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

**G**

- a) Ganter-Aktiv-Schuhe
- b) (Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

**H**

- a) Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
- b) Handtrainer
- c) Hängeliege
- d) Hantel (Federhantel)
- e) Hausnotrufsystem
- f) Hautschutzmittel
- g) Heimtrainer
- h) Heizdecke/-kissen
- i) Hilfsgeräte für die Hausarbeit
- j) Holzsandalen
- k) Höhensonne
- l) Hörkissen
- m) Hörkragen Akusta-Coletta

**I**

- a) Intraschallgerät „NOVAFON“
- b) Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
- c) Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100)
- d) Ionopront, PermoX-Sauerstoffzeuger

**K**

- a) Katzenfell
- b) Klingelleuchte, soweit nicht unter Nummer 1 erfasst
- c) Knickfußstrumpf
- d) Knoche Natur-Bruch-Slip
- e) Kolorimeter
- f) Kommunikationssystem
- g) Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
- h) Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidecubitusbett)

- i) Krankenunterlagen, es sei denn, sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Decubitusbehandlung oder bei Dermatitis). Entsprechendes gilt, wenn neben der Blasen- oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne eines dieser Mittel der Eintritt von Decubitus oder Dermatitis droht. Dies gilt auch, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht wird.

j) Kreislaufgerät „Schiele“

**L**

- a) Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
- b) Language-Master
- c) Linguaduc-Schreibmaschine
- d) Luftpolsterschuhe
- e) Luftreinigungsgeräte

**M**

- a) Magnetfolie
- b) Monophonator
- c) Munddusche

**N**

- a) Nackenheizkissen
- b) Nagelspange Link

**O**

- a) Öldispersionsapparat
- b) Orthopädische Bade- und Turnschuhe

**P**

- a) Prothesenschuh
- b) Pulsfrequenzmesser

**R**

- a) Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
- b) Rotlichtlampe
- c) Rückentrainer

**S**

- a) Salbenpinsel
- b) Sauerstoffgeräte
- c) Schlaftherapiegerät
- d) Schuh (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
- e) Spezialsitze
- f) Spirometer
- g) Spranzbruchband
- h) Sprossenwand
- i) Sterilisator
- j) Stimmübungssystem für Kehlkopfloose
- k) Stockroller
- l) Stockständer
- m) Stufenbett
- n) SUNTRONIC-System (AS 43)

**T**

- a) Taktellgerät
- b) Tamponapplikator
- c) Tandem für Behinderte
- d) Telefonverstärker
- e) Telefonhalter
- f) Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
- g) Therapeutisches Bewegungsgerät



- h) Transit-Rollstuhl
- i) Treppenlift, Monolift, Plattformlift
- j) Tünkers-Butler

**U**

- a) Übungsmatte
- b) Ultraschalltherapiegeräte
- c) Umweltkontrollgerät
- d) Urin-Prüfgerät Uromat

**V**

Venenkissen

**W**

- a) Waage
- b) Wandstandgerät
- c) WC-Sitz

**Z**

- a) Zahnpflegemittel
- b) Zehenkorrektursandale
- c) Zweirad für Behinderte

10. Über die Beihilfefähigkeit sonstiger Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle entscheidet die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen. Das Staatsministerium der Finanzen kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen.

11. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

- a) Voraussetzung für die Beschaffung von Sehhilfen  
Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 EUR je Sehhilfe beihilfefähig.
- b) Brillen  
Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
  - aa) für Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):
    - aaa) Einstärkengläser:
      - (1) für das sphärische (sph.) Glas 31 EUR
      - (2) für das zylindrische (cyl.) Glas 41 EUR
    - bbb) Mehrstärkengläser:
      - (1) für das sph. Glas 72 EUR
      - (2) für das cyl. Glas 92,50 EUR
  - bb) bei Gläserstärken über +/- 6 dpt:
    - aaa) zuzüglich je Glas 21EUR
    - bbb) Dreistufengläser oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 21EUR
    - ccc) Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21EUR
- c) Brillen mit besonderen Gläsern  
Die Mehraufwendungen für augenärztlich verordnete Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen des Buchstaben b im jeweils genannten Umfang beihilfefähig.

- aa) Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21 EUR
  - aaa) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
  - bbb) bei Anisometropien ab 2 dpt,
  - ccc) unabhängig von der Gläserstärke
    - (1) bei Kindern bis zum vierzehnten Lebensjahr,
    - (2) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
    - (3) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.
- bb) Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11 EUR
  - aaa) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
  - bbb) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie dem Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
  - ccc) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratokonjunctivitis, Iritis, Zyklitis),
  - ddd) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
  - eee) bei Ziliarneuralgie,
  - fff) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
  - ggg) bei totaler Farbenblindheit,
  - hhh) bei Albinismus,
  - iii) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
  - jjj) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumore),
  - kkk) bei Gläsern ab + 10 dpt,
  - lll) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
  - mmm) bei Aphakie als Ultraviolett-Schutz der Netzhaut.
- d) Kontaktlinsen
  - aa) Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
    - aaa) Myopie ab 8 dpt,
    - bbb) progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von drei Jahren nachweisbar ist,
    - ccc) Hyperopie ab 8 dpt,
    - ddd) irregulärer Astigmatismus,
    - eee) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
    - fff) Astigmatismus obliquus ab 2 dpt,
    - ggg) Keratokonus,

- hhh) Aphakie,  
 iii) Aniseikonie,  
 jjj) Anisometropie ab 2 dpt,  
 kkk) als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,  
 ll) als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,  
 mmm) als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,  
 nnn) druckempfindliche Operationsnarbe am Ohrenansatz oder an der Nasenwurzel.
- bb) Bei Vorliegen der Voraussetzungen des Doppelbuchstaben aa sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (zum Beispiel Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinglaser) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:
- aaa) progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt jährlich) nachweisbar ist,  
 bbb) Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,  
 ccc) Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,  
 ddd) Ektropium,  
 eee) Entropium,  
 fff) Symblepharon,  
 ggg) Lidschlussinsuffizienz.
- cc) Sofern eine der Indikationen des Doppelbuchstaben aa, nicht jedoch nach Doppelbuchstabe bb vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 EUR (sphärisch) und 230 EUR (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.
- dd) Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
- ee) Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die folgenden Aufwendungen im Rahmen der Buchstaben b und c beihilfefähig für
- aaa) eine Reservebrille oder  
 bbb) eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinse und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie und bei über Vierzigjährigen.
- e) Andere Sehhilfen  
 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:
- aa) für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Buchstaben b und c; die Voraussetzungen des Buchstaben c Doppelbuchst. aa entfallen),  
 bb) für eine Brillenfassung bis zu 52 EUR.  
 Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe, zum Beispiel Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenbrille und Ähnliches, als beihilfefähig anerkannt werden.
- f) Erneute Beschaffung von Sehhilfen  
 Im Übrigen sind die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Brille drei Jahre, bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre, vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraumes die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- aa) sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,  
 bb) die bisherige Brille verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder  
 cc) bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.
- g) Die Aufwendungen für
- aa) Bildschirmbrillen,  
 bb) Brillenversicherungen,  
 cc) Etui  
 sind nicht beihilfefähig.
12. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind im folgenden Umfang beihilfefähig:
- a) Anschaffungskosten zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,  
 b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
- aa) je Unterrichtsstunde (Sechzig Minuten), einschließlich fünfzehn Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu einhundert Stunden 56,43 EUR  
 bb) Fahrzeitschädigung je Stunde, wobei jede angefangene Stunde im Fünf-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 44,87 EUR  
 cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten einer Trainingskraft je gefahrenem Kilometer 0,30 EUR oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,  
 dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Trainingskraft, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainingskraft nicht zumutbar ist 26 EUR.
- Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainingskraft nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.
- c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining, zum Beispiel bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes entsprechend Buchstabe b;  
 d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu dreißig Stunden, gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainingskraft in entsprechendem Umfang anerkannt werden; die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich. Sofern die Trainingskraft nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Besteht eine durch Bescheinigung des Finanzamtes nachgewiesene Umsatzsteuerpflicht, erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.



---

Abs.: SDV AG, Tharandter Straße 23–33, 01159 Dresden  
Postvertriebsstück, Deutsche Post AG, „Entgelt bezahlt“, ZKZ 73796

---

---

## Impressum

**Herausgeber**

Sächsische Staatskanzlei, Archivstraße 1, 01097 Dresden,  
Telefon 0351 564-1184

**Verlag, Herstellung und Versand**

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG  
Tharandter Straße 23–33  
01159 Dresden  
www.sachsen-gesetze.de

**Verantwortlicher Redakteur**

Antje Grönke-Luderer, Telefon: 0351 4203-218, Telefax: 0351 4203-167,  
E-Mail: antje.groenke-luderer@sdv.de

**Bestellungen**

Viola Iffland, Telefon: 0351 4203-215, Telefax.: 0351 4203-240,  
E-Mail: viola.iffland@sdv.de

**Erscheinungsweise**

Das Sächsische Gesetz- und Verordnungsblatt erscheint nach Maßgabe des Herausgebers.

**Bezug**

Bestellungen nimmt die Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG entgegen.

**Bezugsbedingungen**

Der Preis für ein Jahresabonnement Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt beträgt EUR 55,64 (beinhaltet die gedruckte und die elektronische Ausgabe).

Der Preis dieser Einzelausgabe beträgt EUR 6,33 (gedruckte und elektronische Ausgabe) bzw. EUR 3,31 (nur gedruckte Ausgabe). Alle genannten Preise verstehen sich inklusive 7% Mehrwertsteuer, zuzüglich Porto- und Versandkosten.

Weitere Bezugsformen und Preise unter [www.sachsen-gesetze.de](http://www.sachsen-gesetze.de).

Das Abonnement kann ausschließlich schriftlich mit einer Frist von sechs Wochen zum Kalenderjahresende gekündigt werden.

ISSN 0941-3006