

Bekanntmachung der Neufassung der Sächsischen Beihilfeverordnung

Vom 24. August 2016

¹Auf Grund des Artikels 2 der **Verordnung vom 24. Februar 2016** (SächsGVBl. S. 113) wird nachstehend der Wortlaut der Sächsischen Beihilfeverordnung in der seit 24. März 2016 geltenden Fassung bekannt gemacht. ²Die Neufassung berücksichtigt:

1. den am 29. Oktober 2014 in Kraft getretenen Artikel 21 der **Verordnung** vom 16. September 2014 (SächsGVBl. S. 530),
2. den teils am 1. November 2015, teils am 24. März 2016 in Kraft getretenen **Artikel 1** der eingangs genannten Verordnung.

Dresden, den 24. August 2016

Der Staatsminister für Finanzen
Prof. Dr. Georg Unland

Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung - SächsBhVO) ¹

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen

- § 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur
- § 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 3 Konkurrenzen
- § 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- § 5 Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit
- § 6 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
- § 7 Aufwendungen im Ausland
- § 7a Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland

Abschnitt 2 Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1 Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

- § 8 Ärztliche Leistungen
- § 9 Heilpraktikerleistungen

Unterabschnitt 2 Ambulante zahnärztliche Leistungen

- § 10 Zahnärztliche Leistungen
- § 11 Implantologische Leistungen
- § 12 Kieferorthopädische Leistungen
- § 13 (weggefallen)
- § 14 Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne
- § 15 Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf

Unterabschnitt 3 Ambulante psychotherapeutische Leistungen

- § 16 Psychotherapeutische Leistungen
- § 16a Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

§ 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren

§ 18 Verhaltenstherapie

§ 18a Systemische Therapie

§ 19 Psychosomatische Grundversorgung

Unterabschnitt 4
Stationäre Leistungen

§ 20 Krankenhausleistungen

Unterabschnitt 5
Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21 Arzneimittel

§ 22 Medizinprodukte

§ 23 Hilfsmittel

§ 24 Sehhilfen

§ 25 Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

Unterabschnitt 6
Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26 Heilmittel

§ 27 Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen

§ 28 Mobilitätstraining für Blinde

§ 29 Soziotherapie

§ 30 Häusliche Krankenpflege

§ 30a Kurzzeitkrankenpflege

§ 31 Palliativversorgung

§ 31a Klinisches Krebsregister

Unterabschnitt 7
Ergänzende Leistungen

§ 32 Fahrtkosten

§ 33 Unterkunft- und Verpflegungskosten

§ 34 Kommunikationshelfer

§ 35 Familien- und Haushaltshilfe

§ 36 Überführungskosten in Todesfällen

Abschnitt 3
Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren

§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

§ 38 Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

§ 39 Kuren

Abschnitt 4
Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten

§ 40 Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen

§ 41 Früherkennungsuntersuchungen

§ 42 Kinderuntersuchungen

§ 43 Verhütung von Zahnerkrankungen

Abschnitt 5
Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44 Schwangerschaft und Geburt

§ 45 Künstliche Befruchtung

§ 46 Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

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

Abschnitt 6
Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

- § 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit
- § 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1
- § 49 Häusliche Pflege
- § 49a Ambulant betreute Wohngruppen
- § 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- § 50 Teilstationäre Pflege
- § 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- § 52 Kurzzeitpflege
- § 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag
- § 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes
- § 55 Vollstationäre Pflege
- § 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

Abschnitt 7
Umfang der Beihilfe

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

Abschnitt 8
Verfahrensvorschriften

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

Abschnitt 9
Übergangsvorschriften

- § 65 Übergangsvorschriften
- § 66 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes

Anlage 1 (zu § 4 Absatz 4 Satz 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Anlage 2 (zu § 9)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern

Anlage 3 (zu § 26 Absatz 2)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Anlage 4 (zu § 39 Absatz 2 und 5)

Kurortverzeichnis

Anlage 5 (zu § 41 Absatz 4)

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

Anlage 5a (zu § 41 Absatz 5)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Anlage 6 (zu § 44 Absatz 2)

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen

Anlage 7 (zu § 45 Absatz 1)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung

Anlage 8 (zu § 62 Absatz 1)

Antrag auf Gewährung von Beihilfe

Anlage 9 (zu § 62 Absatz 1)

Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe

Anlage 10 (zu § 62 Absatz 1)

Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen

§ 1 Anwendungsbereich und Rechtsnatur

- (1) Diese Verordnung regelt das Nähere hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Beihilfe sowie des Verfahrens der Beihilfegewährung.
- (2) Diese Verordnung gilt für die Beamten und Versorgungsempfänger der in § 1 des **Sächsischen Beamtengesetzes** vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 971), das zuletzt Artikel 1 des Gesetzes vom 6. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 470) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Dienstherrn.
- (3) ¹Der Anspruch auf Beihilfe kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden. ²Abweichend von Satz 1 ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger zulässig, solange und soweit für dessen Forderung ein Anspruch auf Beihilfe besteht.
- (4) Stirbt der Beihilfeberechtigte, erhält derjenige die Beihilfe zu den bis zum Tod und aus Anlass des Todes entstandenen Aufwendungen, wer die Belege und den Erbschein zuerst vorlegt.
- (5) Für die Berechnung der auszahlenden Beihilfe gelten folgende Begriffsbestimmungen:
1. Aufwendungen sind die durch einen Rechnungsbetrag nachgewiesenen tatsächlichen Kosten einer Leistung oder Pauschalen, die einen tatsächlichen Aufwand abgelten sollen.
 2. Dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 1 für Leistungen, zu denen aufgrund des in dieser Verordnung festgelegten Leistungsprogramms im Einzelfall Geldleistungen gewährt werden könnten.
 3. Beihilfefähige Aufwendungen sind Aufwendungen nach Nummer 2 unter Beachtung von Höchstgrenzen, Begrenzungen und sonstigen Einschränkungen.
 4. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die in Nummer 3 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung von Anrechnungen von Erstattungen und Sachleistungen (§ 6) sowie von Eigenbeteiligungen (§ 59).
 5. Festgesetzte Beihilfe sind die in Nummer 4 genannten Aufwendungen unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes (§ 57).
 6. Beihilfe ist die in Nummer 5 genannte Beihilfe abzüglich des Selbstbehaltes (§ 60).
- (6) Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren.

§ 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige

- (1) Berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten sind der Ehegatte (berücksichtigungsfähiger Ehegatte), der Lebenspartner (berücksichtigungsfähiger Lebenspartner) und die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten nach § 42 Absatz 2 oder Absatz 3 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1005), das zuletzt durch Artikel 1 des

Gesetzes vom 20. August 2019 (SächsGVBl. S. 662) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder § 55 Absatz 2 Satz 1 und 2 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1045), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 25. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 496) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, berücksichtigungsfähigen Kinder (berücksichtigungsfähige Kinder).

(2) Kinder sind auch berücksichtigungsfähig, wenn für sie Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 66 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** in Verbindung mit § 53 Absatz 4 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juni 2009 (BGBl. I S. 1434), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2053) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, besteht oder ein solcher nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

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

§ 3 Konkurrenzen

(1) ¹Die Beihilfeberechtigung aus einem aktiven Dienstverhältnis auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs aus. ²Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines nach beamtenrechtlichen Vorschriften zustehenden Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche aus. ³Satz 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.

(2) Beihilfe wird nicht für Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger gewährt, wenn diese aufgrund eines Dienstverhältnisses oder eines zustehenden Versorgungsanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt sind oder Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegeln des Bundes oder eines anderen Landes erhalten.

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

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

(5) ¹Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung schriftlich bestimmt haben (Wahlrecht). ²Das Wahlrecht kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. ³Das Wahlrecht gilt als ausgeübt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung des Angehörigen erfolgt ist. ⁴Wird das Wahlrecht nicht ausgeübt, wird der Angehörige bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den in § 2 Absatz 1 genannten Familienzuschlag, den Auslandszuschlag nach § 2 Absatz 2 oder vergleichbare Leistungen für diese Person erhält.

§ 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dessen Berücksichtigungsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt. ²Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(2) ¹Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder berücksichtigungsfähigen Lebenspartner sind nur beihilfefähig, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der letzten drei Jahre 18 000 Euro nicht übersteigen. ²Dies gilt nicht, wenn es sich um Aufwendungen nach § 30 Absatz 3, § 35 Absatz 3 Satz 2, § 36 oder § 44 Absatz 1, 2, 4 oder Absatz 5 handelt. ³Maßgebend für die durchschnittlichen Einkünfte nach Satz 1 sind die in den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung erzielten Einkünfte. ⁴Wird der Höchstbetrag nach Satz 1 unterschritten, ist dies auf Verlangen der Festsetzungsstelle durch Kopien der Einkommensteuerbescheide der Bezugsjahre oder andere geeignete Unterlagen zu belegen. ⁵Können die Einkünfte nach Satz 1 nicht nach Satz 4

nachgewiesen werden, kann Beihilfe gewährt werden, wenn der Beihilfeberechtigte glaubhaft macht, dass der Höchstbetrag nach Satz 1 in dem nach Satz 3 maßgeblichen Zeitraum nicht überschritten wurde.

(3) ¹Beihilfefähig sind nach Maßgabe dieser Verordnung nur Aufwendungen für medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind und für die die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. ²Andere Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes eine besondere Härte darstellen würde.

(4) ¹Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, einschließlich der hierbei verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte, setzt voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode vorgenommen werden. ²Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen, die

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

(5) ¹Die Angemessenheit von Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1470) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), die durch § 5 Satz 3 der Verordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung. ²Liegen keine begründeten besonderen Umstände vor, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens (Schwellenwert) nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. ³Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen.

(6) ¹Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen bewertet werden. ²Die Dienstherren, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen, oder der Kommunale Versorgungsverband Sachsen können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über erstattungsfähige Aufwendungen in Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. ³Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. ⁴Sofern die in Satz 2 genannten Kostenträger Verträge im Sinne von Satz 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze der Beihilfefestsetzung ebenfalls zugrunde gelegt werden. ⁵Beurteilt sich die Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen nach Verträgen oder Vergütungsvereinbarungen nach Satz 1, kann die Beihilfefähigkeit nur anerkannt werden, wenn die Vereinbarung der Festsetzungsstelle bekannt ist und der Rechnungssteller auf der Rechnung vermerkt, welche Vereinbarung der Rechnungsstellung zugrunde liegt.

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

(8) Im Fall von unvorhersehbaren Ereignissen und dringendem Handlungsbedarf, insbesondere bei Epidemien und Pandemien, kann das Staatsministerium der Finanzen vorübergehend die Erweiterung des notwendigen Leistungsumfangs durch Verwaltungsvorschrift zulassen.

§ 5

Ausschluss und Beschränkung der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, denen Anspruch auf

Heilfürsorge nach § 135 des **Sächsischen Beamtengesetzes** oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zusteht,

2. für Beihilfeberechtigte, soweit ein Anspruch auf Leistungen der Unfallfürsorge nach den §§ 35 bis 37 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** oder vergleichbarer bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften besteht,
3. für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,
4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und pädagogische Maßnahmen,
6. für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen entstehen, insbesondere nach einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und
7. soweit ein Ersatzanspruch gegen Dritte besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht oder im Einvernehmen mit diesem übertragen worden ist.

(2) Nicht beihilfefähig sind

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

(3) ¹Beihilfeleistungen sind bei Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherten Angehörigen auf Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt. ²Dies gilt nicht für berücksichtigungsfähige, von der Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung erfasste Kinder des Beihilfeberechtigten, der nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, wenn für das Kind eine beihilfekonforme private Krankenversicherung besteht.

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

§ 6

Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) ¹Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. ²Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören und für Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

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

(3) ¹Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche sind bei der Beihilfefestsetzung auch dann in voller Höhe zu berücksichtigen, wenn sie gegenüber Dritten nicht geltend gemacht wurden. ²Dies gilt nicht für Kinder im Fall des § 5 Absatz 3 Satz 2.

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

§ 7

Aufwendungen im Ausland

(1) ¹Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 Satz 1 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln. ²§ 4 Absatz 5 findet keine Anwendung.

(2) ¹Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 Satz 1 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der

Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. ²Dabei sind Fahrtkosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 abweichend von § 5 Absatz 2 Nummer 2 entsprechend § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 beihilfefähig. ³Ohne die Beschränkung nach Satz 1 sind diese Aufwendungen beihilfefähig, wenn

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

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

§ 7a

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland

(1) ¹Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder, wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten entstandene Aufwendungen zu behandeln. ²Die Absätze 3 bis 5, 7 und 8 finden keine Anwendung. ³§ 54 Absatz 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass eine anteilige Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nicht erforderlich ist.

(2) Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland für Beihilfeberechtigte, die nicht von § 4 Absatz 7 Satz 1 erfasst sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nach Abschnitt 6 nach Maßgabe der Absätze 3 bis 8 beihilfefähig.

(3) Soweit die private oder soziale Pflegeversicherung zu den Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit im Ausland keine oder nicht ausreichende Leistungen erbringt, ist eine über die Regelungen des Abschnitts 6 hinausgehende Beihilfegewährung ausgeschlossen.

(4) Bei Anwendung des § 49 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 ist die Pauschalbeihilfe auf den sich nach Anwendung des Bemessungssatzes nach § 57 ergebenden Betrag begrenzt.

(5) ¹§ 49a Absatz 1 gilt mit der Maßgabe, dass der Zuschlag nur gewährt wird, wenn für mindestens zwei weitere Personen in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 durch eine private oder soziale Pflegeversicherung im Inland festgestellt wurde. ²§ 49a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, finden keine Anwendung.

(6) Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 49b werden nur gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Leistungen erbringt.

(7) Wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Sinne von § 54 Absatz 1 Satz 2 keine anteiligen Zuschüsse zahlt, sind diese Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn sie im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkret zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, die den Zielen von § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, empfohlen werden.

(8) ¹§ 55 Absatz 3 findet keine Anwendung. ²§ 55 Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 und 4 insgesamt nicht die Höchstbeträge des § 49 Absatz 5 übersteigen dürfen.

Abschnitt 2
Aufwendungen in Krankheits- und Todesfällen

Unterabschnitt 1
Ambulante ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 8
Ärztliche Leistungen

¹Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. ²Ist dem Dienstherrn vom Beihilfeberechtigten für ein Fernbleiben vom Dienst eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, sind die Aufwendungen hierfür beihilfefähig.

§ 9
Heilpraktikerleistungen

¹Aufwendungen für ambulante Leistungen von Heilpraktikern sind nach Maßgabe der Anlage 2 beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. ²Aufwendungen für Auslagen sind beihilfefähig, wenn eine Berechnung in entsprechender Anwendung des § 10 der Gebührenordnung für Ärzte zulässig wäre.

Unterabschnitt 2
Ambulante zahnärztliche Leistungen

§ 10
Zahnärztliche Leistungen

¹Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen, einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind. ²Die Beihilfefähigkeit von implantologischen und kieferorthopädischen Leistungen richtet sich nach den §§ 11 und 12 und für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 14 Absatz 1. ³§ 8 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 11
Implantologische Leistungen

(1) ¹Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig. ²Die Höchstzahl der Implantate nach Satz 1 schließt vorhandene Implantate, zu denen Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, ein. ³Sind Aufwendungen für Implantate über die Höchstzahl nach Satz 1 und unter Berücksichtigung des Satzes 2 hinaus entstanden, sind die Gesamtaufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern.

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

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
 - a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten, insbesondere großer follikulärer Zysten oder Keratozysten,
 - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder
 - f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,

3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen oder
 4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, insbesondere Spastiken,
- und wenn der behandelnde Zahnarzt das Vorliegen der Indikationen bescheinigt hat.

§ 12

Kieferorthopädische Leistungen

(1) ¹Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen einschließlich Auslagen, Material- und Laborkosten sind nach Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels für einen Behandlungszeitraum von bis zu vier Jahren und gegebenenfalls während einer weiterführenden Retention einmalig bis zu einem Höchstbetrag von 7 000 Euro dem Grunde nach beihilfefähig, wenn bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. ²Der Festsetzungsstelle soll ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. ³Ist eine Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung über den in Satz 1 genannten Behandlungszeitraum hinaus medizinisch notwendig, sind weitere Aufwendungen nach Satz 1 bis zu einem Höchstbetrag von 5 000 Euro beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn des Verlängerungszeitraums die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat.

(2) Ist bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung notwendig, sind notwendige Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen ohne Altersbeschränkung beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes dem Grunde nach anerkannt hat.

(3) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels zuzüglich der Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind einmalig bis zu einem Höchstbetrag von 3 000 Euro beihilfefähig.

(4) Bei Unterbrechung der kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsel des Behandlers innerhalb des in Absatz 1 Satz 1 genannten oder des in der ersten Phase des Zahnwechsels geplanten Behandlungszeitraums bleiben die Aufwendungen nur in dem Umfang der nach dem anerkannten Heil- und Kostenplan noch ausstehenden Leistungen oder, falls eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht erforderlich ist, bis zum Erreichen der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 genannten Höchstbeträge beihilfefähig.

§ 13

(weggefallen)

§ 14

Auslagen, Material- und Laborkosten, Heil- und Kostenpläne

(1) ¹Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten sowie Lagerhaltung nach § 4 Absatz 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²Bei der Versorgung mit Inlays, Zahnkronen, Zahnersatz und Suprakonstruktionen sind diese Aufwendungen zu 65 Prozent, bei Indikationen nach § 11 Absatz 2 zu 100 Prozent beihilfefähig. ³Wenn in einer Rechnung zahnärztliche Leistungen, Auslagen, Material- und Laborkosten nicht getrennt ausgewiesen sind, sind bei der Beihilfefestsetzung 60 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages als Aufwendungen anzusetzen.

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

§ 15

Zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf

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

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

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,

3. implantologische Leistungen nach § 11 und
4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

²Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Unterabschnitt 3 Ambulante psychotherapeutische Leistungen

§ 16 Psychotherapeutische Leistungen

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

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

1. affektive Störung, insbesondere depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung und Dysthymie,
2. Angststörung und Zwangsstörung,
3. somatoforme Störung und dissoziative Störung, insbesondere Konversionsstörung,
4. Anpassungsstörung und Reaktion auf schwere Belastungen,
5. Essstörung,
6. nichtorganische Schlafstörung,
7. sexuelle Funktionsstörung,
8. Persönlichkeitsstörung und Verhaltensstörung oder
9. Verhaltensstörung und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

²Zudem muss die Behandlungsdauer pro Sitzung mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung, mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung und mindestens 50 Minuten bei Behandlung zusammen mit relevanten Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld (Mehrpersonensetting) umfassen.

(3) ¹Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind die in Absatz 1 genannten Behandlungsformen dem Grunde nach beihilfefähig, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet. ²Indikationen hierfür sind insbesondere:

1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opiode und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
3. seelische Krankheiten aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Fehlbildungen stehen,
4. seelische Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(4) ¹Wird die psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) durchgeführt, sind die Aufwendungen beihilfefähig, wenn eine somatische Abklärung durch einen Arzt erfolgt ist. ²Diese muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder einer psychotherapeutischen Akutbehandlung erfolgen. ³Die Abklärung ist bei Einleitung des Begutachtungsverfahrens nach § 16a Absatz 5 Satz 2 von einem Arzt in einem Konsiliarbericht schriftlich oder elektronisch zu bestätigen.

§ 16a**Gemeinsame Vorschriften für psychoanalytisch begründete Verfahren,
Verhaltenstherapie und Systemische Therapie**

(1) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind im Rahmen von probatorischen Sitzungen, Kurz- oder Langzeittherapie dem Grunde nach beihilfefähig.

(2) ¹Bei Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung sind zur diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren Aufwendungen für bis zu acht probatorische Sitzungen als Einzelbehandlungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen, beihilfefähig. ²Im Mehrpersonensetting sind drei probatorische Sitzungen beihilfefähig. ³Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähige Höchstzahl von Sitzungen in Kurz- oder Langzeittherapie anzurechnen.

(3) ¹Aufwendungen einer Kurz- oder Langzeittherapie sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung der in § 16 Absatz 2 genannten seelischen Krankheiten dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist.

²Kurz- oder Langzeittherapie sind als Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung oder in Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung beihilfefähig. ³Systemische Kurzzeit- oder Langzeittherapie ist auch im Mehrpersonensetting, gegebenenfalls kombiniert mit Einzel- und Gruppenbehandlung, beihilfefähig.

(4) ¹Kurzzeittherapie ist in Einzelbehandlung für höchstens 24 Sitzungen beihilfefähig, systemische Kurzzeittherapie für höchstens zwölf Sitzungen. ²Werden Gruppenbehandlungen durchgeführt, entsprechen zwei Sitzungen Gruppenbehandlung einer Sitzung Einzelbehandlung. ³Ein Mehrpersonensetting entspricht einer Sitzung Einzelbehandlung. ⁴Bei einem akuten Behandlungsbedarf sind Aufwendungen für psychotherapeutische Akutbehandlungen als Einzelbehandlungen beihilfefähig. ⁵Sie sind auf die Sitzungen nach Satz 1 anzurechnen.

(5) ¹Sind psychotherapeutische Behandlungen über die in Absatz 4 Satz 1 genannten Sitzungszahlen hinaus notwendig (Langzeittherapie), kann Kurzzeittherapie in Langzeittherapie umgewandelt werden. ²Aufwendungen für Langzeittherapie sind nach Maßgabe der §§ 17 bis 18a beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung oder vor Umwandlung der Kurzzeittherapie in Langzeittherapie die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat. ³Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt für Langzeittherapie entsprechend. ⁴In Kurzzeittherapie durchgeführte Sitzungen sind auf die in Langzeittherapie genehmigten Sitzungen anzurechnen. ⁵Die Durchführung eines beihilferechtlichen Begutachtungsverfahrens bei psychotherapeutischen Behandlungen nach Satz 2 ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Psychotherapeuten oder des Arztes ergeben.

(6) ¹Die Behandlungsverfahren nach § 16 Absatz 1 sind nicht kombinierbar. ²Aufwendungen sind je Krankheitsfall nur für ein Behandlungsverfahren beihilfefähig.

(7) ¹Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte auch in Form eines telekommunikationsgestützten Therapieverfahrens dem Grunde nach beihilfefähig.

²Aufwendungen für telekommunikationsgestützte Therapie sind für bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig.

³Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. ⁴Aufwendungen für

Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(8) ¹Aufwendungen für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen beihilfefähig, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und die Behandlung im Rahmen eines umfassenden Konzepts der psychoanalytisch begründenden Verfahren oder der Verhaltenstherapie durchgeführt wird. ²Die Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn die behandelnde Person neben den Voraussetzungen des § 17 Absatz 2 und 3 oder des § 18 Absatz 3 und 4 über eine hinreichende fachliche Qualifikation in der psychotherapeutischen Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen einschließlich EMDR verfügt.

§ 17 Psychoanalytisch begründete Verfahren

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

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen.

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen.

²Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend anerkannten Behandlung. ³Aufwendungen für Sitzungen, in die aufgrund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu 25 Prozent und bei Gruppenbehandlung bis zu 50 Prozent der anerkannten Anzahl der Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder ein Mensch mit einer geistigen Behinderung ist. ⁴Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die anerkannte Anzahl der Sitzungen angerechnet.

(2) ¹Aufwendungen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn diese Person

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

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

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

(4) (aufgehoben)

(5) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 4 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

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

(7) ¹In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. ²Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 16 Absatz 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ³Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. ⁴Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.

(8) ¹Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung nicht beihilfefähig. ²Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien aufgrund eines besonders begründeten Antrages beihilfefähig sein.

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

§ 18 Verhaltenstherapie

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen.

§ 17 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 6 bis 7 gilt entsprechend.

(2) (aufgehoben)

(3) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn die Person eine der in § 17 Absatz 2 Satz 1 genannten Qualifikationserfordernisse erfüllt und sie den Nachweis erbringt, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat.

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

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

§ 18a Systemische Therapie

(1) Aufwendungen für die Systemische Therapie sind bei der Behandlung von Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres je Krankheitsfall im folgenden Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

(2) Aufwendungen für eine Systemische Therapie, die von einem Arzt erbracht wird, sind beihilfefähig, wenn die Person

1. Facharzt einer der folgenden Fachbereiche ist:
 - a) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, oder
2. Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ ist und eine Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie erfolgreich abgeschlossen hat.

(3) Aufwendungen für eine Systemische Therapie, die von einem Psychotherapeuten erbracht wird, sind nur beihilfefähig, wenn er eine Weiterbildung oder eine vertiefte Ausbildung in diesem Verfahren erfolgreich abgeschlossen hat.

§ 19

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

1. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte und
2. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte.

(2) ¹Aufwendungen sind je Krankheitsfall dem Grunde nach beihilfefähig für

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

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

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

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

(5) ¹Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²Pauschal abgerechnete Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. ³§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

Unterabschnitt 4 Stationäre Leistungen

§ 20 Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen für Leistungen in nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, oder der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 der Verordnung vom 13. Juli 2020 (BGBl. I S. 1691) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, vergütet werden, für

1. vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 1 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 1 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung,
3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärzte nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und
4. Walleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne von § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes oder von § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder, wenn Zweibettzimmer weder als allgemeine Krankenhausleistung noch als Walleistung angeboten werden, bis zur Hälfte der Kosten eines Einbettzimmers, und
 - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen nach den §§ 21, 22 oder für ärztliche Leistungen.

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

1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2:
 - a) die Fallpauschale bis zu dem Betrag, der sich aus dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung unter Zugrundelegung des Basisfallwertes nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes ergibt,
 - b) das tagesbezogene Pflegeentgelt bis zu dem Betrag, der sich aus dem Produkt der maßgeblichen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 2a des Krankenhausentgeltgesetzes und des vorläufigen Pflegentgeltwertes nach § 15 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes für die Gesamtzahl der Belegungstage ergibt, und
 - c) Zusatzentgelte bis zu dem jeweiligen Betrag, der sich aus dem Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ergibt,
2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit dem pauschalierendem Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, abgerechnet werden, für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2:
 - a) das Entgelt bis zu dem Betrag des Entgeltkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 der Bundespflegesatzverordnung, der sich aus dem Produkt der maßgebenden Bewertungsrelation, des Basisentgeltwertes des dem Behandlungsort nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung und der Anzahl der Belegungstage ergibt,
 - b) Zusatzentgelte bis zu dem jeweiligen Betrag, der sich aus dem Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 der Bundespflegesatzverordnung ergibt, und
 - c) die ergänzenden Tagesentgelte bis zu dem jeweiligen Betrag, der sich aus dem Katalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 der Bundespflegesatzverordnung ergibt,
3. in allen anderen Fällen ein täglicher Basis- und Abteilungspflegesatz bei
 - a) Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,

- aa) vollstationär bis zu 333,20 Euro,
- bb) teilstationär bis zu 282,40 Euro,
- b) Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
 - aa) vollstationär bis zu 462,80 Euro,
 - bb) teilstationär bis zu 345,80 Euro,
- c) einer neurologischen Frührehabilitation bis zu 550 Euro,
- 4. gesondert berechnete Walleistungen für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes, wahlärztliche Leistungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a und gesondert berechnete Kurtaxen sowie
- 5. Kosten einer Notfallversorgung, wenn aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) ¹Beihilfefähig ist auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson oder einer Pflegekraft im Krankenhaus nach Maßgabe des Absatzes 1 Nummer 2; bei Untersuchungen und Behandlungen in einem Krankenhaus nach Absatz 2 gilt Halbsatz 1 entsprechend. ²Die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind nur beihilfefähig, wenn nach der Feststellung eines Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Bescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. ³Beihilfefähig ist in den Fällen des Satzes 2 ein Betrag von bis zu 45 Euro täglich.

(4) ¹Aufwendungen von Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b entspricht, wenn aus medizinischen Gründen keine Unterbringung in einem Einbettzimmer notwendig ist. ²Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.

Unterabschnitt 5 Mittel zur Behandlung oder Linderung von Erkrankungen und Behinderungen

§ 21 Arzneimittel

(1) Arzneimittel sind die in § 2 Absatz 1, 2 Nummer 1, Absatz 3a und 4 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 2020 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Stoffe, Zubereitungen aus Stoffen, Gegenstände oder Erzeugnisse.

(2) ¹Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn diese bestimmt sind, durch Einwirkung auf den menschlichen Körper der Heilung oder Linderung einer Erkrankung oder der Erkennung eines Krankheitsbildes zu dienen. ²Aufwendungen für Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies sind bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr beihilfefähig. ³Beihilfefähig sind auch gesondert ausgewiesene Versandkosten.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die

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

§ 22 Medizinprodukte

(1) ¹Medizinprodukte sind, unabhängig von der konkreten Zweckbestimmung durch den Hersteller, die in § 3 Nummer 1 bis 3 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom

7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 223 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, genannten Gegenstände, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sowie deren Zubehör (§ 3 Nummer 9 Satz 1 des Medizinproduktegesetzes), es sei denn, es handelt sich um Arzneimittel im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Arzneimittelgesetzes. ²Stoffliche Medizinprodukte sind Medizinprodukte, die aus Stoffen oder Zubereitungen aus Stoffen bestehen.

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

(3) ¹Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnete andere als in Absatz 2 genannte Medizinprodukte sind nach Maßgabe der §§ 23 und 24 beihilfefähig. ²§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

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

§ 23 Hilfsmittel

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

(2) ¹Aufwendungen für von einem Arzt oder Zahnarzt schriftlich verordnete Hilfsmittel sind beihilfefähig, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen und sofern sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Krankenhaus- oder Praxisausstattung anzusehen sind. ²Ist im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit nach § 62 Absatz 7 die Notwendigkeit eines Hilfsmittels schriftlich dokumentiert, ersetzt das Gutachten die ärztliche Verordnung nach Satz 1.

(3) ¹Aufwendungen für die Reparatur eines beihilfefähigen Hilfsmittels sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. ²Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen oder verloren gegangenen beihilfefähigen Hilfsmittels sind in der bisherigen Ausführung ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels erfolgt und in dieser Verordnung keine gesonderten Zeiträume für eine erneute Beschaffung festgelegt sind.

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

(5) ¹Aufwendungen für Hilfsmittel zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. ²Aufwendungen für die Miete solcher Hilfsmittel sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.

(6) ¹Aufwendungen für Perücken und sonstige Kopfhhaarersatzstücke einschließlich Verkleben sind bis zum Betrag von 520 Euro beihilfefähig, wenn ein totaler, sehr weitgehender oder krankhaft entstellender partieller Haarausfall oder eine erhebliche Verunstaltung des Kopfes vorliegt. ²Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind zusätzlich beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. ³Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke oder eines sonstigen Kopfhhaarersatzstückes einschließlich einer Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung des zu ersetzenden Kopfhhaarersatzstückes mindestens drei Jahre vergangen sind. ⁴Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(7) ¹Aufwendungen für Hörhilfen sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²Die Beihilfefähigkeit ist für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr begrenzt auf einen Betrag von 1 500 Euro je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für medizinisch notwendiges Zubehör. ³Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Hörhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder eines Facharztes für Phoniatrie und Pädaudiologie. ⁴Für Folgegeräte genügen die Feststellungen eines Hörgeräteakustikers, wenn keine neue ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten

ist. ⁵Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Hörhilfe sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind. ⁶Satz 5 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

(8) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

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

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

1. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur dauerhaften Versorgung sind jeweils in Höhe des 64 Euro übersteigenden Betrages und nach folgenden Höchstgrenzen beihilfefähig für
 - a) Orthesenschuhe,
 - b) Spezialschuhe für Diabetiker und
 - c) Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, bei folgender Ausführung:

aa) Straßenschuhe: Erstausrüstung zwei Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach	zwei Jahren,
bb) Hausschuhe: Erstausrüstung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach	zwei Jahren,
cc) Sportschuhe: Erstausrüstung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach	zwei Jahren
dd) Badeschuhe: Erstausrüstung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens nach	vier Jahren.
2. Aufwendungen für orthopädische Schuhe zur vorübergehenden Versorgung sind beihilfefähig für
 - a) Fußteilentlastungsschuhe,
 - b) Innenschuhe,
 - c) Korrektursicherungsschuhe,
 - d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehnenbeschädigung oder Lähmungszuständen und
 - e) Verbandschuhe.
3. Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen oder für orthopädische Einlagen, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse sind an jeweils bis zu sechs Paar Schuhen je Jahr beihilfefähig.

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

(11) ¹Aufwendungen für Sehhilfen sind nach Maßgabe des § 24 beihilfefähig. ²Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln für Blinde sind nach Maßgabe des § 28 beihilfefähig. ³Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln, die der Pflege von Pflegebedürftigen dienen (Pflegehilfsmittel), richtet sich ausschließlich nach § 54 Absatz 1.

§ 24 Sehhilfen

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

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

(3) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes oder die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. ²Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 15 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. ³Das Vorliegen der Voraussetzungen nach den Absätzen 5 bis 7 ist durch schriftliche ärztliche Verordnung nachzuweisen.

(4) ¹Aufwendungen für Brillengläser oder Kontaktlinsen sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist die Beihilfefähigkeit begrenzt auf einen Betrag von 100 Euro je Auge alle zwei Jahre, einschließlich Handwerksleistung und Reparaturkosten. ³Eine Übertragung nicht genutzter Beträge auf nachfolgende Jahre ist nicht möglich. ⁴Aufwendungen für Brillenfassungen sind nur im Fall des Absatzes 8 beihilfefähig.

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

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

(6) ¹Aufwendungen für Brillengläser einer augenärztlich verordneten zusätzlichen Brille bei eingesetzten Kontaktlinsen sind bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig. ²Bei Vorliegen einer augenärztlich festgestellten Aphakie sind darüber hinaus auch die Aufwendungen für die Brillengläser einer zusätzlichen Brille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bis zum Höchstbetrag nach Absatz 4 Satz 2 beihilfefähig.

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

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

(8) ¹Aufwendungen für eine Brillenfassung für eine während des Schulsports zu tragende Sportbrille sind für Schüler bis zum vollendeten 20. Lebensjahr alle zwei Jahre bis zu 55 Euro beihilfefähig. ²Daneben sind die Aufwendungen für Brillengläser der Sportbrille beihilfefähig.

§ 25

Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel

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

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

1. Ahornsirupkrankheit,
2. AIDS-assoziierten Diarrhöen,
3. angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,
4. angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
5. Colitis ulcerosa,
6. Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
7. erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, insbesondere bei Mundboden- und Zungenkarzinom,
8. Kurzdarmsyndrom,
9. Morbus Crohn,

10. Mukoviszidose,
11. Multipler Nahrungsmittelallergie,
12. Niereninsuffizienz,
13. Phenylketonurie,
14. postoperativer Nachsorge oder
15. Tumortherapien, auch nach der Behandlung.

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

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

Unterabschnitt 6 Sonstige Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung

§ 26 Heilmittel

(1) Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen auf den Gebieten der Physiotherapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie.

(2) Aufwendungen für ein von einem Arzt oder Zahnarzt aus Anlass einer Krankheit schriftlich verordnetes Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 und der Anlage 3 beihilfefähig, wenn dieses von einem Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angewandt wird, der die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt und die jeweils erbrachten Leistungen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen.

(3) Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sind, auch als Bestandteil einer Gerätegestützten Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten oder Hebel- und Seilzugapparaten, nach Nummer 16 der Anlage 3 beihilfefähig, wenn

1. damit Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat behandelt werden,
2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
3. jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, wobei die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden kann.

(4) ¹Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Nummer 21 der Anlage 3 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 31 Absatz 1 umfasst sind. ²Sie werden als beihilfefähig anerkannt bei

1. passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
2. aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
3. atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
4. spastischen Lähmungen (zerebral oder spinal bedingt),
5. schlaffen Lähmungen,
6. abnormen Bewegungen oder Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
7. Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
8. funktionellen Störungen,
9. unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

§ 27 Komplextherapie, integrierte Versorgung und andere interdisziplinäre Leistungen

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

(2) ¹Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 8 bis 19, 26 und 29, die in Form von ambulanten oder stationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²Angemessen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind. ³§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(3) ¹Aufwendungen für Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen sind unter den Voraussetzungen des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütungen, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. ²§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(4) ¹Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren sind unter den Voraussetzungen des § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. ²§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

(5) ¹Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen und von einem Psychotherapeuten oder Arzt mit einer Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen oder einer vergleichbaren neuropsychologischen Zusatzqualifikation erbracht werden. ²Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

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

³Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die Gesamtsitzungszahl auf die nach Satz 2 Nummer 2 genannte Zahl begrenzt. ⁴Die notwendige Einbeziehung von Bezugspersonen ist nur innerhalb des in den Sätzen 2 und 3 genannten Gesamtsitzungsumfangs beihilfefähig.

(6) ¹Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütung beihilfefähig, die nach den Verträgen zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder entsprechenden Vereinbarungen von privaten Krankenversicherungsunternehmen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind. ²§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 28

Mobilitätstraining für Blinde

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

1. ¹Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

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

²Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, sind die Aufwendungen des Trainers nur in Höhe des auf den Beihilfeberechtigten oder dessen berücksichtigungsfähigen Angehörigen entfallenden Anteils und bis zu den anteiligen Höchstbeträgen nach Satz 1 beihilfefähig.

2. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining, insbesondere bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder eines Wohnortwechsels sind entsprechend Nummer 1 beihilfefähig.
 3. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an elektronischen Blindenleitgeräten sind entsprechend Nummer 1 bis zu 30 Stunden beihilfefähig; darüber hinaus können in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.
- (2) Sofern der Trainer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen.

§ 29 Soziotherapie

(1) ¹Aufwendungen für eine von einem Facharzt mit den Gebietsbezeichnungen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, von Psychotherapeuten, durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassungsmanagements verordnete Soziotherapie sind nach Maßgabe des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. ²Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. ³Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind

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

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

§ 30 Häusliche Krankenpflege

(1) ¹Häusliche Krankenpflege umfasst

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

²Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege, auch wenn diese außerhalb des Haushalts des Gepflegten erbracht wird, sowie Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen.

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

(3) ¹Wird die häusliche Krankenpflege durch Personen durchgeführt, die mit dem Gepflegten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person beihilfefähig. ²§ 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. ³Eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung ist bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte, höchstens jedoch monatlich bis zur Höhe von 60 Prozent des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder vom 12. Oktober 2006 (MBL. SMF 2007 S. 1, 2), der zuletzt durch den Änderungstarifvertrag vom 2. März 2019 (SächsABl. S. 1445) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7 Stufe 5 beihilfefähig, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder im Umfang einer solchen eingeschränkt wird. ⁴Für Teilmonatsberechnungen ist der Monat mit 30 Tagen anzusetzen. ⁵Wird die häusliche Krankenpflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Absatz 2 Anwendung.

§ 30a Kurzeitkrankenpflege

Ist die häusliche Krankenpflege nach § 30 Absatz 1 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 vor, sind die Aufwendungen einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen Kurzzeitkrankenpflege in einer vollstationären Einrichtung entsprechend § 52 Absatz 1 beihilfefähig.

§ 31 Palliativversorgung

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

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre palliativ-medizinische Versorgung einschließlich Unterkunft und Verpflegung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Verordnung bis zur Höhe des von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden Zuschusses beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nach ärztlicher Bescheinigung nicht erbracht werden kann.

§ 31a Klinisches Krebsregister

¹Erkranken Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, sind die personenbezogenen Aufwendungen oder Kosten beihilfefähig für jede

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

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

Unterabschnitt 7 Ergänzende Leistungen

§ 32 Fahrtkosten

(1) ¹Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
3. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung und
6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens erforderlich ist.

²Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist. ³Aufwendungen nach Satz 1 sind ohne ärztliche Verordnung dem Grunde nach beihilfefähig, wenn

1. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder den Pflegegrad 3 oder höher nachweisen oder
2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

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

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

(4) ¹Ist für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

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

²In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. ³§ 44 Absatz 5 Satz 4 und 5 bleibt unberührt.

§ 33 Unterkunfts- und Verpflegungskosten

(1) ¹Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Untersuchungen und Behandlungen mit Ausnahme von Kuren (§ 39) sind bis zur Höhe des nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des **Sächsischen Reisekostengesetzes** geregelten Höchstbetrages beihilfefähig. ²Auswärtig sind Untersuchung und Behandlung, wenn sie mehr als 30 Kilometer vom Wohnort entfernt erfolgen oder eine tägliche Rückkehr zur Wohnung unzumutbar

ist, weil bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die Abwesenheit von der Wohnung mehr als 12 Stunden oder die benötigte Zeit für das Zurücklegen der Strecke zwischen Wohnung und Behandlungsort und zurück mehr als 3 Stunden beträgt. ³Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft und Verpflegung in gleicher Höhe beihilfefähig.

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

§ 34

Kommunikationshelfer

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

§ 35

Familien- und Haushaltshilfe

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

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

²Sie werden der außerhäuslich untergebrachten oder verstorbenen Person zugeordnet.

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

1. für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung oder der Durchführung einer ambulanten Operation oder
2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird.

²Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für einen allein im Haushalt lebenden Beihilfeberechtigten beihilfefähig, wenn nur die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 vorliegt.

(3) ¹Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zur Höhe von 9 Euro je Stunde, höchstens 72 Euro täglich, beihilfefähig. ²Im Todesfall der den Haushalt führenden Person sind die Aufwendungen für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. ³Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nicht im Haushalt lebende nahe Angehörige der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten, jedoch höchstens bis zu 36 Euro täglich, beihilfefähig. ⁴§ 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.

(4) ¹Wird statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe die hilfsbedürftige Person in einem Heim untergebracht, sind die notwendigen Aufwendungen hierfür bis zur Höhe der Vergütungssätze der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig. ²Bei Unterbringung der hilfsbedürftigen Personen in einem fremden Haushalt sind die Aufwendungen bis zur Höhe der in Absatz 3 Satz 1 genannten Sätze beihilfefähig. ³Erfolgt die Unterbringung im Haushalt einer Person, die mit der hilfsbedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist, sind nur die Fahrtkosten dem Grunde nach beihilfefähig. ⁴Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrtkosten nach § 32 Absatz 3 Satz 1 einmalig jeweils für die Hin- und Rückfahrt der hilfsbedürftigen Person zum außerhäuslichen

Unterbringungsort sowie einer Begleitperson, soweit eine Begleitung notwendig ist.

(5) ¹Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

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

²Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine medizinisch notwendige Versorgung am Dienort nicht gewährleistet ist und der Dienort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. ³Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer. ⁴Werden bei Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienort statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. ⁵Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nicht im Haushalt lebende nahe Angehörige der hilfsbedürftigen Person durchgeführt, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe nach Absatz 3 Satz 1 anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

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

§ 36 Überführungskosten in Todesfällen

¹Ist der Beihilfeberechtigte während einer Dienstreise, einer Abordnung, einer Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes seiner Hauptwohnung im Sinne von § 21 Absatz 2 des Bundesmeldegesetzes vom 3. Mai 2013 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 82 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, verstorben, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne zum Ort seiner Hauptwohnung beihilfefähig. ²Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Auslandsdienort mit dem Beamten in einem Haushalt wohnen, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig.

Abschnitt 3 Aufwendungen bei medizinischer Rehabilitation und Kuren

§ 37 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

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

(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

geeigneten Rehabilitationseinrichtungen am Wohnort oder in Wohnortnähe und

7. ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining in anerkannten Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung im Sinne von § 64 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(3) ¹Aus Anlass von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16, 20 Absatz 1 Nummer 4 und §§ 21 bis 29 beihilfefähig. ²Daneben sind beihilfefähig Aufwendungen für:

1. Fahrtkosten
 - a) nach Maßgabe des § 32 Absatz 3, wobei bei stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 5 der beihilfefähige Höchstbetrag für Aufwendungen der An- und Abreise je Gesamtmaßnahme auf 200 Euro begrenzt und eine Minderung nach § 32 Absatz 3 Satz 3 nicht vorzunehmen ist, und
 - b) der Eltern anlässlich des Besuchs ihres in einer stationären Rehabilitationseinrichtung im Sinne von Absatz 2 Nummer 1, 2, 4 oder Nummer 5 untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist,
2. durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannte Begleitpersonen oder Pflegekräfte,
3. Kurtaxe, auch für Begleitpersonen nach Nummer 2,
4. einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei ambulant durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 nach Maßgabe des § 33 Absatz 1, wobei die Beihilfefähigkeit bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 6 auf höchstens 21 Tage begrenzt ist, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich und
 - b) bei stationär durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 2 in Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, bei gesonderter Berechnung der Unterkunft als Walleistung bis zum niedrigsten Tagessatz eines Zweibettzimmers, wobei die Beihilfefähigkeit begrenzt ist
 - aa) bei stationärer Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 2 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - bb) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 auf höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages und
 - cc) für eine Begleitperson auf 70 Prozent des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung für eine höchstens der Bewilligung für den Begleiteten entsprechenden Zeitdauer der Maßnahme zuzüglich des An- und Abreisetages

und

6. ausgefallene Arbeitseinkünfte des berufstätigen Elternteils bei einer Maßnahme nach Absatz 2 Nummer 4.

(4) ¹Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 1, die die Leistungen nach den §§ 8, 9, 16, 21 bis 29, den ärztlichen Schlussbericht, die Unterkunft, die Verpflegung, die Pflege und gegebenenfalls Walleistungen nach § 20 Absatz 1 Nummer 4 beinhalten, sind bis zum niedrigsten Satz der jeweiligen Abteilung beihilfefähig. ²Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 6, die die in Satz 1 genannten Leistungen enthalten, sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit dem Leistungserbringer oder dem Rechnungssteller zu tragen sind, beihilfefähig. ³§ 4 Absatz 6 Satz 2 bleibt unberührt. ⁴Für Kinder, die bei Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummer 3 in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. ⁵Aufwendungen für das Kind nach Satz 4 sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. ⁶Die Aufwendungen der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 2 Nummer 4 und die ausgefallenen Arbeitseinkünfte nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 werden dem erkrankten Kind zugerechnet. ⁷Aufwendungen für eine EAP sind je Behandlungstag bis zur Höhe des in Nummer 15 der Anlage 3 genannten Betrages beihilfefähig; die Leistungen nach den Nummern 3 bis 46 der Anlage 3 sind daneben nicht beihilfefähig. ⁸Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 2 Nummer 7

sind bis zur Höhe von 11,00 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

§ 38

Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) ¹Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 1, 4 bis 6 setzt voraus, dass die Rehabilitationsmaßnahme durch Verordnung von einem Arzt oder Psychotherapeuten jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet ist. ²Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitation und stationäre Entwöhnungen im Rahmen von Suchtbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. ³Die Verordnung der familienorientierten Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zum Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten.

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

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall, auch postoperativ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - c) instabile Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung oder
 - d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50 nach Cobb,
2. Operation am Skelettsystem bei
 - a) posttraumatischen Osteosynthesen oder
 - b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit bei
 - a) Schulterprothesen,
 - b) Knieendoprothesen oder
 - c) Hüftendoprothesen,
4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
 - a) Kniebandrupturen mit Ausnahme eines isolierten Innenbandes,
 - b) Schultergelenkläsionen oder
 - c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss, oder
5. Amputationen.

(3) ¹Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. ²Der Beihilfeberechtigte hat durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass

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

³Aufwendungen sind nicht beihilfefähig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 oder eine Kur nach § 39 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes ist aus medizinischen Gründen eine solche Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig. ⁴Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten

nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.

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

§ 39 Kuren

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

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

(3) ¹Anlässlich einer Kur sind Aufwendungen nach den §§ 8, 9, 16 und 21 bis 26 beihilfefähig. ²Daneben sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 40 Euro täglich und der Begleitpersonen in Höhe von 30 Euro täglich für jeweils höchstens 21 Tage zuzüglich des An- und Abreisetages beihilfefähig. ³§ 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 4 gilt entsprechend.

(4) ¹Aufwendungen für Kuren sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur dem Grunde nach anerkannt hat. ²Der Beihilfeberechtigte hat durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass

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

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

(5) ¹Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für eine ambulante Kur am Toten Meer wegen Erkrankung an Neurodermitis oder Psoriasis in einem in der Anlage 4 enthaltenen Kurort im Umfang des Absatzes 3 beihilfefähig, wenn durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass

1. die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind,
2. die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und
3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dem Grunde nach vorher anerkannt hat.

²Aufwendungen für Fahrtkosten einschließlich Flug- und Fährrkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 600 Euro je Gesamtmaßnahme beihilfefähig. ³Ist die Einrichtung als stationäre Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt und hat diese eine pauschale Vergütungsvereinbarung mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, in der Aufwendungen für Flug, Transfer, Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung enthalten sind, sind die Aufwendungen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Pauschale beihilfefähig.

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

Abschnitt 4 **Aufwendungen zur Gesundheitsvorsorge** **und Früherkennung von Krankheiten**

§ 40 **Schutzimpfungen und andere Vorsorgemaßnahmen**

(1) ¹Aufwendungen für Schutzimpfungen im Sinne von § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²§ 20i Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe vorsehen kann.

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

(3) ¹Aufwendungen für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, für ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind, sind nach Maßgabe von § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. ²Dies umfasst auch Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete Arzneimittel zur Präexpositionsprophylaxe.

(4) Aufwendungen für bestimmte Schutzimpfungen oder für bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Trägern der Krankenversicherung zu tragen wären, sind beihilfefähig, soweit diese Leistungen nicht zu Lasten anderer Kostenträger erbracht werden.

§ 41 **Früherkennungsuntersuchungen**

(1) ¹Aufwendungen für alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus, sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²§ 25 Absatz 1, 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) ¹Aufwendungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²§ 25 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

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

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

(5) Aufwendungen, die den betroffenen Personen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko entstehen, sind nur bei einer Leistungserbringung durch Kliniken des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs nach Maßgabe der Anlage 5a beihilfefähig.

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

§ 42 **Kinderuntersuchungen**

¹Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, beihilfefähig. ²§ 26 Absatz 1 Satz 1 bis 4 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass das Staatsministerium der Finanzen weitere Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vorsehen kann.

§ 43

Verhütung von Zahnerkrankungen

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

(2) ¹Zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind die Aufwendungen für Kinder, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, einmal in jedem Kalenderhalbjahr beihilfefähig. ²§ 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

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

(4) ¹Aufwendungen für die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die einem Pflegegrad im Sinne von § 48 Absatz 1 Satz 1 zugeordnet sind, beihilfefähig. ²§ 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Abschnitt 5

Aufwendungen in Geburtsfällen und anderen Fällen

§ 44

Schwangerschaft und Geburt

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

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

²Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. ³Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 bis 5 und 7 gelten als Aufwendungen der Schwangeren. ⁴Dies gilt auch für Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 6 für das gesunde Neugeborene.

(2) ¹Aufwendungen für Leistungen von Hebammen sind angemessen, soweit sie die Höchstbeträge der Anlage 6 nicht übersteigen. ²Ist in der Anlage 6 eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, ist diese der Rechnung beizufügen. ³Zuschläge als erhöhte Leistungsnummer sind allgemein oder in besonderen Fällen beihilfefähig; ein allgemeiner Zuschlag ist für Leistungen, die in der Zeit zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, an Samstagen ab 12 Uhr und an Sonn- und Feiertagen erbracht werden, beihilfefähig; ein besonderer Zuschlag ist beihilfefähig, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage 6 aufgeführt ist.

⁴Auslagen von Hebammen sind Aufwendungen für angewandte Arzneimittel und verwendete oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien. ⁵Materialien sind bis zur Höhe der in der Anlage 6 Teil F festgelegten Pauschalbeträge beihilfefähig. ⁶Angewandte Arzneimittel sind in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig; § 59 Absatz 1 findet insoweit keine Anwendung.

(3) ¹Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind nach Maßgabe des § 24a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. ²Aufwendungen für von einem Arzt schriftlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva einschließlich Notfallkontrazeptiva und Intrauterinpessare sind bei Personen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr beihilfefähig. ³§ 21 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) ¹Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150 Euro gewährt (Geburtspauschale). ²Dies 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. ³Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird diese Beihilfe nur einmal gezahlt; sie soll der Mutter gewährt werden.

(5) ¹Ist bei Beamten im Ausland und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne eigenen Haushalt im Inland in Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung am Dienort nicht gewährleistet, sind zusätzlich die am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft für die Schwangere bis zur Höhe von 80 Euro je Übernachtung und für eine Begleitperson bis zur Höhe von 40 Euro je Übernachtung beihilfefähig, wenn der Entbindungsort im Inland liegt. ²Aufwendungen für die Unterkunft am Entbindungsort nach Satz 1 sind bis zur Dauer von sechs Wochen vor und zwei Wochen nach der Geburt beihilfefähig. ³Fahrtkosten vom Dienort zum Entbindungsort nach Satz 1 sind nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1 beihilfefähig. ⁴Aufwendungen für Unterkunft und Fahrtkosten für eine Begleitperson sind der Schwangeren zuzurechnen.

§ 45 Künstliche Befruchtung

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

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

²Die beihilfefähigen Behandlungsmethoden und die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 richten sich nach Anlage 7. ³Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. ⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für weibliche Personen, die das 40. Lebensjahr und für männliche Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. ⁵Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Maßnahmen, die beim Beihilfeberechtigten selbst durchgeführt werden. ⁶Aufwendungen für Maßnahmen, die beim berücksichtigungsfähigen Ehegatten durchgeführt werden, sind diesem zuzuordnen. ⁷Sie sind nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorliegen. ⁸§ 5 Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt.

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

(3) ¹Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen sind beihilfefähig, wenn diese im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfolgt und die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen. ²Aufwendungen für die Lagerung von kryokonservierten imprägnierten Eizellen nach Satz 1 sind beihilfefähig, soweit und solange die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 vorliegen, längstens jedoch für die Dauer von drei Jahren.

(4) ¹Aufwendungen für die Kryokonservierung einschließlich Entnahme, vorhergehender Aufbereitung und nachfolgender Lagerung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen einschließlich hormoneller Stimulation können in medizinisch begründeten Ausnahmefällen als beihilfefähig anerkannt werden. ²Aufwendungen für die Lagerung von

kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe nach Satz 1 sind höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Absatz 1 Satz 4, längstens jedoch für die Dauer von 15 Jahren beihilfefähig.

§ 46

Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

(1) ¹Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit notwendig ist. ²Aufwendungen für eine Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung sind beihilfefähig, wenn die Sterilisierung aufgrund einer Krankheit notwendig war.

(2) ¹Aufwendungen für einen nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind beihilfefähig. ²Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft sind die Aufwendungen mit Ausnahme der in § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen beihilfefähig. ³Beihilfefähig sind in den Fällen des Satzes 2 auch die Aufwendungen einer erforderlichen Nachbehandlung bei nicht komplikationslosem Verlauf des Schwangerschaftsabbruches.

§ 47

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

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

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

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

(4) ¹Aufwendungen für Spender von Organen, Geweben und von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) sind entsprechend den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähig, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist. ²Dies gilt auch für Aufwendungen des Spenders, die über die Leistungen nach den Abschnitten 2 und 3 hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die Untersuchung und Behandlung von Folgeerkrankungen des Spenders. ⁴Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von dem Spender nachgewiesen wird. ⁵Dem Arbeitgeber des Spenders wird auf Antrag das nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1746) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, fortgezahlte Entgelt unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. ⁶Der landwirtschaftlichen Krankenkasse des Spenders wird auf Antrag nach § 8 Absatz 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, die nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gezahlte Betriebshilfe unter Berücksichtigung des Bemessungssatzes des Empfängers erstattet. ⁷Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für als Spender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen.

(5) ¹Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem Spenderorgan und nach Geweben sind beihilfefähig. ²Bei der Suche nach einem nicht verwandten Stammzellspender sind Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen nur beihilfefähig, wenn diese im Zentralen Knochenmarkspender-Register erfolgt.

Abschnitt 6

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 48

Dauernde Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Pflegebedürftige im Sinne von § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. ²Die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach den Abschnitten 2 und 3 beihilfefähigen Aufwendungen nach Maßgabe dieses Abschnitts dem Grunde nach beihilfefähig.

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

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

§ 48a

Aufwendungen bei Pflegegrad 1

(1) Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für

1. Beratungsbesuche (§ 49 Absatz 6),
2. die Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 49a Absatz 2),
3. Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (§ 54) sowie
4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§§ 50, 52 und 55)

und den pauschalen Zuschlag nach § 49a Absatz 1, ohne dass die Voraussetzungen des § 49a Absatz 1 Nummer 2 erfüllt sein müssen.

(2) ¹Bei Pflegebedürftigen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung und Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe des § 49b Absatz 1 beihilfefähig. ²§ 49b Absatz 2 Nummer 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Aufwendungen im Sinne von § 53 Absatz 2 für Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind nach Maßgabe des § 53 Absatz 2 beihilfefähig. ²Der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 53 Absatz 2 kann auch für Aufwendungen gewährt werden, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der häuslichen Pflegehilfe (§ 49 Absatz 1),
2. der teilstationären Pflege (§ 50),
3. der Kurzzeitpflege (§ 52) oder
4. anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 53 Absatz 1)

entstehen.

(4) ¹Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege im Sinne von § 55 Absatz 1 für Pflegebedürftige, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind bis zu dem in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrag beihilfefähig. ²§ 55 Absatz 4 findet keine Anwendung.

§ 49

Häusliche Pflege

(1) ¹Aufwendungen für häusliche Pflege in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) sind bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig, soweit sie von geeigneten Pflegekräften erbracht werden. ²Geeignete Pflegekräfte sind solche, die

1. bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit häuslicher Pflegehilfe versorgen,
2. bei der Pflegekasse angestellt sind,
3. von der privaten Pflegeversicherung zur häuslichen Pflegehilfe zugelassen sind oder

4. mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geschlossen haben.

(2) ¹Wird die häusliche Pflegehilfe durch andere geeignete Personen erbracht, wird anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 eine Pauschalbeihilfe bis zur Höhe der in § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge gewährt. ²Sind die Voraussetzungen nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. ³Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. ⁴Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld ist auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen; § 6 Absatz 1 bleibt unberührt. ⁵Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

(3) ¹Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 Satz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt (Kombinationspflege). ²Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 gewährt wird. ³Pauschalbeihilfe wird ungekürzt für Aufwendungen von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, gewährt.

(4) Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 oder der anteiligen Pauschalbeihilfe nach Absatz 3 wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und einer Kurzzeitpflege nach § 52 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(5) Übersteigen die notwendigen Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Absatz 1 Satz 1 die in Absatz 1 oder Absatz 3 genannten Höchstbeträge, sind die Aufwendungen in

1. Pflegegrad 2 bis höchstens 25 Prozent,
2. Pflegegrad 3 bis höchstens 50 Prozent,
3. Pflegegrad 4 bis höchstens 75 Prozent und
4. Pflegegrad 5 bis höchstens 100 Prozent

des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7 Stufe 5 beihilfefähig.

(6) ¹Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne von § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ohne Anrechnung auf die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. ²Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. ³Werden Beratungsbesuche nicht abgerufen und kürzt oder entzieht die private oder soziale Pflegeversicherung deshalb nach § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch das Pflegegeld, wird die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 im gleichen Umfang gekürzt oder nicht gewährt.

§ 49a

Ambulant betreute Wohngruppen

(1) Für Pflegebedürftige ist ein pauschaler Zuschlag in Höhe des in § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrages beihilfefähig, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne von § 48 Absatz 1 sind,
2. sie Leistungen nach § 49 Absatz 1 bis 3 oder § 53 beziehen,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

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

(3) § 38a Absatz 2 und § 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

§ 49b

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Auf Antrag sind beihilfefähig

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab

1. für Pflegepersonen im Sinne von § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch
 - a) zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 14. Juli 2020 (BGBl. I S. 1683) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 44 Absatz 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie
 - b) zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 44 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 44 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. bei Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 1 Nummer 2
 - a) zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung nach § 347 Nummer 6b Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch,
 - b) zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 249c Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
 - c) zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden entsprechend des Bemessungssatzes des Pflegebedürftigen nach § 57 gewährt.

§ 50

Teilstationäre Pflege

¹Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung einschließlich der Aufwendungen für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück sind bis zur Höhe der in § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträge beihilfefähig. ²§ 49 Absatz 5 und § 55 Absatz 2 gelten entsprechend.

(2) Wird ein pauschaler Zuschlag nach § 49a Absatz 1 gewährt, sind daneben Aufwendungen für teilstationäre Pflege nach Absatz 1 nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür entsprechende Leistungen erbringt.

§ 51

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

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

(2) ¹Bei einer Verhinderungspflege durch Ersatzpflegekräfte, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des eineinhalbfachen Betrages der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 beihilfefähig. ²Notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegekraft im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, sind daneben auf Nachweis beihilfefähig; § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. ³Die Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zusammen bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 beihilfefähig; Absatz 3 findet Anwendung. ⁴Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, finden die Absätze 1 und 3 Anwendung.

(3) ¹In den Fällen des Absatzes 1 kann bei einer Verhinderungspflege der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 um den Betrag bis zur Höhe des halben beihilfefähigen Höchstbetrages aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 erhöht werden. ²Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

§ 52 Kurzzeitpflege

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

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

(3) § 42 Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und § 55 Absatz 2 gelten entsprechend.

§ 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag

(1) ¹Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind dem Grunde nach beihilfefähig, soweit die beihilfefähigen Höchstbeträge nach § 49 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft wurden. ²Beihilfefähig nach Satz 1 sind Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 1 je Kalendermonat; sie mindern den Anspruch nach § 49 Absatz 1 entsprechend. ³Dies gilt im Rahmen der Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 entsprechend. ⁴§ 49 Absatz 5 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Aufwendungen für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag höchstens bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 5 je Kalendermonat beihilfefähig sind. ⁵§ 49 Absatz 6 gilt entsprechend.

(2) ¹Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung von Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der häuslichen Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (§ 49 Absatz 1), in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
2. der teilstationären Pflege (§ 50),
3. der Kurzzeitpflege (§ 52) oder
4. anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag (Absatz 1),

entstehen, sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat, höchstens jedoch bis zu dem in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbetrag (Entlastungsbetrag). ²Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Monat nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in die folgenden Monate des Kalenderjahres übertragen werden. ³Wird der beihilfefähige Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr

übertragen werden.

§ 54

Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes

(1) ¹Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig. ²Aufwendungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind nur beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt.

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

§ 55

Vollstationäre Pflege

(1) ¹Aufwendungen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne von § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung entstehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 30 Beihilfe gewährt wird, bis zu den in § 43 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Höchstbeträgen. ³Abweichend von Satz 2 sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig, soweit die in Satz 2 genannten Aufwendungen den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Satz 2 nicht übersteigen. ⁴Die beihilfefähigen Aufwendungen im Sinne der Sätze 2 und 3 dürfen insgesamt den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Satz 2 nicht übersteigen. ⁵§ 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, sind entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne von § 48 Absatz 1 ist.

(4) ¹Die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 und der Zusatzleistungen im Sinne von § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verbleibenden Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil des Einkommens nach Absatz 5 übersteigen. ²Der Eigenanteil beträgt bei Beihilfeberechtigten 55 Prozent des Einkommens. ³Der Eigenanteil nach Satz 2 vermindert sich für einen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner um 25 Prozent des Einkommens und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um 5 Prozent des Einkommens, höchstens jedoch um 55 Prozent des Einkommens. ⁴Ist ein berücksichtigungsfähiger Ehegatte oder Lebenspartner nicht vorhanden, vermindert sich der Eigenanteil abweichend von Satz 3 für das erste berücksichtigungsfähige Kind um 25 Prozent des Einkommens.

(5) ¹Einkommen im Sinne von Absatz 4 sind

1. die Dienstbezüge im Sinne von § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 3 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes** ohne den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages nach § 42 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes**,
2. die Anwärterbezüge im Sinne von § 2 Absatz 2 Nummer 2 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes**,
3. der Altersteilzeitzuschlag nach § 83 des **Sächsischen Besoldungsgesetzes**,
4. die Versorgungsbezüge im Sinne von § 3 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften mit Ausnahme
 - a) des Unfallausgleichs nach § 38 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**,
 - b) der Unfallentschädigung nach § 47 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes** und
 - c) des Unterschiedsbetrages nach § 55 Absatz 1 des **Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes**,
5. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich ohne Berücksichtigung

- des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt,
6. der Zahlbetrag der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
 7. das Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit,
 8. die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit, wobei Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen sind, und
 9. die Lohnersatzleistungen

des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder Lebenspartners. ²Bei Einkommen nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. ³Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen im Sinne von Satz 2 bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. ⁴Verringert sich das Einkommen vom Januar im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen. ⁵Bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummer 7 bis 9 gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend. ⁶Bei monatlich schwankenden Einkommen im Sinne von Satz 1 Nummer 7 bis 9 soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt werden. ⁷Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen.

§ 56

Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

¹Aufwendungen für Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung im Sinne von § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind dem Grunde nach beihilfefähig. ²§ 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Abschnitt 7

Umfang der Beihilfe

§ 57

Bemessung der Beihilfe

(1) ¹Die Beihilfe wird als prozentualer Anteil der erstattungsfähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. ²Maßgeblich ist der Bemessungssatz in dem in § 4 Absatz 1 genannten Zeitpunkt. ³Pauschalen können gezahlt werden, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist.

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

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

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

³Die Bestimmung nach Satz 2 ist nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzung des Satzes 1 Halbsatz 1 nicht mehr zulässig.

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

Bemessungssatz für seine Aufwendungen als Ehegatte oder Lebenspartner 70 Prozent und als Kind 80 Prozent.

(5) ¹Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent. ²Soweit die erstattungsfähigen Aufwendungen die jeweiligen Höchstbeträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch übersteigen, sind die Absätze 2 bis 4 und 8 anzuwenden.

(6) Für erstattungsfähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen 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 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

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

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

(9) ¹Für Beamte im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach § 48 Absatz 3 und den §§ 48a bis 56 auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. ²Beschränkt sich die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung in den Fällen des Satzes 1 lediglich auf das Pflegegeld im Sinne von § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung auf die Beihilfe anzurechnen ist.

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

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

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

(12) ¹Bei der Berechnung der Beihilfe sind die sich ergebenden Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden. ²Zwischenrechnungen werden jeweils auf zwei Dezimalstellen durchgeführt.

§ 58

Begrenzung der Beihilfe

(1) ¹Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. ²Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, unberücksichtigt.

(2) ¹Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen durch Belege nachzuweisen. ²Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Prozentsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. ³In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Prozentsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.

§ 59

Eigenbeteiligungen

(1) ¹Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um eine Eigenbeteiligung je verordnetes Arzneimittel,

stoffliches Medizinprodukt und Verbandmittel zu mindern. ²Diese beträgt 4 Euro bei einem Abgabepreis bis 16 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels oder Produkts, 4,50 Euro bei einem Abgabepreis von 16,01 Euro bis 26 Euro und 5 Euro bei einem Abgabepreis von mehr als 26 Euro. ³Eine Minderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt nicht bei Aufwendungen für

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

(2) ¹Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung für Unterkunft nach § 20 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b, Absatz 2 Nummer 4 oder § 37 Absatz 3 Satz 1 ist von den beihilfefähigen Aufwendungen eine Eigenbeteiligung von 14,50 Euro je Aufenthaltstag in der stationären Einrichtung abzuziehen.

²Aufnahme- und Entlassungstag sind insgesamt als ein Tag anzusehen.

(3) ¹Eigenbeteiligungen nach Absatz 1 Satz 1 sind bei Spendern nach § 47 Absatz 4 nicht abzuziehen.

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

§ 60 Selbstbehalt

(1) ¹Die festgesetzte Beihilfe ist für jedes Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen entstanden sind, um einen Selbstbehalt von 40 Euro zu kürzen. ²Der Selbstbehalt entfällt für Aufwendungen

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

³Auf die Geburtspauschale (§ 44 Absatz 4) ist Satz 1 ebenfalls nicht anzuwenden.

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

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

§ 61 Belastungsgrenzen

(1) ¹Auf Antrag sind Minderungsbeträge nach § 32 Absatz 3 Satz 3 und Eigenbeteiligungen nach § 59 von den beihilfefähigen Aufwendungen und der Selbstbehalt nach § 60 von der festgesetzten Beihilfe bis zum Ende des Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, wenn die Belastungsgrenze überschritten ist. ²Dabei sind die Beträge nur insoweit zu berücksichtigen als sie zu einer Minderung des zu erstattenden Betrages führen würden. ³Die Abzugsbeträge für die Eigenbeteiligungen gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht; die Abzugsbeträge für den Selbstbehalt sind für Aufwendungen des laufenden Kalenderjahres zu berücksichtigen. ⁴Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent des Gesamtbetrages der Einkünfte des Beihilfeberechtigten im Sinne von § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes.

(2) ¹Die Belastungsgrenze beträgt 1 Prozent der nach Absatz 1 Satz 4 maßgeblichen Einkünfte, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger schwerwiegend chronisch krank ist.

²Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal je Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

1. es liegt eine Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 3 nach dem Zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor,
2. es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach den §§ 152 und 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) nach § 30 Absatz 1 und Absatz 16 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 12. August 2020 (BGBl. I S. 1879) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 313 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, von mindestens 60 Prozent vor, wobei diese Beeinträchtigung zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss, oder
3. es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

(3) ¹Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils der Gesamtbetrag der Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags nach Absatz 1 Satz 1. ²Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist bei Antragstellung mit Vorlage einer Kopie des Einkommensteuerbescheids oder anderer geeigneter Unterlagen zu belegen. ³Steht der Gesamtbetrag der Einkünfte im Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht fest und macht der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass seine Belastungsgrenze im maßgebenden Kalenderjahr bereits überschritten ist, kann ein Abzug der Beträge nach Absatz 1 Satz 1 unterbleiben.

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

Abschnitt 8 Verfahrensvorschriften

§ 62 Verfahren

(1) ¹Die Beihilfe muss vom Beihilfeberechtigten schriftlich oder elektronisch bei der zuständigen Festsetzungsstelle beantragt werden. ²Hierfür sind im staatlichen Bereich die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formulare nach den Anlagen 8 bis 10 zu verwenden. ³Zulässig sind auch entsprechende Formulare der elektronischen Datenverarbeitung. ⁴Wenn die Festsetzungsstelle es zulässt, können bei einem elektronischen Beihilfeantrag die Belege elektronisch übermittelt werden. ⁵Die Festsetzungsstelle kann bei elektronischer Beantragung einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.

(2) ¹Beihilfe wird nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit in dieser Verordnung hierzu nichts anderes bestimmt ist oder die Festsetzungsstelle auf die Vorlage von Belegen verzichtet hat. ²Für den Nachweis sind Zweitschriften oder Kopien der Belege ausreichend.

(3) ¹Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. ²Der Erlass in elektronischer Form ist nur mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten zulässig. ³Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Rabatte aus Arzneimittelverordnungen nach § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das durch Artikel 99 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, benötigt werden, werden diese einbehalten. ⁴Die übrigen, in Papierform zugegangenen Belege werden an den Beihilfeberechtigten nach Festsetzung der Beihilfe zurückgesandt. ⁵Erstellt die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen, werden die übersandten Belege vernichtet, soweit diese nicht zurückgesandt werden.

(4) ¹Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im staatlichen Bereich auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. ²Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf das Konto nach Satz 1 gezahlt werden. ³Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in Ausnahmefällen auf Antrag des Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen. ⁴Auf Antrag des Beihilfeberechtigten kann die Festsetzungsstelle Abschlagszahlungen leisten.

(5) ¹Nimmt der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger notwendige stationäre Leistungen nach den §§ 20, 31 Absatz 2 und § 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 oder § 55 im Inland in Anspruch, kann der Beihilfeberechtigte den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. ²Ein nach § 60 anfallender Selbstbehalt ist von der Beihilfe des nächsten Beihilfeantrages abzuziehen.

(6) ¹Die Festsetzungsstelle kann nach vorheriger Anhörung des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Zustimmung des Beihilfeberechtigten die Beihilfe für bei ihnen entstandene Aufwendungen selbst beantragen. ²Satz 1 gilt entsprechend bei Aufwendungen für Kinder des Antragstellers, sofern diese beim Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig sind. ³Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt in diesen Fällen abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf das vom Antragsteller angegebene Konto.

(7) ¹Über die Notwendigkeit und Angemessenheit der beantragten Aufwendungen, über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 48 Absatz 1 und die Zuordnung zu einem Pflegegrad im Sinne von § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entscheidet die Festsetzungsstelle. ²Sie kann hierzu Gutachten oder Stellungnahmen eines Amts- oder Vertrauensarztes oder sonstiger geeigneter Sachverständiger einholen. ³In Pflegefällen nach Abschnitt 6 sollen der Entscheidung die für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellten Gutachten zu Grunde gelegt werden. ⁴Der Beihilfeberechtigte ist bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen und der Angemessenheit und Notwendigkeit der Aufwendungen zur Mitwirkung verpflichtet, soweit es für ihn zumutbar ist.

(8) ¹Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen an einen Sachverständigen übermittelt werden. ²Ist eine Mitwirkung des Betroffenen an der Begutachtung nicht erforderlich, sind die personenbezogenen Daten vor der Übermittlung so zu verändern, dass der Sachverständige einen Personenbezug nicht herstellen kann.

(9) ¹Soweit ein Beleg über Aufwendungen im Ausland inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für einen Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen nach billigem Ermessen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der im Wesentlichen erbrachten Leistungen vorlegt. ²Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfegewährung von der Vorlage einer Übersetzung der Belege abhängig machen.

§ 63 Antragsfrist

¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. ²Bei Pflegeleistungen ist für das Entstehen der Aufwendungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. ³In den Fällen des § 44 Absatz 4 beginnt die Antragsfrist mit dem Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt. ⁴Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 64 Verwaltungsvorschriften

Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Abschnitt 9 Übergangsvorschriften

§ 65 Übergangsvorschriften

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

§ 66 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes

(1) ¹Zur Überleitung der am 31. Dezember 2016 vorhandenen Pflegebedürftigen in die Pflegegrade gilt § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. ²Für die Zuordnung zu einem Pflegegrad ist auf die Feststellung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung abzustellen.

(2) ¹Für am 31. Dezember 2016 vorhandene Pflegebedürftige im Sinne von § 48 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sind abweichend von Abschnitt 6 Aufwendungen bis zur Höhe der in § 49 Absatz 1 bis 3 und 6, §§ 50 und 53 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genannten Höchstbeträge, die sich mit Ausnahme des § 49 Absatz 6 aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ergeben, beihilfefähig, wenn dies günstiger ist. ²Für den erhöhten beihilfefähigen Betrag nach § 53 Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in Verbindung mit § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung gilt Absatz 3. ³Kurzfristige Unterbrechungen lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt. ⁴Im Übrigen gilt § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(3) ¹Ein Zuschlag nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Leistungen gewährt. ²§ 53 Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) ¹Ein Zuschlag nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung zu dem Zuschlag anteilige Leistungen gewährt. ²Die Beihilfe kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten unmittelbar an die Pflegeeinrichtung geleistet werden. ³Dem Antrag ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen. ⁴Im Fall des § 55 Absatz 4 gelten die Leistungen der Beihilfe nach Satz 1 und der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Teil der beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2.

(5) ¹§ 141 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. ²Hierbei ist auf die Mitteilung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nach § 44 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzustellen.

(6) ¹Für am 31. Dezember 2016 vorhandene Pflegebedürftige, die ambulant oder stationär von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, und deshalb unter den Anwendungsbereich des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fallen, sind Aufwendungen bis zur Höhe der in Abschnitt 6 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genannten Höchstbeträge, die sich aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung ergeben, beihilfefähig, wenn dies günstiger ist. ²Dem Antrag ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.

(7) ¹Wurde für den Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 53 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nicht ausgeschöpft, sind Aufwendungen, die im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2018 entstehen, in Höhe des nicht verbrauchten Betrages für Aufwendungen im Sinne von § 53 Absatz 2 zusätzlich dem Grunde nach beihilfefähig. ²Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die private oder soziale Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde legt. ³§ 144 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. ⁴Abweichend von § 63 kann für die in Satz 1 genannten Aufwendungen, die im Zeitraum ab 1. Januar 2015 entstanden sind und für die die Antragsfrist nach § 63 abgelaufen ist, Beihilfe gewährt werden, wenn diese bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 beantragt wurde.

(8) Im Jahr 2017 ist § 55 Absatz 5 Satz 2 bis 5 mit der Maßgabe anzuwenden, dass an Stelle des Monats Januar der Monat November zu Grunde zu legen ist.

Anlagen

Anlage 1
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Anlage 2
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern

Anlage 3
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Anlage 4
Kurortverzeichnis

Anlage 5
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für
Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung

Anlage 5a
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich
belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Anlage 6
Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen

Anlage 7
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung

Anlage 8
Antrag auf Gewährung von Beihilfe

Anlage 9
Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe

Anlage 10
Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage Pflege)

-
- 1 Die Sächsische Beihilfeverordnung ist zuletzt umfangreich durch **Verordnung vom 11. November 2020** (SächsGVBl. S. 590) geändert worden.

Änderungsvorschriften

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

vom 24. Februar 2016 (SächsGVBl. S. 113)

Berichtigung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen der Bekanntmachung der
Neufassung der Sächsischen Beihilfeverordnung

vom 24. November 2016 (SächsGVBl. S. 609)

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

vom 6. Oktober 2017 (SächsGVBl. S. 554)

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

vom 31. Januar 2019 (SächsGVBl. S. 120)

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

vom 11. November 2020 (SächsGVBl. S. 590)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:

A

- a) Ab- und Ausleitungsverfahren (zum Beispiel Aderlass, Biersche Stauung, Blutegeltherapie, Setzen von Cantharidenblasen oder Fontanellen, Schröpfen, Anwendung großer Saugapparate, Anwendung von Pustulanzen, Skarifikation der Haut)
- b) Antioxidative Therapie
- c) Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psychophonologische Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne, akustische Neuromodulation zur Tinnitusbehandlung)
- d) Atlastherapie nach Arlen
- e) Autohomologe Immuntherapien (zum Beispiel ACTI-Cell-Therapie)
- f) Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- g) Ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi

B

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

C

- a) Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- b) Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (zum Beispiel Visuelle Restitutions-therapie [VRT])
- c) Computergestützte mechanische Distaktionsverfahren zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED, DRX 9000, Accu-SPINA)
- d) Cytotoxologische Lebensmitteltests

D

DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)

E

- a) Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- b) Elektro-Neural-Diagnostik
- c) Epidurale Wirbelsäulen-Kathedertechnik nach Prof. Racz
- d) Ernährungstherapie nach Dr. Fratzer/Dr. Hebener

F

Frischzellentherapie

G

- a) Galvanotherapie einschließlich Electro-Cancer-Therapy (ECT)
- b) Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik [BFD], Mora-Therapie, Matrix-Rhythmus-Therapie)
- c) Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

H

- a) Heileurhythmie
- b) Höhenflüge (zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung)

I

- a) Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- b) 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) Kinesiologische Behandlung
- b) Kirlian-Fotografie
- c) Kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)
- d) Konduktive Förderung nach Petö

L

Laser-Behandlung im Bereich der Physikalischen Therapie

M

- a) Mikroimmuntherapie mit Spezifischen Nukleinsäuren (SNA)
- b) Modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antithaemin und Anhaemin, Orthokin-Therapie) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegengensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin, Behandlung mit Vergenix STR-Matrix)

N

- a) Neuraltherapie nach Huneke
- b) Neurostimulation nach Molsberger
- c) Neurotopische Diagnostik und Therapie
- d) Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

Osmotische Entwässerungstherapie

P

- a) Photodynamische Therapie in der Parodontologie
- b) Psycotron-Therapie
- c) Pulsierende Signaltherapie (PST)
- d) Pyramidenenergiebestrahlung

R

- a) Regeneresen-Therapie
- b) Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- c) Rolfing-Behandlung

S

- a) Schwingfeld-Therapie
- b) SIPARI-Methode (musiktherapeutische Behandlungsmethode bei chronischer Aphasie und Sprechapraxie)

– Singen, Intonation, Prosodie, Atmung, Rhythmus, Improvisation)

- c) Stammzellentherapie nach Dr. Toft

T

- a) Thermoregulationsdiagnostik
- b) Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
- c) Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophy (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)
- d) Trockenzellentherapie

V

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

Z

Zellmilieu-Therapie

2. Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

- a) Chelattherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Aufwendungen für alternative Schwermetallausleitungen sind nicht beihilfefähig.

- b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung; Implantation von Intraokularlinsen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillengläser oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- c) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

aa) Fokussierte Extrakorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT) im orthopädischen oder schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung verkalkender Sehnenerkrankungen (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporn (Fasziitis plantaris), der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapierefraktäre Achillodynie) oder des therapieresistenten Tennisellenbogens (therapierefraktäre Epicondylitis humeri radialis). Beihilfefähig sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge, insbesondere nach Nummer 445 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ, sind nicht beihilfefähig.

bb) Radiale Extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT) im orthopädischen oder schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis und des Fersensporn (Fasziitis plantaris). Beihilfefähig sind die Gebühren nach der Nummer 302 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ; Zuschläge sind nicht beihilfefähig.

- d) Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftungen, Gaskang-

rän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie, diabetischem Fußsyndrom ab Wagner Stadium II oder Tinnitusleiden, die mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbunden sind.

- e) Hyperthermiebehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

- f) 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.

- g) Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel mit Aludrin.

- h) Magnetfeldtherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophischen Pseudarthrosen, bei Endprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.

- i) Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- j) Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten zerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 3 beihilfefähig.

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern

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

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

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.9 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.</i>	8,00
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- oder Strömungsmessungen	9,00
17	Neurologische Untersuchungen	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00
18-23	Spezielle Behandlungen	
20	Atemtherapie, Massagen	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00
20.2	Nervenzpunktmassage zum Beispiel nach Cornelius und Aurelius, Spezialnervenmassage	6,00
20.3	Bindegewebsmassage	6,00
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00
20.5	Großmassage	6,00
20.6	Sondermassagen	
	a) Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00
	b) Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periotmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	c) Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00
21	Akupunktur	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00
22	Inhalationen	
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00
25-30	Blutentnahme - Injektionen - Infusionen	
25	Injektionen, Infusionen	
	<i>Die Aufwendungen für die bei Infusionen eingebrachten Arzneimittel sind nach Maßgabe des § 22 beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Präparate müssen angegeben sein.</i>	
25.1	Injektion, subkutan	5,00
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) je Sitzung	7,00
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50
25.7	Infusion	8,00
25.8	Dauertropfinfusion	12,50
26	Blutentnahmen	
26.1	Blutentnahme	3,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
27	(weggefallen)	
28	Infiltrationen	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00
29	Roedersches Verfahren	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00
30	Sonstiges	
30.1	Spülung des Ohres	5,00
31-33	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes	
31	Abszesse, Akne	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00
31.2	Entfernung von Aknepusteln je Sitzung	8,00
32	Versorgung einer frischen Wunde	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00
33.2	Elastische Stütz- oder Pflasterverbände	7,00
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Die Aufwendungen für die für den Verband verbrauchten Materialien sind in Höhe der nachweisbaren Kosten beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Materialien müssen angegeben sein.</i>	10,00
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Die Aufwendungen sind nur einmal je Sitzung beihilfefähig.</i>	19,00
35	Osteopathische Behandlung	
35.1	des Unterkiefers	11,00
35.2	des Schultergelenkes oder der Wirbelsäule	21,00
35.3	des Handgelenkes, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes oder des Fußgelenkes	21,00
35.4	des Schlüsselbeins oder des Kniegelenkes	12,00
35.5	des Daumens	10,00
35.6	des Fingers oder Zehs	10,00
36-39	Hydro- und Elektrotherapie	
36	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen	
	Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00
36.4	Kneippsche Güsse	4,00
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder	
	Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00
38	Spezialpackungen	
	Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.	
38.1	Fangopackungen	3,00
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00
38.4	Kneippsche Wickel- oder Ganzpackungen, Prießnitz- oder Schlenzpackungen	3,00
39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00
39.4	Faradisation, Galvanisation oder verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- oder Mikrowellenbehandlung	3,00
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	4,00
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	8,80 4,80 7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	14,90 18,20
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmer, Richtwert: 25 Minuten	9,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 19,50 15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
13	Bewegungsübungen a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmer, Richtwert: 20 Minuten	10,20 6,60
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 19,50 15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	46,20
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colon-massage, Richtwert: 20 Minuten b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20 18,50
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindematerial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	25,70 38,50 58,30 16,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
Bereich Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) b) Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid aa) Teilpackung bb) Großpackung	15,60 36,20 47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung) a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem b) Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	10,20 20,30
26	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und ähnliche, auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 6,10 5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	12,10 17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	43,30 52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad a) Vollbad	37,90 43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz a) Hand- oder Fußbad b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	8,80 17,60 24,40 4,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
37	Gashaltiges Bad a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	25,70 29,70 27,70 24,40 4,10
38	Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig. Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.	
Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90
Bereich Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
Bereich Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten d) Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	41,80 59,00 74,50 103,40
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmer a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	50,40 34,60 100,10 67,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
51	Einzelbehandlung a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	41,80 54,80 72,30 128,20 40,70 54,40 67,70
52	Gruppenbehandlung je Teilnehmer a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten	16,00 20,60 37,90 70,20
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung Richtwert: 30 Minuten	46,20
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	20,60
Bereich Podologie		
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Bereich Ernährungstherapie		
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
68	Gruppenbehandlung, je Teilnehmer, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00
Bereich Sonstiges		
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Anlage 4
(zu § 39 Absatz 2 und 5)

Kurortverzeichnis

Teil A Inland

1. Verzeichnis

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
A			
Aachen	a) 52066 Aachen	Burtscheid	Heilbad
	b) 52062 Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433 Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Abbach	93077 Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419 Ahlbeck	G	Ostseeheilbad
Ahrenschoop	18347 Ostseebad Ahrenschoop	G	Seebad
Aibling	83043 Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680 Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707 Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Andernach	56626 Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454 Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326 Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B			
Baden-Baden	76530 Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410 Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270 Baiersbronn	Schönmünzsch-Schwarzenberg, Obertal	Kneippkurort, Heilklimatischer Kurort
Baltrum	26579 Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429 Bansin	G	Ostseeheilbad
Bayersoien	82435 Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410 Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735 Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624 Bederkesa	G	Ort mit Moorkurbetrieb
Bellingen	79415 Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806 Bad Belzig	Bad Belzig	Thermalsoleheilbad
Bentheim	48455 Bad Bentheim	Bad Bentheim	Mineralheilbad
Berchtesgaden	83471 Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887 Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438 Bad Berka	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Berleburg	57319 Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460 Bad Berneck im Fichtelgebirge	Bad Berneck im Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Bernkastel-Kues	54470 Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864 Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660 Beuren	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Bevensen	29549 Bad Bevensen	Bad Bevensen	Jod- und Soleheilbad
Biberach	88400 Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Binz	18609 Ostseebad Binz auf Rügen	G	Seebad
Birnbach	84364 Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493 Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483 Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889 Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440 Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708 Bad Bocklet	G	Ort mit Mineral- und Moorbad
Bodenmais	94249 Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389 Bad Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087 Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Boltenhagen	23944 Ostseebad Boltenhagen	G	Ostseeheilbad
Boppard	56154 Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757 Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648 Bad Brambach	Bad Brambach	Mineralheilbad
Bramstedt	24576 Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Moorheilbad
Breisig	53498 Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929 Brilon	Brilon	Kneippkurort, Kneippheilbad
Brückenaue	97769 Bad Brückenaue	G – Stadt	Heilbad, Ort mit Mineral- und Moorbad
Buchau	88422 Bad Buchau	Bad Buchau	Moor- und Mineralheilbad
Buckow	15377 Buckow	G – ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257 Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761 Büsum	Büsum	Nordseeheilbad
Burg	03096 Burg im Spreewald	Burg	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Burgbrohl	56659 Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769 Burg/Fehmarn	Burg	Ostseeheilbad
C			
Camberg	65520 Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663 Bad Colberg-Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Cuxhaven	27478 Cuxhaven	Duhnen, Döse, Grimmershörn	Nordseeheilbad
D			
Dahme	23747 Dahme	Dahme	Ostseeheilbad
Damp	24351 Damp	Damp 2000	Ostseeheilbad
Daun	54550 Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Detmold	32760 Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582 Diez	Diez	Heilbad
Ditzenbach	73342 Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335 Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209 Bad Doberan	a) Bad Doberan b) Heiligendamm	Moorheilbad Ostseeheilbad
Driburg	33014 Bad Driburg	Bad Driburg	Heilbad
Düben	04849 Bad Düben	Bad Düben	Moorheilbad
Dürkheim	67098 Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073 Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	Soleheilbad und Heilklimatischer Kurort
E			
Ehlscheid	56581 Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707 Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Elster	04645 Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
Ems	56130 Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308 Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080 Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093 Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597 Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422 Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152 Bad Essen	Bad Essen	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Eutin	23701 Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F			
Feilnbach	83075 Bad Feilnbach	G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Feldberg	17258 Feldberger Seenlandschaft	Feldberg	Kneippkurort
Finsterberg	99898 Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538 Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567 Bad Frankenhausen	G	Soleheilbad
Freiburg	79098 Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Freienwalde	16259 Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250 Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichroda	99894 Friedrichroda	Friedrichroda, Finsterbergen	Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718 Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629 Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Füssing	94072 Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Eggfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Saffertetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
G			
Gaggenau	76571 Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Gandersheim	37581 Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Soleheilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467 Garmisch-Partenkirchen	G – ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395 Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129 Gersfeld	K	Heilklimatischer Kurort
Glücksburg	24960 Glücksburg	Glücksburg	Ostseeheilbad
Göhren	18586 Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644 Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba-Berggießhübel	01816/01819 Bad Gottleuba-Berggießhübel	a) Bad Gottleuba b) Berggießhübel	Moorheilbad Kneippkurort
Graal-Müritz	18181 Graal-Müritz	G	Ostseeheilbad
Grasellenbach	64689 Grasellenbach	K	Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086 Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal, Weghof	Heilbad
Grömitz	23743 Grömitz	Grömitz	Ostseeheilbad
Grönenbach	87728 Grönenbach	a) Bad Grönenbach, Au, Brandholz, In der Tarrast, Egg, Gemeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel b) Ehwiesmühle, Falken, Ittelsburg, Schulerloch, Streifen, Thal, Vordergsäng, Hintergsäng, Grönenbach-Weiler	Kneippheilbad Kneippkurort
Großenbrode	23775 Großenbrode	G	Ostseeheilbad
Grund	37539 Bad Grund	Bad Grund	Ort mit Heilstollenkurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
H			
Haffkrug-Scharbeutz	23683 Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Ostseeheilbad
Haigerloch	72401 Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Harzburg	38667 Bad Harzburg	K	Soleheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Heilbrunn	83670 Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774 Heiligenhafen	Heiligenhafen	Ostseeheilbad
Heiligenstadt	37308 Heilbad Heiligenstadt	G	Soleheilbad
Helgoland	27498 Helgoland	G	Nordseeheilbad
Herbstein	36358 Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17442 Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und Soleheilbad
Herrenalb	76332 Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251 Bad Hersfeld	K	Heilbad
Hille	32479 Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet
Hindelang	87541 Bad Hindelang	G	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856 Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Hitzacker	29456 Hitzacker	Hitzacker	Kneippkurort
Höchenschwand	79862 Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557 Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671 Höxter	Bruchhausen	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Hohwacht	24321 Hohwacht	G	Ostseeheilbad
Homburg	61348 Bad Homburg	K	Heilbad
Horn	32805 Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I			
Iburg	49186 Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippkurort
Isny	88316 Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J			
Juist	26571 Juist	G	Nordseeheilbad
K			
Karlshafen	34385 Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117 Kassel	Bad Wilhelmshöhe	Heilbad und Kneippheilbad
Kellenhusen	23746 Kellenhusen	Kellenhusen	Ostseeheilbad
Kissingen	97688 Bad Kissingen	G	Ort mit Mineral- und Moorbad
Klosterlausnitz	07639 Bad Klosterlausnitz	G	Heilbad
König	64732 Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126 Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631 Bad Königshofen i. Grabfeld	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462 Königstein	K und Falkenstein	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Kösen	06628 Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzing	91444 Bad Kötzing	Stadtteil Kötzing	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433 Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708 Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543 Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189 Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381 Krumbach (Schwabben)	B – Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
Kühlungsborn	18225 Ostseebad Kühlungsborn	G	Seebad
L			
Laasphe	57334 Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196 Bad Laer	G	Soleheilbad
Langensalza	99947 Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465 Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651 Bad Lausick	Bad Lausick	Heilbad
Lauterberg	37431 Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853 Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448 Bad Liebenstein	G	Heilbad
Liebenwerda	04924 Bad Liebenwerda	G	Moorheilbad
Liebenzell	75378 Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678 Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175 Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556 Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356 Bad Lobenstein	G	Moorheilbad
Ludwigsburg	71638 Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
M			
Malente	23714 Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531 Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470 Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487 Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666 Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980 Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mettlach	66693 Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
Mölln	23879 Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116 Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellenkurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Münder	32848 Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Münster/Stein	55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902 Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Muskau	02953 Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N			
Nauheim	61231 Bad Nauheim	K	Heilbad und Kneippkurort
Naumburg	34309 Naumburg	K	Kneippheilbad
Nenndorf	31542 Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Moorheilbad und Mineralheilbad
Neualbenreuth	95698 Neualbenreuth	B – Kurmittelhaus Sibyllenbad und Badehaus Maiersreuth	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Neubulach	75386 Neubulach	Neubulach	Heilstollenkurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427 Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626 Neukirchen	K	Kneippheilbad
Neustadt/D	93333 Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/Harz	99762 Neustadt/Harz	G	Heilklimatischer Kurort
Neustadt/S	97616 Bad Neustadt a. d. Saale	G	Heilbad
Nidda	63667 Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nieheim	33039 Nieheim	G	Heilklimatischer Kurort
Nonnweiler	66620 Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946 Norddorf/ Amrum	Norddorf	Norsseeheilbad
Norden	26506 Norden	Norddeich/Westermarsch II)	Nordseeheilbad
Norderney	26548 Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845 Nordstrand	G	Nordseeheilbad
Nümbrecht	51588 Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O			
Oberstausen	87534 Oberstausen	G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561 Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545 Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939 Olsberg	Olsberg	Kneippkurort, Kneippheilbad
Orb	63619 Bad Orb	K	Heilbad
Ottobeuren	87724 Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466 Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P			
Pellworm	25847 Pellworm	Pellworm	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Petershagen	32469 Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740 Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Prerow	18375 Ostseebad Prerow	G	Seebad
Preußisch Oldendorf	32361 Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209 Prien a. Chiemsee	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinde Wildenwart und den Gemeindeteil Vachendorf	Kneippkurort
Pymont	31812 Bad Pymont	K	Moor- und Mineralheilbad
R			
Radolfzell	78315 Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486 Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenu	74906 Bad Rappenu	Bad Rappenu	Soleheilbad
Reichenhall	83435 Bad Reichenhall	Bad Reichenhall mit Bayerisch Gmain und Karlstein-Nonn	Ort mit Mineral- und Moorbad
Reichshof	51580 Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579 Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776 Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476 Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214 Bad Rothenfelde	G	Soleheilbad
Rottach-Egern	83700 Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S			
Saalfeld/Saale	97318 Saalfeld/Saale	G, ausgenommen Orstteil Arnsgereuth	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Saarow	15526 Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441 Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713 Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162 Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Sole- und Moorheilbad
Salzgitter	38259 Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Solekurbetrieb
Salzschlirf	36364 Bad Salzschlirf	K	Heilbad
Salzungen	32105 Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Kneippkurort
Salzungen	36433 Bad Salzungen	Bad Salzungen, Dorf Allendorf	Soleheilbad
Sasbachwalden	77887 Sasbachwalden	G	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Sassendorf	59505 Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348 Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814 Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683 Scharbeutz	Scharbeutz	Ostseeheilbad
Scheidegg	88175 Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816 Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388 Schlangenbad	K	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Schleiden	53937 Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301 Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859 Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392 Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft c) Nordenau	Kneippkurort, Kneippheilbad, Ort mit Heilstollenkurbetrieb Heilklimatischer Kurort Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Schmiedeberg	06905 Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömburg	75328 Schömburg	Schömburg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471 Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217 Schönberg	Holm	Ostseeheilbad
Schönborn	76669 Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624 Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141 Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427 Bad Schussenried	Bad Schussenried	Moorheilbad
Schwalbach	65307 Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645 Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611 Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795 Bad Segeberg	G	Heilbad
Sellin	18586 Ostseebad Sellin	G	Seebad
Siegsdorf	83313 Siegsdorf	B – Adelholzener Primusquelle	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Sobernheim	55566 Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Heilbad
Soden am Taunus	65812 Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628 Bad Soden-Salmünster	K	Heilbad
Soltau	29614 Soltau	Soltau	Ort mit Solekurbetrieb
Sooden-Allendorf	37242 Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474 Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837 St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826 St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Nordseeheilbad und Schwefelbad
Staffelstein	96226 Bad Staffelstein	a) G b) B – Thermalsolbad Bad Staffelstein (Obermain Therme)	Heilbad Heilquellenkurbetrieb
Steben	95138 Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714 Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173 Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Suderode	06507 Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334 Bad Sülze	G	Peloidkurbetrieb
Sulza	99518 Bad Sulza	G	Soleheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
T			
Tabarz	99891 Bad Tabarz	G	Kneippheilbad
Tecklenburg	49545 Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684 Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385 Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268 Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955 Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thiessow	18586 Ostseebad Thiessow	G	Seebad
Thyrnau	94136 Thyrnau	B – Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669 Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Ostseeheilbad
Titisee-Neustadt	79822 Titisee-Neustadt	Titisee	Heilklimatischer Kurort
Todtmoos	79682 Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646 Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841 Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570 Travemünde	Travemünde	Ostseeheilbad
Treuchtlingen	91757 Treuchtlingen	B – Altmühltherme, Lambertusbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Triberg	78098 Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U			
Überkingen	73337 Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662 Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574 Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V			
Vallendar	56179 Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Vilbel	61118 Bad Vilbel	K	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Villingen-Schwenningen	78050 Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602 Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W			
Waldbronn	76337 Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Waldsee	88399 Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	Moorheilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434 Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486 Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Waren (Müritz)	17192 Waren (Müritz)	G	Heilbad
Warnemünde	81119 Hansestadt Rostock	G	Seebad
Weißenstein am See	95163 Weißenstein	B – Gesundheitshotel Weißenstein GmbH & Co. KG	Heilquellenkurbetrieb
Weiskirchen	66709 Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996 Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Nordseeheilbad
Westerland	25980 Westerland	Westerland	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ/Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Wiesbaden	65189 Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesbaden	09488 Thermalbad Wiesbaden	Thermalbad Wiesbaden	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Wiessee	83707 Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323 Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537 Bad Wildungen	K und Reinhardshausen	Heilbad
Willingen	34508 Willingen (Upland)	a) K	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
		b) Usseln	Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336 Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206 Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	Soleheilbad
Windsheim	91438 Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955 Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946 Wittdün/Amrum	Wittdün	Nordseeheilbad
Wörishofen	86825 Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364 Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429 Wolkenstein	Warmbad	Heilbad
Wünnenberg	33181 Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410 Bad Wurzach	Bad Wurzach	Moorheilbad
Wustrow	18347 Ostseebad Wustrow	G	Seebad
Wyk a. F.	25938 Wyk a. F.	Wyk	Nordseeheilbad
Z			
Zingst	18374 Ostseebad Zingst	G	Ostseeheilbad
Zwesten	34596 Bad Zwesten	K	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Zwischenahn	26160 Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Moorheilbad

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

2. Register der Kurorte (Ortsteile),
die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an
anderer Stelle aufgeführt sind

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Allendorf	Salzungen
Alsbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Angering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Berg	Stuttgart
Berggießhübel	Gottleuba
Bernwies	Heilbrunn
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Döse	Cuxhafen
Dürnöd	Füssing
Duhnen	Cuxhafen
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Egglfing a. Inn	Füssing
Ehwiesmühle	Grönenbach
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Falken	Grönenbach
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Finsterbergen	Friedrichroda
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gemünd	Schleiden
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a. d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn
Grafschaft	Schmallenberg
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Grimmershörn	Cuxhaven
Grönenbach-Weiler	Grönenbach
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hiddesen	Detmold
Hintergsäng	Grönenbach
Hinterstallau	Heilbrunn
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei	Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
I		O	
Imnau	Haigerloch	Obergammenried	Wörishofen
In der Tarrast	Grönenbach	Obermühl	Heilbrunn
Irching	Füßing	Oberreuthen	Füßing
Ittelsburg	Grönenbach	Obersteinbach	Heilbrunn
J		Obertal	Baiersbronn
Jauchen	Oberstdorf	Ölmühle	Grönenbach
Jordanbad	Biberach	Oos	Baden-Baden
K		Orscholz	Mettlach
Kalkofen	Abbach	Ostfeld	Heilbrunn
Karlstein-Nonn	Reichenhall	Ostrau	Schandau
Kellberg	Thyrnau	P	
Kibling	Reichenhall	Pichl	Füßing
Kiensee	Heilbrunn	Pimsöd	Füßing
Kleinwindsheimermühle	Windsheim	Poinzaun	Füßing
Klevers	Grönenbach	R	
Kornau	Oberstdorf	Rachental	Endorf
Kornhofen	Grönenbach	Ramsau	Heilbrunn
Kreuzbühl	Grönenbach	Randringhausen	Bünde
Krippen	Schandau	Raupolz	Grönenbach
Krumbad	Krumbach	Rechberg	Grönenbach
Krummsee	Malente	Reichenbach	Waldbronn
Kueser Plateau	Bernkastel-Kues	Reindlschmiede	Heilbrunn
Kurf	Endorf	Reinhardshausen	Wildungen
Kutschenrangen	Berneck	Reute	Oberstdorf
L		Riedenburg	Füßing
Lambertusbad	Treuchtlingen	Ringang	Oberstdorf
Langau	Heilbrunn	Rödlasberg	Berneck
Langenbach	Marienberg	Röthardt	Aalen
Langenbrücken	Schönborn	Rotenfels	Gaggenau
Lautzkirchen	Blieskastel	Rothenstein	Grönenbach
Lichtental	Baden-Baden	Rothenuffeln	Hille
Linden	Heilbrunn	S	
M		Safferstetten	Füßing
Manneberg	Grönenbach	Saig	Lenzkirch
Meinberg	Horn	Salzhausen	Nidda
Mettnau	Radolfzell	Salzig	Boppard
Mingolsheim	Schönborn	Sand	Emstal
Mitterreuthen	Füßing	Schieferöd	Füßing
Monheimsallee	Aachen	Schillig	Wangerland
Mürnsee	Heilbrunn	Schöchlöd	Füßing
N		Schönau	Heilbrunn
Neutrauchburg	Isny	Schöneschach	Wörishofen
Niederholz	Grönenbach	Schönmünzach	Baiersbronn
Niendorf	Timmendorfer Strand	Schulerloch	Grönenbach
Norddeich	Norden	Schwand	Oberstdorf
Nordenau	Schmallenberg	Schwarzenberg	Baiersbronn
O		Schwenden	Grönenbach
Oberbuchen	Heilbrunn	Sebastiansweiler	Mössingen
Oberenzenau	Heilbrunn	Seebruch	Vlotho
Oberes Hart	Wörishofen	Seefeld	Grönenbach
Oberfischbach	Tölz	Senkelteich	Vlotho
		Sibyllenbad	Neualbenreuth
		Sohl	Elster
		Spielmannsau	Oberstdorf
		Steinach	Waldsee

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei	Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Steinreuth	Füssing	W	
Streifen	Grönenbach	Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Ströbing	Endorf	Waldliesborn	Lippstadt
		Walkmühle	Windsheim
T		Warmbad	Wolkenstein
Thal	Grönenbach	Warmeileithen	Berneck
Thalau	Füssing	Weghof	Griesbach
Thalham	Füssing	Weichs	Abbach
Thierham	Füssing	Weidach	Füssing
Thürham	Aibling	Weiherweber	Heilbrunn
Timmdorf	Malente	Westermarsch II	Norden
Tönisstein	Andernach	Westernkotten	Erwitte
Tönisstein	Burgbrohl	Wies	Füssing
		Wiesweber	Heilbrunn
U		Wildstein	Traben-Trarbach
Unterbuchen	Heilbrunn	Wilhelmshöhe	Kassel
Unterenzenau	Heilbrunn	Wörnern	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen	Würding	Füssing
Untergammenried	Wörishofen		
Untersteinbach	Heilbrunn	Z	
Unterreuthen	Füssing	Zell	Aibling
Usseln	Willingen	Ziegelberg	Grönenbach
		Ziegelstadel	Grönenbach
V		Zieglöd	Füssing
Valdorf-West	Vlotho	Zinnheim	Marienberg
Voglherd	Heilbrunn	Zwicklarn	Füssing
Voglöd	Füssing		
Vordergsäng	Grönenbach		

**Teil B
Ausland**

1. Europäische Union

Land	Ort	Land	Ort
Bulgarien	Seebad Goldstrand		Swinemünde Ortsteil Usedom Ustroń
Frankreich	Aix-les-Bains Amélie-les-Bains Cambo-les-Bains Dax La Roche-Posay	Rumänien	Bad Felix/Baile Felix
Italien	Abano Terme Galzignano Ischia Meran Montegrotto Montepulciano	Slowakei	Bojnice/Weinitz Dudince Piestany Turčianske Teplice
		Slowenien	Moravske Toplice (Therme 3000)
		Spanien	Archena (Murcia)
Kroatien	Cres	Tschechien	Bad Belohrad/Lazne Belohrad Bad Joachimsthal/Jachymov Bad Luhatschowitz/Luhacovice Bad Teplitz/Lazne Teplice v Cechach Franzensbad/Frantiskovy Lazne Freiwaldau/Lazne Jesenik Johannisbad/Janske Lazne Karlsbad/Karlovy Vary Konstantinsbad/Konstantinovy Lazne Marienbad/Marianske Lazne
Lettland	Jūrmala		
Litauen	Druskininkai		
Österreich	Bad Gastein Bad Hall in Tirol Bad Hofgastein Bad Ischl Bad Schönau Bad Traunstein Bad Waltersdorf Gröbming-Mitterberg Oberlaa	Ungarn	Bad Heviz Bad Zalakaros Bük Hajduszoboszlo Komarom Sarvar
Polen	Bad Flinsberg/Swieradow-Zdroj Kolberg/Kolobrzeg		

2. Außerhalb der Europäischen Union

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

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

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

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

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

2. Genanalyse

- a) Einmalige Pauschale in Höhe von 3 500 Euro für eine an Brust- oder Eierstockkrebs Erkrankte (Indexfall).
- b) Einmalige Pauschale in Höhe von 250 Euro, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.

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

3. Früherkennungsmaßnahmen

Pauschale für das intensiviertere Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm in Höhe von 580 Euro einmal je Kalenderjahr.

4. Präventive Operationen

Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

(1) Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
 2. Tumorgewebsdiagnostik,
 3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation) und
 4. Früherkennungsmaßnahmen
- zusammen und sind in Höhe der Pauschalen nach den Absätzen 2 bis 5 beihilfefähig.

(2) Für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung beträgt die Pauschale einmalig 600 Euro je Familie. Diese umfasst die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einer Person der Familie einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist, sind in Höhe von 300 Euro beihilfefähig. Die Aufwendungen werden dem Ratsuchenden zugeordnet.

(3) Für die Tumorgewebsdiagnostik beträgt die Pauschale 500 Euro. Diese umfasst die immunhistochemische Untersuchung an Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe, zur Zeit BRAF-Mutation V600E und Methylierung des MLH1-Promotors. Ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig. Bei klinischem Verdacht auf Vorliegen eines Polyposis-Syndroms entfällt eine Tumorgewebsdiagnostik.

(4) Für die genetische Analyse beträgt die Pauschale

1. einmalig 3 500 Euro für einen an Darmkrebs Erkrankten (Indexfall) oder bei Vorliegen der Voraussetzungen bei einem Ratsuchenden (Verdachtsfall),

2. einmalig 350 Euro, wenn es sich bei dem Ratsuchenden um eine gesunde Person handelt und diese nur auf eine in der Familie bekannte Genmutation prädiaktiv oder diagnostisch getestet wird.

Aufwendungen für eine Genanalyse nach Nummer 1 bei einem Indexfall sind beihilfefähig, wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen. Die Genanalyse nach Nummer 1 wird bei den Indexfällen durchgeführt. Im Fall eines gesunden Ratsuchenden wird der an Darmkrebs erkrankte Verwandte untersucht, wenn nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung erfolgt ist. Bei dieser Genanalyse handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest zur Feststellung weitergehender Therapieansätze bei der erkrankten Person, dessen Kosten diesem zugerechnet werden. Wenn aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Person abgeleitet werden können oder wenn sie eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, wird die Genanalyse als sogenannter prädiaktiver Gentest der gesunden Person zugeordnet. Das Vorliegen einer solchen Voraussetzung ist durch schriftliche ärztliche Stellungnahme oder durch schriftliche Dokumentation der Ablehnung nachzuweisen.

(5) Für Früherkennungsmaßnahmen beträgt die Pauschale jährlich 540 Euro bei gesicherten Anlageträgern für ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom. Diese umfasst die endoskopische Früherkennung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien sowie gegebenenfalls weiterer erforderlicher Maßnahmen. Aufwendungen für die Krebsfrüherkennung aufgrund weiterer individueller Empfehlungen, die im Ergebnis der Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko ausgesprochen wurden, sind beihilfefähig.

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Hebammen

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil A		
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung		
1	<p>Beratung der Schwangeren, auch mit Kommunikationsmedium</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 1 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölf Mal als individuelle persönliche Beratung beihilfefähig. Terminvereinbarungen und Serienberatungen (zum Beispiel Informationen/Newsletter als allgemeine und nicht persönliche Hinweise) sind nicht beihilfefähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den Nummern 2 bis 5 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 1 ist an demselben Tag nur dann mehr als einmal beihilfefähig, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in diesem Fall in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.</i></p>	14,40
2	<p>Individuelle Basisdatenerhebung und Leistungsauskunft</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2 ist bei jeder Schwangeren als Pauschale nur einmal beihilfefähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 2.4, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich. Bei vorliegender Notwendigkeit ist im zeitlichen Zusammenhang neben der Leistung nach Nummer 2 die Leistung nach Nummer 5 beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn neben der Leistung nach Nummer 2 im zeitlichen Zusammenhang die Leistung nach Nummer 2.3 abgerechnet wird.</i></p>	57,64
2.3	<p>Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2.3 ist bei jeder Schwangeren als Pauschale einmal beihilfefähig</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2.3 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 2.4, 5, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.</i></p>	80,28
2.4	<p>Spezifisches Aufklärungsgespräch zum gewählten Geburtsort</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2.4 ist bei jeder Schwangeren, die die Absicht hat, im häuslichen Umfeld, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung oder mit einer Begleit-Beleghebamme in einem Krankenhaus zu gebären, als Pauschale einmal beihilfefähig, sofern dieses Aufklärungsgespräch für den gewählten Geburtsort vor der 38. SSW stattfand.</i></p> <p><i>Die Absicht der Schwangeren, im häuslichen Umfeld, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung oder mit einer Begleit-Beleghebamme in einem Krankenhaus zu gebären, ist zu dokumentieren.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2.4 ist neben Leistungen nach den Nummern 1, 2, 2.3, 5, 6 und 8 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistungserbringung nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.</i></p>	80,28
3	<p>Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 3 ist beihilfefähig</i></p> <p>a) <i>bei normalem Schwangerschaftsverlauf,</i></p> <p>b) <i>bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt,</i></p> <p>c) <i>wenn die Schwangere wegen eines pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.</i></p> <p><i>Die Vorsorgeuntersuchung ist im Mutterpass nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BANz. Nr. 60a vom 27. März 1986), die zuletzt am 21. April 2016 (BANz. AT 19. Juli 2016 B5) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung zu dokumentieren.</i></p>	55,66

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	<i>Die Leistung nach Nummer 3 ist hinsichtlich der Zeitintervalle (in der Regel alle vier oder zwei Wochen) und Leistungsinhalte entsprechend der Mutterschafts-Richtlinien nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert wurde.</i>	
4	<p>GDM-Screening</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 4 ist ausschließlich als sogenannter Vortest und nur einmal beihilfefähig und beinhaltet auch die Entnahme von Körpermaterial.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 4 ist nur beihilfefähig, soweit sie im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung nach Nummer 3 und nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert wurde.</i></p>	14,17
5	<p>Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten</p> <p><i>Nicht beihilfefähig sind Leistungen ohne persönliche Hilfestellung bei der Schwangeren.</i></p> <p><i>Dauert die Leistung nach Nummer 5 länger als 3 Stunden, so ist die Notwendigkeit der über 3 Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</i></p>	37,26
5.1	<p>Nummer 5 mit allgemeinem Zuschlag</p> <p><i>Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i></p>	44,69
6	<p>CTG – Cardiotokografische Überwachung</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 6 ist je Tag höchstens zwei Mal beihilfefähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.</i></p>	15,93
7	<p>Geburtsvorbereitung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p>	14,33
8	<p>Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung höchstens 28 Unterrichtseinheiten zu 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 8 ist nur bei nachfolgenden Indikationen/Sachverhalten auf ärztliche Anordnung beihilfefähig:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – schwere Behinderung der Frau – vorzeitige Wehen, Frühgeburtsbestrebungen, infauste Prognose, zu erwartende Totgeburt – Grunderkrankung, Bettlägerigkeit, stationärer Aufenthalt <p><i>Die Leistung nach Nummer 8 ist neben der Leistung nach Nummer 8.3 nicht beihilfefähig.</i></p>	18,59
8.3	<p>Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung, ohne ärztliche Anordnung höchstens 28 Unterrichtseinheiten zu 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 8.3 ist nur bei nachfolgender Indikation/Sachverhalt ohne ärztliche Anordnung beihilfefähig:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Schwangere beabsichtigt, ihr Kind in Adoptionspflege zu geben <p><i>Die Leistung nach Nummer 8.3 ist neben der Leistung nach Nummer 8 nicht beihilfefähig.</i></p>	18,59
Teil B		
Leistungen zur Geburtshilfe		
<p><i>(1) Die Leistungen nach den Nummern 9.1, 9.3 und 13.3 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu einer Stunde vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Gesondert beihilfefähig sind gegebenenfalls Leistungen nach den Nummern 14, 15, 24 und 25.</i></p> <p><i>(2) Die Leistungen nach den Nummern 10 bis 13.1 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu 8 Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Gesondert beihilfefähig sind gegebenenfalls Leistungen nach den Nummern 14, 15, 24 und 25. Eine abgebrochene außerklinische Geburt nach der Nummer 16 und eine Beleggeburt nach der Nummer 9 sind nebeneinander beihilfefähig, wenn die Hebamme, die die Geburt außerklinisch betreut hat, diese in der Klinik als Beleggeburt beendet.</i></p> <p><i>(3) Eine nicht vollendete außerklinische Geburt ist nach Nummer 16 nur beihilfefähig, wenn die Befundung bei Geburtsbeginn ergeben hat, dass die Geburt am geplanten Ort begonnen werden kann.</i></p> <p><i>(4) Eine nicht vollendete außerklinische Geburt nach Nummer 16 und eine Begleit-Beleggeburt nach Nummer 9.3 sind im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang nebeneinander beihilfefähig, wenn die Hebamme, die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische physiologische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände in die Klinik überweist und als Begleit-Beleggeburt beendet.</i></p> <p><i>(5) Die Leistungen nach Nummer 16 sind bei Dienst-Beleghebammen nicht neben Leistungen nach den Nummern 9.1, 9.3 und 13.1 bis 13.5 beihilfefähig.</i></p> <p><i>(6) Die jeweiligen Leistungen für Hebammen sind auch dann beihilfefähig, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.</i></p>		

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	<p>(7) Die Leistungen nach den Nummern 9.1, 9.3 und 13.1 bis 13.5 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.</p> <p>(8) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt der Geburt oder der Fehlgeburt, im Falle der Nummer 16 der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung und im Falle der Nummer 17 bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</p>	
9.1	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus als Dienst-Beleghebamme	298,08
9.2	Nummer 9.1 mit allgemeinem Zuschlag	357,55
9.3	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus als Begleit-Beleghebamme	352,08
9.4	Nummer 9.3 mit allgemeinem Zuschlag	422,50
10	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	589,55
10.1	Nummer 10 mit allgemeinem Zuschlag	707,49
11	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	947,48
11.1	Nummer 11 mit allgemeinem Zuschlag	1 179,09
12	Hilfe bei einer Geburt im häuslichen Umfeld	1 149,75
12.1	Nummer 12 mit allgemeinem Zuschlag	1 421,80
13.1	Hilfe bei einer Fehlgeburt als ambulante hebammenhilfliche Leistung	396,59
13.2	Nummer 13.1 mit allgemeinem Zuschlag	475,92
13.3	Hilfe bei einer Fehlgeburt als Dienst-Beleghebamme	207,00
13.4	Nummer 13.3 mit allgemeinem Zuschlag	248,40
13.5	Hilfe bei einer Fehlgeburt als Begleit-Beleghebamme	207,00
13.6	Nummer 13.5 mit allgemeinem Zuschlag	248,40
14	Versorgung einer Naht mit Ausnahme eines Dammrisses III. oder IV. Grades	74,38
15	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	173,54
16	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt, für jede angefangenen 30 Minuten	37,26
16.1	Nummer 16 mit allgemeinem Zuschlag	44,69
17	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangenen 30 Minuten	51,05
	<p><i>Die Leistung nach Nummer 17 ist bis zu einer Dauer von 4 Stunden beihilfefähig. Dies gilt entsprechend, wenn die außerklinisch begonnene Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 17 ist auch bei einer Geburt in einem Krankenhaus beihilfefähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.</i></p>	
17.1	Nummer 17 mit allgemeinem Zuschlag	61,27
	Teil C Leistungen während des Wochenbetts	
	<p>(1) Die Leistungen nach den Nummern 18 und 20 bis 23 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung sowie Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 24 und 25. Die Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21, 23 und 25 sind auch nach einer Fehlgeburt sowie einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt beihilfefähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Pflegefamilie oder Adoptivpflege befindet oder eine Totgeburt erfolgte.</p> <p>(2) Leistungen nach der Nummer 18.3 dienen der Betreuung des Kindes (zum Beispiel in Fällen der Pflegefamilie, der Adoption oder bei Tod sowie erkrankungsbedingter Abwesenheit der Mutter). Für die Beihilfefähigkeit der Leistungen nach Nummer 18.3 ist eine schriftliche Begründung erforderlich.</p> <p>(3) Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt sind insgesamt bis zu 20 Wochenbettbetreuungen für die Mutter (mit oder ohne Kind) nach den Nummern 18, 20, 21 und 23 beihilfefähig. Dies gilt entsprechend für ein Kind nach Absatz 2. Während des Aufenthalts in einer Klinik sind je Tag zwei Wochenbettbetreuungen nach Nummer 20 beihilfefähig, sofern die Wochenbettbetreuung nicht mit dem Personal der Klinik im Rahmen der Klinikvergütung abgedeckt ist. Sind mehr als zwei Leistungen an einem Tag notwendig, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich. Für die Betreuung außerhalb der Klinik gilt: Beginnend vom ersten Tag nach der Geburt verringert sich das beihilfefähige Kontingent um zwei Leistungen je vollendetem Tag des stationären Aufenthaltes der Schwangeren im Krankenhaus. Für die Überschreitung des verbleibenden Leistungskontingents ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.</p>	

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	<p>(4) Im Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 oder 23 beihilfefähig. Mehr als 16 dieser Leistungen sind in diesem Zeitraum nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.</p> <p>(5) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu acht Leistungen nach der Nummern 18.3 beihilfefähig, wenn das Kind nicht bei der leiblichen Mutter versorgt werden kann. Mehr als acht dieser Leistungen sind in diesem Zeitraum nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.</p> <p>(6) Eine weitere Leistung an demselben Tag zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt nach den Nummern 18, 20, 21 sowie 23 ist beihilfefähig bei Vorliegen insbesondere folgender Gründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, Gedeihstörung des Säuglings, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, Behinderung oder behandlungsbedürftige Krankheit der Mutter, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei aufsuchende Wochenbettbetreuungen nach den Nummern 18 bis 21 an demselben Tag sind nur beihilfefähig, wenn sie ärztlich angeordnet wurden.</p> <p>(7) Nach Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt sind Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 sowie 23 nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation beihilfefähig.</p> <p>(8) Die Leistungen nach den Nummern 18, 20, 21 sowie 23 sind nicht im unmittelbar zeitlichen Zusammenhang beihilfefähig.</p> <p>(9) Maßgebender Zeitpunkt für die Beihilfefähigkeit der nach diesem Teil vorgesehenen Zuschläge ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</p>	
18	Aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin	69,23
18.1	Nummer 18 mit allgemeinem Zuschlag	83,07
18.3	<p>Aufsuchende Wochenbettbetreuung beim Kind</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 18.3 ist je Wochenbettbetreuung als Pauschale beihilfefähig, sofern das Neugeborene nicht von der Mutter versorgt werden kann (zum Beispiel in Fällen der Pflegschaft, der Adoption oder bei Tod sowie erkrankungsbedingter Abwesenheit der Mutter). Für die Beihilfefähigkeit ist eine schriftliche Begründung erforderlich sowie die Benennung der unterzeichnenden Person (Name und Funktion).</i></p>	69,23
18.5	Nummer 18.3 mit allgemeinem Zuschlag	83,07
19	<p>Zuschlag zur ersten aufsuchenden Wochenbettbetreuung</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 19 ist nur einmal beihilfefähig für die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung in Kombination mit einer Leistung nach Nummer 18 oder 18.3.</i></p>	14,17
20	Wochenbettbetreuung in einem Krankenhaus	33,73
20.1	Nummer 20 mit allgemeinem Zuschlag	40,43
21	<p>Nicht aufsuchende Wochenbettbetreuung</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 21 ist beihilfefähig, wenn die Hebamme aufgesucht wird.</i></p>	56,25
21.1	Nummer 21 mit allgemeinem Zuschlag	67,48
22	<p>Zuschlag für eine Wochenbettbetreuung von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 22 ist je Wochenbettbetreuung nach Nummer 18 bis 21 einmal für das zweite und jedes weitere Kind pro Kind beihilfefähig.</i></p>	23,06
23	<p>Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 23 ist als individuelle persönliche Beratung beihilfefähig. Terminvereinbarungen und Serienberatungen (zum Beispiel Informationen/Newsletter als allgemeine und nicht persönliche Hinweise) sind nicht beihilfefähig.</i></p>	12,64
24	<p>Erstuntersuchung des Kindes (U 1)</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 24 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.</i></p>	18,95
	<p>Teil D</p> <p>Sonstige Leistungen</p>	
25	<p>Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen einschließlich Versand- und Portokosten</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 25 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nummer 3 Buchstabe b in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet wurde.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 25 ist auch beihilfefähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist sowie auf ärztliche Anordnung.</i></p>	14,17

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	<i>Die Leistung nach Nummer 25 ist nur beihilfefähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde und nicht bereits im Mutterpass oder im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist.</i>	
26	Postpartale Überwachung, für jede angefangenen 30 Minuten (mit ärztlicher Anordnung) <i>Die Leistung nach Nummer 26 ist bei der Überwachung der Mutter sowie des Kindes auf ärztliche Anordnung beihilfefähig. Die Leistung nach Nummer 26 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i>	37,17
26.1	Nummer 26 mit allgemeinem Zuschlag <i>Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i>	44,60
26.3	Postpartale Überwachung, für jede angefangenen 30 Minuten (ohne ärztliche Anordnung) <i>Die Leistung nach Nummer 26.3 ist bei der Überwachung der Mutter sowie des Kindes ohne ärztliche Anordnung für 2 Stunden beihilfefähig. Die Leistung nach Nummer 26.3 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i>	37,17
26.5	Nummer 26.3 mit allgemeinem Zuschlag <i>Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i>	44,60
26.7	Pulsoxymetrie <i>Die Leistung nach Nummer 26.7 ist nur einmalig beihilfefähig. Die Leistung nach Nummer 26.7 ist beihilfefähig, soweit sie nicht bereits von einem anderen Leistungserbringer erbracht wurde und im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.</i>	14,17
27	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten) <i>Die Leistung nach Nummer 27 ist nur beihilfefähig, wenn die Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.</i>	14,33
27.3	Einzelrückbildungsgymnastik auf ärztliche Anordnung höchstens 20 Unterrichtseinheiten zu 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit <i>Die Leistung nach Nummer 27.3 ist nur bei nachfolgenden Indikationen/Sachverhalten auf ärztliche Anordnung beihilfefähig:</i> – schwere Behinderung der Frau – Totgeburt oder totes Kind, SIDS – schwer krankes/behindertes Kind – Kind wurde in Pflegschaft/Adoptionspflegschaft gegeben <i>Die Leistung nach Nummer 27.3 ist nur beihilfefähig, wenn die Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.</i>	18,59
28	Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes <i>Die Leistung nach Nummer 28 ist frühestens nach Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt beihilfefähig. Leistungen nach den Nummern 28 und 29 sind insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum beihilfefähig. Mehr als insgesamt acht Leistungen nach Nummer 28 sind in diesem Zeitraum nur beihilfefähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.</i>	66,91
28.1	Nummer 28 mit allgemeinem Zuschlag <i>Maßgeblich für die Beihilfefähigkeit dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i>	80,30
28.2	Zuschlag zu der Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten bei Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind <i>Die Leistung nach Nummer 28.2 ist je Hilfeleistung nach Nummer 28 für das zweite und jedes weitere Kind einmal je Kind beihilfefähig.</i>	23,06
29	Beratung bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsschwierigkeiten des Kindes mit Kommunikationsmedium <i>Die Leistung nach Nummer 29 ist frühestens nach Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt beihilfefähig. Leistungen nach den Nummern 28 und 29 sind insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum beihilfefähig.</i>	12,64

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil E Auslagenersatz/Wegegeld		
30	Wegegeld bei einer Entfernung von bis zu 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr	2,32
31	Wegegeld bei einer Entfernung von bis zu 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr	3,28
32	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 8 Uhr bis 20 Uhr, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,81
33	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr, für jeden zurückgelegten Kilometer	1,11
33.1	Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, jeweils für die Hin- und Rückfahrt und unabhängig von der Entfernung zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung sowie der Tageszeit <i>Die tatsächlich entstandenen Fahrtkosten bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sind beihilfefähig, wenn die entsprechenden Belege in Kopie der Rechnung beigelegt sind.</i>	2,89
34	Materialpauschale für Vorsorgeuntersuchung als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale nach Nummer 34 ist neben der Pauschale nach Nummer 35 nicht beihilfefähig.</i>	3,31
35	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale nach Nummer 35 ist neben den Pauschalen nach Nummern 34 und 36 nicht beihilfefähig.</i>	2,43
36	Materialpauschale Geburtshilfe als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale nach Nummer 36 ist nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt beihilfefähig. Bei Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der Abrechnung enthalten, die das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Die Pauschale nach Nummer 36 ist nicht beihilfefähig, wenn diese durch eine Beleghebamme erbracht wird.</i>	61,26
37	Materialpauschale, zusätzlich zu Nummer 36, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen als ambulante hebammenhilfliche Leistung	45,63
38	Materialpauschale für aufsuchende Wochenbettbetreuung als ambulante hebammenhilfliche Leistung	30,14
38.1	Materialpauschale für Neugeborenen-Screening als ambulante hebammenhilfliche Leistung	3,47
38.2	Materialpauschale für Pulsoxymetrie als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 38.2 ist nur einmal beihilfefähig.</i>	6,74
39	Materialpauschale bei Beginn der aufsuchenden Wochenbettbetreuung später als vier Tage nach der Geburt als ambulante hebammenhilfliche Leistung	18,67
39.1	Materialpauschale für Fäden ziehen (Dammaht) als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale ist höchstens einmal neben den Nummern 38 oder 39 beihilfefähig. Die Pauschale nach Nummer 39.1 ist nicht neben der Pauschale nach Nummer 39.2 beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Mehrlingsgeburten.</i>	8,30
39.2	Materialpauschale für Fäden/Klammern entfernen (Sectionaht) als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Pauschale ist höchstens einmal neben den Nummern 38 oder 39 beihilfefähig. Die Pauschale nach der Nummer 39.2 ist nicht neben der Pauschale nach Nummer 39.1 beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Mehrlingsgeburten.</i>	6,48
40	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten als ambulante hebammenhilfliche Leistung <i>Die Leistung nach Nummer 40 umfasst auch die Kosten der Auswertung des Formblatts.</i>	10,33

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung

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

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

	Behandlungsmethoden (§ 4 Abs. 4 Satz 1)	Indikationen (§ 45 Abs. 1 Nr. 1)	Begrenzung der Versuchszahlen (§ 45 Abs. 1 Nr. 2)
e)	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	– Schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermioogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der WHO zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind.	Höchstens drei Versuche, wobei der dritte Versuch nur beihilfefähig ist, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.

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

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

Anlage 8
(zu § 62 Absatz 1)

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

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

**Antrag auf
Gewährung von Beihilfe**

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

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

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

1.	<p>Bei wiederholter Antragstellung:</p> <p>Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: Lebenspartner) oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nummer _____ <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7. Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</p>																																								
2.	<p>Angaben zum Dienstverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter/Richter seit:</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages seit _____ Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">von</th> <th style="width: 30%;">bis</th> <th style="width: 40%;">Grund¹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>¹ Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 98 Absatz 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.</small></p>	von	bis	Grund ¹																																					
von	bis	Grund ¹																																							
3.	<p>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 35%;">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennamen)</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Geburtsdatum</th> <th colspan="2" style="width: 15%;">Wegfall</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>ab</th> <th>Ja</th> <th>ab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K1.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K2.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K3.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K4.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K5.</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennamen)	Geburtsdatum	Wegfall		Wiederaufnahme		Ja	ab	Ja	ab	K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiennamen)	Geburtsdatum			Wegfall		Wiederaufnahme																																			
		Ja	ab	Ja	ab																																				
K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					

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

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

10.	<p>Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen! <input type="checkbox"/> Nein</p>
11.	<p>Ich beantrage die Geburtspauschale</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> Nein</p>
12.	<p>Auszahlung der Beihilfe</p> <p>Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten überwiesen. Eine Überweisung an einen Dritten ist nur im Ausnahmefall und unter Angabe von Gründen möglich. Gegebenenfalls Empfänger, Bankverbindung und Begründung auf einem gesonderten Blatt beifügen. Eine Auszahlung an mehrere Empfänger ist nicht möglich.</p>
13.	<p>Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</p> <p>Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördlicher Datenschutzbeauftragter, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.</p>
14.	<p>Erklärung</p> <p>Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.</p> <p>Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.</p> <p>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ Euro</p> <p>Anzahl der beigefügten Belege: _____</p> <p>Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in Kopie vorlegen.</p>
	<p>Ort, Datum _____ Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten _____</p> <p style="text-align: center;">Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt</p>

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn	vom
------------------------------------	-----

Hinweise:

Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch.

A = Antragsteller, E = Ehegatte, L = Lebenspartner, K = Kind

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

Anlage 9

(zu § 62 Absatz 1)

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

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

Kurzantrag auf Gewährung von Beihilfe

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

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

→ Anlage „Pflege“ ist beigelegt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

Langantrag Kurzantrag Anlage „Pflege“

Bei Änderung der nachstehenden Sachverhalte

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

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

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

Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

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

Erklärung

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

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

Ich habe für die beantragte Beihilfe einen **Abschlag** erhalten

Ja, in Höhe von _____ Euro

Nein

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ **Euro**

Anzahl der beigefügten Belege: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Vollmacht

liegt der

ist beigefügt

Festsetzungsstelle vor

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau /Herrn	vom
------------------------------------	-----

Hinweise:

Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch.

A = Antragsteller, E = Ehegatte, L = Lebenspartner, K = Kind

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

4.	Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen		
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)		Dauer der Pflege je Pflegeperson in Stunden/Woche
	Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 1a SGB VI besteht. Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bereits vor
5.	Abschlagszahlung		
	Hinweis: Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich. <input type="checkbox"/> Neuantrag: Ich beantrage erstmalig eine Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate, ab (Monat/Jahr): _____ <input type="checkbox"/> Folgeantrag: <input type="checkbox"/> Ich versichere, dass das Pflegegeld im zurückliegenden Zeitraum ohne Kürzungen von der Pflegeversicherung gezahlt wurde: von: _____ (Monat/Jahr) bis: _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Es gab im zurückliegenden Zeitraum Unterbrechungen (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege und so weiter) von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____ von: _____ (Tag/Monat/Jahr) bis: _____ (Tag/Monat/Jahr) Grund: _____ <input type="checkbox"/> Ich beantrage gleichzeitig die Abschlagszahlung des Pflegegeldes für weitere 6 Monate.		
6.	Bei vollstationärer Pflege		
	Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Absatz 4 SächsBhVO)		
	(nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung)		
	Hinweise: Bei Einkommen nach Buchstabe a bis e ist das im Januar bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen und hier anzugeben. Wurde im Januar des laufenden Kalenderjahres kein Einkommen nach Buchstabe a bis e bezogen, ist das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Dies gilt auch bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Buchstabe f bis h. Verringert sich dieses Einkommen im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich, ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zu Grunde zu legen. Bei monatlich schwankenden Einkommen nach Buchstabe f bis h soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt und angegeben werden. Wird glaubhaft gemacht, dass die Einnahmen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zu Grunde zu legen. Bei Einkünften nach Buchstabe g sind Verluste aus einer solchen Tätigkeit nicht zu berücksichtigen.		
	Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter sind beizufügen!		
	Einkommen (in Euro)	Antragsteller	Ehegatte/ Lebenspartner
a	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
b	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
c	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag nach § 55 Absatz 2 Satz 1 SächsBeamtVG)		

d	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge		
e	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
f	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
g	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit		
h	Lohnersatzleistungen		

--	--	--	--

Ort, Datum _____	Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt
------------------	--