

**Fünfte Verwaltungsvorschrift
zur Änderung der Verwaltungsvorschrift
des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen
zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung
(VwV-SächsBhVO)**

Vom 16. Mai 2025

I.

Die **Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung** vom 24. Februar 2016 (SächsABl. SDr. S. S 266), die zuletzt durch die Verwaltungsvorschrift vom 23. Oktober 2024 (SächsABl. S. 1285) geändert worden ist, zuletzt enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 1. Dezember 2023 (SächsABl. SDr. S. S 253), wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1.1.2 Satz 12 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Hieran fehlt es beispielsweise bei einer Chromosomenuntersuchung wegen einer genetischen Veränderung in Form einer balancierten Translokation, da diese die Veränderung des Chromosomensatzes unverändert lässt (VGH Mannheim, Urteil vom 29. Juni 2017, 2 S 2014/16), oder bei medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (vergleiche Nummer 45.1.1).“
- b) Nach Nummer 1.2.1 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Teilzeitbeschäftigten Beamten steht der Beihilfeanspruch in voller Höhe zu. Dies gilt auch bei teilbeurlaubten Professoren bei gemeinsamen Berufungen im sogenannten Aachener Modell (§ 63 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Satz 2 des Sächsischen Hochschulgesetzes), solange diesen zumindest ein Teil der Besoldung gewährt wird.“

2. Nummer 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4.3.12 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
- b) Nummer 4.5 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 4.5.10.2.10 wird durch die folgende Nummer 4.5.10.2.10 ersetzt:
„4.5.10.2.10 Zu Nummer 2180
Der Wortlaut der Leistungsbeschreibung von Gebührennummer 2180 („plastisches Aufbaumaterial“) ist umfassend, so dass hierunter grundsätzlich jedes plastische Material – auch Kompositkunststoff – fällt (AG Neukölln, Urteil vom 29. August 2011, 7 C 106/11). Für eine analoge Abrechnung weiterer Gebührennummern (zum Beispiel Nummern 2120 oder 2150) liegen die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht vor (Urteil des VG Dresden vom 17. Februar 2025, 11 K 1079/23).“
 - bb) Die bisherigen Nummern 4.5.10.2.10 bis 4.5.10.2.32 werden die Nummern 4.5.10.2.11 bis 4.5.10.33.
 - cc) Nummer 4.5.10.3.2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Bei entsprechender Indikation kann für die DVT die Nummer 5370 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte als beihilfefähig anerkannt werden; die Zuschlagsposition Nummer 5377 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte ist grundsätzlich nicht beihilfefähig (so auch VG Dresden, Urteil vom 17. Februar 2025, 11 K 1079/23).“
- c) Nummer 4.6.1 wird durch die folgende Nummer 4.6.1 ersetzt:
„4.6.1 Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen nach Maßgabe eines Vertrages oder einer Vereinbarung von Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, von Unternehmen privater Krankenversicherungen oder anderen Kostenträgern mit Leistungserbringern setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf die

vertragliche Vereinbarung Bezug genommen wird. Kostenträger sind beispielsweise auch der Bund, die Länder, die Postbeamtenkrankenkasse oder die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Rechnungen bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden. Beispiele sind:

- a) Vergütungsvereinbarungen des PKV-Verbandes mit Cyberknife-Zentren (umfasst auch das Verfahren ZAP-X),
- b) Kooperationsvereinbarung des PKV-Verbandes mit der Tele-Arzt-GmbH,
- c) Rahmenvereinbarung des PKV-Verbandes mit dem Universitätsklinikum Köln und Kooperationspartnern über die Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie bei Lungenkrebs im Netzwerk Genomische Medizin (NGM),
- d) Rahmenvereinbarung des PKV-Verbandes mit der LMU München über die Erbringung einer hochpräzisen MR-geführten Strahlentherapie mit MR-Linac,
- e) Innovationspartnerschaft des PKV-Verbandes mit der Cepheid GmbH über den Einsatz des Testsystems GeneXpert® zur Schnelltestung von Infektionskrankheiten vor Ort in der Arztpraxis,
- f) Innovationspartnerschaft des PKV-Verbandes mit der nal van minden GmbH über den Einsatz des molekulardiagnostischen Testsystems NADAL® PCR Analyzer® zum molekularen Einzelnachweis einer viralen Erreger-RNA oder -DNA vor Ort in der Arztpraxis,
- g) Innovationspartnerschaft des PKV-Verbandes mit der Bosch Healthcare Solutions GmbH über den Einsatz des molekulardiagnostischen Testsystems Vivalytic® zum molekularen Einzelnachweis eines viralen oder bakteriellen Erregers durch ein patientennahes Real-Time-PCR und CE-zertifiziertes Point-of-Care-System vor Ort in der Arztpraxis,
- h) PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarungen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (siehe auch Nummer 8.6).

Sofern ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit dem Leistungserbringer abgeschlossen hat, gilt dies nur für den Bereich des Grundtarifs einschließlich wahlärztlicher Leistungen, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot über den beihilfefähigen Umfang hinaus umfassen (zum Beispiel Einbettzimmer), beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig und wirtschaftlich angemessen und damit nicht beihilfefähig sind. Bestehen Verträge mit verschiedenen Versicherungsunternehmen, ist vorrangig der Vertrag der Beihilfefestsetzung zu Grunde zu legen, der mit dem Unternehmen, bei dem der Beihilfeberechtigte versichert ist, abgeschlossen wurde.“

- d) In Nummer 4.7.1 Satz 1 wird die Angabe „§ 20 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 20 Absatz 5“ ersetzt.

3. Nach Nummer 8.5 wird die folgende Nummer 8.6 eingefügt:

- „8.6 Durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurde zum 1. Januar 2024 die sektorengleiche Vergütung (sogenannte Hybrid-DRG), die auf der Vorschrift des § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht, eingeführt. Es handelt sich dabei um bestimmte operative Leistungen, die vormals in der Regel (kurz-)stationär erbracht wurden und nun primär ambulant durchgeführt werden sollen, wobei bei entsprechender medizinischer oder sozialer Indikation auch weiterhin eine Behandlung mit anschließender Übernachtung im Krankenhaus zulässig ist; dann handelt es sich um eine stationäre Krankenhausbehandlung, deren Beihilfefähigkeit sich nach § 20 richtet. Zur Erbringung spezieller sektorengleicher Leistungen berechtigt sind neben Krankenhäusern insbesondere ambulante Operationszentren, Praxiskliniken, medizinische Versorgungszentren sowie die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen

zusammenwirkenden Ärzte. Die Umsetzung dieser speziellen sektorengleichen Leistungen erfolgte zunächst durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung zum 1. Januar 2024 mit einem Startkatalog von Leistungen sowie den für diese Leistungen abrechnungsfähigen Fallpauschalen (Hybrid-DRG). Im Jahr 2024 schlossen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstmals eine Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung ab. In Anlage 1 (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) dieser Vereinbarung sind die zulässigen Leistungen, die über Hybrid-DRG vergütet werden, abgebildet. Anlage 2 dieser Vereinbarung beinhaltet die leistungsbezogene spezielle sektorengleiche Vergütung für diese Leistungen in Form von Fallpauschalen. Die Hybrid-DRG-Vereinbarung soll jährlich abgeschlossen werden. Über die abgeschlossenen PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarungen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (erstmalig vom 6. Februar 2024) gilt die jeweilige Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung mit ihren Anlagen auch im Bereich der privaten Krankenversicherung. Aufwendungen für Leistungen, die danach abgerechnet werden, sind beihilfefähig.“

4. In Nummer 12.1.9 Satz 2 wird die Angabe „(GKV)“ durch die Angabe „(zum Beispiel GKV)“ ersetzt.
5. In Nummer 16a.4.1 Satz 2 wird die Angabe „tief greifenden“ durch die Angabe „tiefgreifenden“ ersetzt.
6. Nummer 20 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 20.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 20.1.1 wird durch die folgenden Nummern 20.1.1 bis 20.1.3 ersetzt:

„20.1.1	Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (vergleiche § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, § 39 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Die Krankenhausbehandlung im Sinne des § 20 kann vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär oder vor- und nachstationär erbracht werden (vergleiche Nummer 20.2.8).
20.1.2	Die Angemessenheit der stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung, die seit 1. Januar 2017 von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erbracht werden kann, richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung. Die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ergibt sich aus der Vereinbarung gemäß § 115d Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit den Fachgesellschaften, die am 31. März 2017 in Kraft getreten ist. Sie ist auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.
20.1.3	Die tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus ist seit dem 29. Dezember 2022 möglich. Nach § 115e Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann eine tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung dann erfolgen, wenn die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Die Angemessenheit der tagesstationären Krankenhausbehandlung richtet sich nach § 115e Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft

abgeschlossenen Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung, die am 1. Mai 2023 in Kraft getreten ist. Die Abrechnungsvereinbarung ist auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.“

- bb) Die bisherige Nummer 20.1.2 wird die Nummer 20.1.4.
- cc) Die bisherige Nummer 20.1.3 wird die Nummer 20.1.5 und Satz 4 und 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die beihilfefähigen tagesbezogenen Pflegeentgelte ergeben sich aus dem Produkt der Pflegeerlös-Bewertungsrelation pro Tag (vergleiche Pflegeerlöskatalog) und dem krankenhausindividuellen Pflegeentgelt. Aufwendungen für gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zusätzlich zu einer Fallpauschale in Rechnung gestellte Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge (siehe auch Nummer 20.1.8) sowie sonstige festgelegte Entgelte sind beihilfefähig.“
- dd) Nach der neuen Nummer 20.1.5 wird die folgende Nummer 20.1.6 eingefügt:

„20.1.6 Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit ambulanter Krankenhausleistungen, die nach der sektorengleichen Vergütung (sogenannte Hybrid-DRG) abgerechnet werden, wird auf Nummer 8.6 verwiesen.“
- ee) Die bisherige Nummer 20.1.4 wird die Nummer 20.1.7.
- ff) Die bisherige Nummer 20.1.5 wird durch die folgende Nummer 20.1.8 ersetzt:

„20.1.8 Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die pauschalen Entgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 1 (DRG-System) oder § 17d Absatz 2 Satz 3 (PEPP-System) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einbezogen sind, richten sich diese nach Vereinbarungen für Zu- oder Abschläge auf Bundesebene (§ 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Sie werden in unregelmäßigen Abständen neu vereinbart. Die möglichen Zu- und Abschläge veröffentlicht der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite. Die Übersicht enthält auch den Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus, der auf einer vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem PKV-Verband sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffenen Vereinbarung nach § 17b Absatz 1a Nummer 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beruht (Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung). Für den Aufnahmetag und jeden weiteren vollstationären Aufenthaltstag ab dem 1. Januar 2025 ist ein Zuschlag in Höhe von 60 Euro für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson vereinbart. Dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Aufwendungen für berechnete Zuschläge sind im Fall der medizinisch notwendigen Aufnahme der Begleitperson beihilfefähig. Aufwendungen in dieser Höhe können auch bei der Ermittlung des beihilfefähigen Höchstbetrages für Krankenhäuser, die nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind (Absatz 2), als beihilfefähig berücksichtigt werden. Die Ausnahmen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind abschließend in Absatz 3 Satz 2 und 3 geregelt.“
- gg) Die bisherigen Nummern 20.1.6 bis 20.1.15 werden die Nummern 20.1.9 bis 20.1.18.
- b) Nummer 20.2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 20.2.3 Satz 10 wird die Angabe „Nummer 20.1.2“ durch die Angabe „Nummer 20.1.4“ ersetzt.
 - bb) Nummer 20.2.8 wird durch die folgenden Nummern 20.2.8 und 20.2.9 ersetzt:

20.2.8 Liegt eine ambulante Krankenhausbehandlung vor, scheidet eine auf die Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegeverordnung gestützte Vergütung und damit eine

Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 und 2 aus. Vollstationäre, teilstationäre, tagesstationäre, stationsäquivalente und ambulante Krankenhausbehandlung sind in erster Linie anhand der aufgrund eines ärztlichen Behandlungsplans vorgesehenen Aufenthaltsdauer abzugrenzen (BSG, Urteil vom 4. März 2004, B 3 KR 4/03 R; BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, B 3 KR 17/06 R; BSG, Urteil vom 19. September 2013, B 3 KR 34/12 R).

- a) Eine vollstationäre Behandlung liegt vor, wenn der Patient physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert ist und dies mindestens für einen Tag und eine Nacht geschieht. Die Behandlung ist nur dann vollstationär, wenn der Patient zeitlich ununterbrochen im Krankenhaus untergebracht ist. Die Aufnahmeentscheidung auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach außen regelmäßig zum Beispiel durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes und das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen dokumentiert.
- b) Sonderform der vollstationären Behandlung ist die stationsäquivalente Behandlung. Dabei handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung ohne Bett, weil diese im häuslichen Umfeld (Home Treatment) erbracht wird. Sie umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen und wird durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams des Krankenhauses durchgeführt. Die Krankenhäuser können dabei auch Leistungserbringer im ambulanten Versorgungsbereich mit Teilleistungen beauftragen. Sie ist gleichwertig mit einer vollstationären Behandlung und wie diese notwendig, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Sie wird von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen als stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht.
- c) Eine teilstationäre Behandlung ist anzunehmen, wenn eine zeitlich nicht durchgehende Krankenhausbehandlung geplant ist, also ein Aufenthalt von weniger als einem Tag und einer Nacht. Sie erfordert ebenfalls eine Aufnahme, wobei die medizinisch-organisatorische Infrastruktur des Krankenhauses nur zeitlich begrenzt und inhaltlich weniger umfassend, dafür aber regelmäßig wiederkehrend in Anspruch genommen wird, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist. Kennzeichnend ist hier eine zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber, bei der die Nacht zu Hause verbracht wird (Tageskliniken), oder auf die Behandlung abends und nachts (zum Beispiel bei krankhaften Schlafstörungen), bei der der Patient sich tagsüber in seinem normalen Umfeld bewegt (Nachtkliniken).
- d) Aus dem aufgrund von § 115e Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erstellendem Evaluationsbericht 2023 des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergibt sich, dass die Erbringung einer tagesstationären Behandlung die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung sowie zwischen Aufnahme- und Entlasstag mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses voraussetzt. Außerdem muss der für die tagesstationäre Behandlung erforderliche mindestens

sechsstündige Aufenthalt der Patienten, innerhalb dessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, zwischen 6:00 Uhr und 22:00 Uhr liegen. Sofern der Patient ungeplant vor 6:00 Uhr des Folgetages in das Krankenhaus zurückkehrt, liegt keine tagesstationäre Behandlung mehr vor. Gründe für eine ungeplante Rückkehr können ein Notfall, ein weiterer medizinischer Behandlungsbedarf oder der Wunsch des Patienten sein.

- e) Ambulante Behandlungen im Krankenhaus betreffen neben besonderen Versorgungsformen der GKV (zum Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) auch ‚klassische‘ ambulante Behandlungen wie Operationen. Ob die Operation ambulant oder stationär erfolgt, ergibt sich aus dem ärztlichen Behandlungsplan. Keine ambulante Operation liegt vor, wenn der Patient die Nacht vor oder nach dem Eingriff im Krankenhaus verbringt.
- f) Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung können auftreten, wenn sich die Behandlung über einen längeren Zeitraum erstreckt, aber nicht täglich stattfindet (sogenannte Intervallbehandlung). Zu den ambulanten Behandlungen zählt beispielsweise die Dialyse, bei der der Patient nicht jeden Tag, aber mehrmals die Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt wird (BSG, Urteil vom 4. März 2004, B 3 KR 4/03 R unter Hinweis auf § 2 Absatz 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung; ähnlich § 2 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).
- g) Eine nach physisch und organisatorischer Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem erfolgte stationäre Behandlung liegt auch dann vor, wenn der Patient gegen den ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt; dann handelt es sich um eine sogenannte ‚abgebrochene‘ stationäre Behandlung. Hat der Patient seine ‚Selbstentlassung‘ jedoch noch vor Umsetzung der Einweisung auf die entsprechende Station oder die Zuweisung eines Bettes erwirkt, liegt noch keine physische und organisatorische Eingliederung vor (BSG, Urteil vom 25. Juni 2024, B 1 KR 12/23 R zur Unzulässigkeit der Abrechnung einer Aufnahmeuntersuchung bei einer ambulanten Notfallbehandlung in einem DRG-Krankenhaus als vorstationäre Behandlung bei nicht erfolgter stationärer Aufnahme). Auch wenn die Kosten für die Aufnahmeuntersuchung von gesetzlich Versicherten in diesem Fall möglicherweise aus der Gesamtvergütung nach § 85 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch die Kassenärztliche Vereinigung getragen werden, sind hierfür erstellte privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (vergleiche Nummer 4.5.2) dem Grunde nach beihilfefähig.

20.2.9 Durch zweiseitige Verträge oder Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung nach § 112 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auf Landesebene keine über die nach § 7 des Krankenhausentgeltgesetzes bundesrechtlich abschließend festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgeltatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen von DRG-Krankenhäusern festgelegt werden. Entsprechende Vereinbarungen, aufgrund derer Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen abgerechnet werden dürfen, die in § 7 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht aufgeführt sind, sind nichtig (hierzu BSG, Urteil vom 25. Juni 2024,

B 1 KR 12/23 R) und können der Beihilfefestsetzung daher nicht zugrunde gelegt werden.“

- c) In Nummer 20.3.1 Satz 1 wird die Angabe „Nummer 20.1.5“ durch die Angabe „Nummer 20.1.6“ ersetzt.
7. Nummer 23 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Nummer 23.1.1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
„Die Ausbildungskosten zum Blindenführhund dagegen sind nicht beihilfefähig.“
 - b) In Nummer 23.2.1 Großbuchstabe C Kleinbuchstabe e wird die Angabe „alltagsrelevante“ durch die Angabe „alltagsrelevanten“ ersetzt.
 - c) Nummer 23.2.3 Großbuchstabe B wird wie folgt geändert:
 - aa) Kleinbuchstabe m wird gestrichen.
 - bb) Die bisherigen Kleinbuchstaben n bis p werden die Kleinbuchstaben m bis o.
8. Nummer 32.1.2 wird durch die folgende Nummer 32.1.2 ersetzt:
„32.1.2 Fahrtkosten zur ambulanten (hierzu gehören auch ganztätig ambulante oder teilstationäre Behandlungen) oder stationären, auch tagesstationären Krankenbehandlung können nur zwischen dem Aufenthaltsort des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.“
9. Nummer 37 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Nummer 37.2.6.1 Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Ausnahmen von der danach definierten Wohnortnähe können im Einzelfall gegeben sein, wenn die ambulante medizinische Rehabilitation zum Beispiel auf Grund des hohen Spezialisierungsgrades der Einrichtung nur an dieser erfolgversprechend durchgeführt werden kann und dies vom behandelnden Arzt ausdrücklich empfohlen wird. Um dem mit der Vorgabe der Wohnortnähe verbundenen Ziel der Vermeidung von Unterbringungskosten zu entsprechen, sind eventuell zusätzlich anfallende Kosten für eine Unterkunft nicht beihilfefähig.“
 - b) Nummer 37.3.6 wird durch die folgende Nummer 37.3.6 ersetzt:
„37.3.6 Auf Nummer 20.1.18 (Gemischte Krankenanstalten) wird hingewiesen.“
10. Nummer 40 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 40.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 40.1.2 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
„Insoweit sind Empfehlungen der STIKO zu Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe ebenfalls beihilfefähig.“
 - bb) Nummer 40.1.3 wird durch die folgende Nummer 40.1.3 ersetzt:
„40.1.3 Bislang wurde bestimmt, dass Schutzimpfungen, die von der Sächsischen Impfkommision (SIKO) empfohlen werden, ebenfalls beihilfefähig sind. Damit sind beispielsweise Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen (Influenza) ohne Einschränkungen beihilfefähig. Ferner ist damit auch die Schutzimpfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für Personen ab dem vollendeten 9. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr beihilfefähig. Aufwendungen für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Schutzimpfungen sind ohne Einschränkungen beihilfefähig. Eine Prüfung, ob sich die geimpfte Person tatsächlich in einem FSME-Risikogebiet aufhält, erfolgt nicht. Ebenso sind Schutzimpfungen gegen Masern für empfängliche, das heißt ungeimpfte Personen, ohne Altersbegrenzung beihilfefähig. Die SIKO veröffentlicht mittlerweile keine eigenen Impfeempfehlungen mehr. Schutzimpfungen, die von der SIKO bislang empfohlen wurden, sind weiterhin dem Grunde nach beihilfefähig. Gleiches gilt für Empfehlungen zu anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe.“
 - cc) In Nummer 40.1.12 Satz 5 wird nach der Angabe „ergibt“ die Angabe „(vergleiche Nummer 40.4.4)“ eingefügt.
 - b) Nummer 40.4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 40.4.2 Satz 1 wird die Angabe „bislang nur“ gestrichen.

- bb) Nach Nummer 40.4.3 wird die folgende Nummer 40.4.4 eingefügt:
- „40.4.4 Mit der auf Grundlage des § 20i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Verordnung zum Anspruch auf Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV-Prophylaxeverordnung) wird der Anspruch auf Prophylaxe gegen RSV-Viren geregelt. Aufgrund dessen sind entsprechende Aufwendungen für Kinder, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, dem Grunde nach beihilfefähig. Beihilfefähig sind zur Prophylaxe gegen RSV-Viren einmalig Aufwendungen für Arzneimittel, die den monoklonalen Antikörper Nirsevimab enthalten.“

11. Nummer 45.1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 45.1.1 wird durch die folgende Nummer 45.1.1 ersetzt:
- „45.1.1 Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nicht als Behandlung einer Krankheit anzusehen, sondern sind als eigenständiger Beihilfefall anzusehen, bei dem Beihilfe nicht aus Anlass einer Krankheit, sondern aus Anlass der Unfähigkeit eines Ehepaares, auf natürlichem Weg Kinder zu zeugen, gewährt wird. Der Begriff der Krankheit kann nicht durch Auslegung dahingehend erweitert werden, dass er auch den Wunsch nach einer erfolgreichen Familienplanung in einer Ehe umfasst. Die künstliche Befruchtung beseitigt keinen regelwidrigen körperlichen Zustand, sondern umgeht ihn mit Hilfe medizinischer Technik, ohne auf dessen Heilung zu zielen (VGH München, Beschluss vom 24. Mai 2022, 24 ZB 20.2268).“
- b) Die bisherigen Nummern 45.1.1 bis 45.1.10 werden die Nummern 45.1.2 bis 45.1.11.
- c) Die bisherige Nummer 45.1.11 wird die Nummer 45.1.12 und wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nummer 45.1.9“ durch die Angabe „Nummer 45.1.10“ ersetzt.
- bb) In Satz 6 wird die Angabe „Nummer 45.1.15“ durch die Angabe „Nummer 45.1.16“ ersetzt.
- d) Die bisherigen Nummern 45.1.12 bis 45.1.16 werden die Nummern 45.1.13 bis 45.1.17.

12. Nummer 47.1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Nummern 47.1.1 bis 47.1.3 werden durch die folgenden Nummern 47.1.1 bis 47.1.5 ersetzt:
- „47.1.1 Aufwendungen für Erste Hilfe können insbesondere bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen entstehen. Umfasst sind dabei insbesondere rettungsdienstliche Maßnahmen. Zum Begriff des Rettungsdienstes wird auf die Begriffsbestimmungen in § 2 Absatz 3 des Sächsisches Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz verwiesen. Rettungsdienst umfasst danach die Notfallrettung und den Krankentransport. Notfallrettung ist die in der Regel unter Einbeziehung von Notärzten erfolgende Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen bei Notfallpatienten, die Herstellung ihrer Transportfähigkeit und ihre unter fachgerechter Betreuung erfolgende Beförderung in das für die weitere Versorgung nächstgelegene geeignete Krankenhaus oder die nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung. Notfallpatienten sind Kranke oder Verletzte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten. Krankentransport ist die anderen Kranken, Verletzten oder sonst Hilfebedürftigen nötigenfalls geleistete Hilfe und ihre unter fachgerechter Betreuung erfolgende Beförderung.
- 47.1.2 Aufwendungen für Abschlepp- und Bergungskosten von Sachen sowie die Suche nach Personen oder Sachen sind keine Maßnahmen im Rahmen der Ersten Hilfe im Sinne des Absatzes 1. Diese Aufwendungen sind daher auch dann nicht beihilfefähig, wenn diese einer rettungsdienstlichen Maßnahme an einer verletzten oder erkrankten Person vorangehen (zum Beispiel die Beseitigung von Geröll, Lawinen oder eines verunfallten Fahrzeugs, um Zugang zu einer verletzten Person zu erhalten).
- 47.1.3 Die Notwendigkeit, Verletzten oder Erkrankten Erste Hilfe zu leisten, ergibt sich aus den Umständen des Einzelfalls. Diese Aufwendungen sind neben

Aufwendungen nach Abschnitt 2 und § 44 Absatz 1 beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für sich anschließende Rettungsfahrten und -flüge, zum Beispiel ins Krankenhaus, richtet sich nach § 32 Absatz 2. Zur Beihilfefähigkeit für Aufwendungen zur Überführung einer Leiche oder Urne wird auf § 36 verwiesen.

- 47.1.4 Sind durch Erste-Hilfe-Leistungen besondere Kosten entstanden, zum Beispiel für die Herbeiholung eines Arztes, den Einsatz von Rettungskräften, Sanitätern und anderen Personen, für einen Krankenwagen oder sonstige Beförderungsmittel, sind diese Aufwendungen einschließlich der dabei verbrauchten Stoffe (insbesondere Arznei-, Hilfs- und Verbandmittel) beihilfefähig.
- 47.1.5 Für rettungsdienstliche Maßnahmen richtet sich die wirtschaftliche Angemessenheit der Aufwendungen nach Maßgabe der auf Grundlage des § 32 Absatz 5 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz oder entsprechender Regelungen anderer Länder erlassenen Satzungen der Träger des Rettungsdienstes (im Freistaat Sachsen: Landkreise und Kreisfreie Städte).“

b) Die bisherigen Nummern 47.1.4 und 47.1.5 werden die Nummern 47.1.6 und 47.1.7.

13. In Nummer 48a.4.1 Satz 1 wird die Angabe „125 Euro“ durch die Angabe 131 Euro“ ersetzt.

14. Nummer 49 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 49.1.1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Auf Nummer 49.5.2 wird verwiesen.“

b) Die Nummern 49.2.12 bis 49.2.12.2 werden durch die folgenden Nummern 49.2.12 bis 49.2.12.2 ersetzt:

„49.2.12 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2025):

49.2.12.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 805 Euro). Vom 3. März bis 5. März sowie vom 17. März bis 19. März wird er in häuslicher Umgebung gepflegt, wofür er Pflegegeld (100 Prozent = 347 Euro) beansprucht. Die Rechnung der vollstationären Pflegeeinrichtung beträgt 679,86 Euro. Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 beträgt 796 Euro. Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil der Aufwendungen der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 zu ermitteln:

- Anteil der Aufwendungen von der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 (679,86 Euro von 796 Euro)	85,41 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 85,41 Prozent)	14,59 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (14,59 Prozent von 347 Euro)	50,63 Euro
- Zahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 6 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der häuslichen Pflegehilfe volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen ist) Höhe des Pflegegeldes (= 6/30 von 50,63 Euro)	10,13 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 30 Prozent von 679,86 Euro	203,96 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 10,13 Euro	<u>3,04 Euro</u>
Gesamt	207,00 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 70 Prozent von 679,86 Euro	475,90 Euro
- Pauschalbeihilfe 10,13 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 3,04 Euro	<u>7,09 Euro</u>
Gesamt	482,99 Euro

49.2.12.2 Wie Beispiel 49.2.12.1, jedoch beträgt die Rechnung für die vollstationäre Pflegeeinrichtung 900 Euro.

Da mit den Aufwendungen der vollstationären Pflege der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 (796 Euro) überschritten wird, kann keine anteilige Pauschalbeihilfe mehr gezahlt werden.“

c) Nummer 49.3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Nummern 49.3.3 bis 49.3.3.3 werden durch die folgenden Nummern 49.3.3 bis 49.3.3.3 ersetzt:

„49.3.3 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2025):

49.3.3.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 497 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 599 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 523,95 Euro.

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

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (523,95 Euro von 1 497 Euro)	35 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./. 35 Prozent)	65 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 599 Euro)	389,35 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 523,95 Euro	157,19 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 389,35 Euro	<u>116,81 Euro</u>
Gesamt	274,00 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 523,95 Euro	366,77 Euro
- Pauschalbeihilfe 389,35 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 116,81 Euro	<u>272,54 Euro</u>
Gesamt	639,31 Euro

49.3.3.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 859 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 800 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 743,60 Euro.

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

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (743,60 Euro von 1 859 Euro)	40 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./. 40 Prozent)	60 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 800 Euro)	480,00 Euro
a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 743,60 Euro	371,80 Euro
- zum Pflegegeld 50 Prozent von 480,00 Euro	<u>240,00 Euro</u>
Gesamt	611,80 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 Prozent von 743,60 Euro	371,80 Euro
- Pauschalbeihilfe 480,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 240,00 Euro	<u>240,00 Euro</u>
Gesamt	611,80 Euro

49.3.3.3 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2, der ihm ab 15. August bewilligt wurde, die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 796 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 347 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte ab 15. August beträgt 209,19 Euro.

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

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (209,19 Euro von 796 Euro)	26,28 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 26,28 Prozent)	73,72 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (73,72 Prozent von 347 Euro)	255,81 Euro
- anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 17 Tagen, Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 17/30 von 255,81 Euro)	144,96 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 209,19 Euro	62,76 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 144,96 Euro	<u>43,49 Euro</u>
Gesamt	106,25 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 209,19 Euro	146,43 Euro
- Pauschalbeihilfe 144,96 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 43,49 Euro	<u>101,47 Euro</u>
Gesamt	247,90 Euro“.

bb) Nummer 49.3.7 wird durch die folgende Nummer 49.3.7 ersetzt:

„49.3.7 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2025): Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 796 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 347 Euro) in Anspruch. Vom 1. April bis 30. April befindet er sich in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Aufwendungen für die Pflege durch Berufspflegekräfte sind in diesem Zeitraum nicht angefallen.

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

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte	0 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 0 Prozent)	100 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (100 Prozent von 347 Euro)	347,00 Euro
- anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 28 Tagen, Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 28/30 von 347 Euro)	323,87 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 323,87 Euro	97,16 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- Pauschalbeihilfe 323,87 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 97,16 Euro	226,71 Euro“.

d) Nummer 49.4 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 49.4.1 wird durch die folgende Nummer 49.4.1 ersetzt:

„49.4.1 Die Höchstdauer der Fortzahlung der Pauschalbeihilfe in hälftiger Höhe entspricht dem Leistungszeitraum der Verhinderungspflege nach § 51 und der Kurzzeitpflege nach § 52 (jeweils acht Wochen). Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe stets in voller Höhe weiter

gewährt. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege beginnt jedoch bereits die Acht-Wochen-Frist. Die Nummern 51.1.4, 51.1.5 und 52.1.4 sind zu beachten.“

- bb) Die Nummern 49.4.9 bis 49.4.9.4 werden durch die folgenden Nummern 49.4.9 bis 49.4.9.4 ersetzt:
- „49.4.9 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Juli 2025):
- 49.4.9.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 das Pflegegeld (100 Prozent = 599 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. August bis 26. August, das heißt für die Dauer von 22 Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 000 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).
- Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.
- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. August bis 5. August (fünf Tage) und 26. August bis 31. August (sechs Tage) zu gewähren
Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 599 Euro) 219,63 Euro
 - hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 20 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist)
Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 20/30 von 599 Euro/2) 199,67 Euro
- a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro 300,00 Euro
 - zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 219,63 Euro 65,89 Euro
 - hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 20 Tage, 30 Prozent von 199,67 Euro 59,90 Euro
 - Gesamt 425,79 Euro
- b) Leistungen der Beihilfe
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro 700,00 Euro
 - Pauschalbeihilfe 219,63 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 65,89 Euro 153,74 Euro
 - hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 20 Tage, 199,67 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 59,90 Euro 139,77 Euro
 - Gesamt 993,51 Euro
- 49.4.9.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 das Pflegegeld (100 Prozent = 599 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. Oktober bis 17. Oktober, das heißt

für die Dauer von 13 Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 500 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

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

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Oktober bis 5. Oktober (fünf Tage) und 17. Oktober bis 31. Oktober (15 Tage) zu gewähren
Höhe des Pflegegeldes (20/30 von 599 Euro) 399,33 Euro
- für die Dauer von elf Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist)
Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 11/30 von 599 Euro/2) 109,82 Euro

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro 750,00 Euro
- zum Pflegegeld für 20 Tage 50 Prozent von 399,33 Euro 199,67 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für elf Tage, 50 Prozent von 109,82 Euro 54,91 Euro
- Gesamt 1 004,58 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro 750,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 399,33 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 199,67 Euro 199,66 Euro
- hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für elf Tage, 109,82 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 54,91 Euro 54,91 Euro
- Gesamt 1 004,57 Euro

49.4.9.3

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 das Pflegegeld (100 Prozent = 800 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 26. Dezember bis 28. Dezember, das heißt für die Dauer von drei Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 100 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen;

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

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Dezember bis 26. Dezember (26 Tage) und 28. Dezember bis 31. Dezember (vier Tage) zu gewähren	Höhe des Pflegegeldes (30/30 von 800 Euro)	800,00 Euro
- da aufgrund der Tage der tatsächlichen häuslichen Pflege der Höchstanspruch nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für den Kalendermonat bereits ausgeschöpft ist, erfolgt keine hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von einem Tag		0,00 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 100 Euro		30,00 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 800 Euro		<u>240,00 Euro</u>
Gesamt		270,00 Euro
b) Leistungen der Beihilfe		
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 100 Euro		70,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 800 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 240 Euro		<u>560,00 Euro</u>
Gesamt		630,00 Euro

49.4.9.4 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 5 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 2 299 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 990 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 6. Juni bis 26. Juni, das heißt für die Dauer von drei Wochen (21 Tage), Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 804,65 Euro. Daneben sind für die Verhinderungspflege Aufwendungen in Höhe von 1 000 Euro entstanden (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

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

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (804,65 Euro von 2 299 Euro)	35 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./. 35 Prozent)	65 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 990 Euro)	643,50 Euro
- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Juni bis 6. Juni (sechs Tage) und 26. Juni bis 30. Juni (fünf Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 643,50 Euro)	235,95 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 19 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist) Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 19/30 von 643,50 Euro/2)	203,78 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro	300,00 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 804,65 Euro	241,40 Euro
- zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 235,95 Euro	70,79 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage, 30 Prozent von 203,78 Euro	<u>61,13 Euro</u>
Gesamt	673,32 Euro
b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro	700,00 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 804,65 Euro	563,26 Euro
- Pauschalbeihilfe 235,95 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 70,79 Euro	165,16 Euro
- hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 203,78 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 61,13 Euro	<u>142,65 Euro</u>
Gesamt	1 571,07 Euro“.
e) Nummer 49.5 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 49.5.1 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.	
bb) Nummer 49.5.2 wird durch die folgende Nummer 49.5.2 ersetzt:	
„49.5.2 Notwendige Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5 sind neben Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 Satz 1 (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung) auch andere Aufwendungen, die von der geeigneten Pflegekraft in Rechnung gestellt werden dürfen. Dies sind beispielsweise die sogenannten Investitionskosten (vergleiche § 82 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Diese Aufwendungen sind auch dann nach Absatz 5 beihilfefähig, wenn der sich aus Absatz 1	

ergebende Höchstbetrag noch nicht mit Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe ausgeschöpft wurde.“

- cc) Die bisherige Nummer 49.5.2 wird die Nummer 49.5.3.
- dd) Die bisherigen Nummern 49.5.3 bis 49.5.4.2 werden durch die folgenden Nummern 49.5.4 bis 49.5.5.2 ersetzt:
- „49.5.4 Ab 1. Februar 2025 sind auf Grundlage des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7 Stufe 5 Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
- Pflegegrad 2: 1 204,53 Euro
 Pflegegrad 3: 2 409,06 Euro
 Pflegegrad 4: 3 613,59 Euro
 Pflegegrad 5: 4 818,12 Euro
- Künftige Tariferhöhungen sind zu beachten.
- 49.5.5 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Februar 2025):
- 49.5.5.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 497 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 2 000 Euro.
- a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft
30 Prozent vom Höchstbetrag (1 497 Euro) 449,10 Euro
- b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft
70 Prozent vom Höchstbetrag (1 497 Euro) 1 047,90 Euro
- c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5
- Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (2 409,06 Euro) wird nicht überschritten 2 000,00 Euro
 - Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft 1 497,00 Euro
 - Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag) 503,00 Euro
- zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (100 Prozent von 503,00 Euro) 503,00 Euro
- d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c): 1 550,90 Euro
- 49.5.5.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 859 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 2 000 Euro.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 859 Euro)	929,50 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 859 Euro)	929,50 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
- Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (3 613,59 Euro) wird nicht überschritten	2 000,00 Euro
- Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	<u>1 859,00 Euro</u>
- Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)	<u>141,00 Euro</u>
zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (100 Prozent von 141 Euro)	141,00 Euro
d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c):	1 070,50 Euro“.

- f) Nummer 49.6.3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
 „Der landesweit einheitliche Vergütungssatz für Beratungsstellen im Freistaat Sachsen beträgt ab 1. Januar 2025 56,10 Euro bei der Durchführung als Beratungseinsatz vor Ort und 51,59 Euro bei Durchführung in Form einer Videokonferenz.“

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

- a) Nummer 49a.2.1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „2 500 Euro“ durch die Angabe „2 613 Euro“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 wird die Angabe „10 000 Euro“ durch die Angabe „10 452 Euro“ ersetzt.
- b) In Nummer 49a.2.4 Satz 1 wird die Angabe „2 500 Euro“ durch die Angabe „2 613 Euro“ ersetzt.

16. Nummer 49b wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 49b.0.6 wird durch die folgende Nummer 49b.0.6 ersetzt:
 „49b.0.6 Die Leistungen nach den §§ 44 und 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleiben für die Dauer der häuslichen Krankenpflege und bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Pflegebedürftigen von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr, bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen beziehungsweise ab 1. Juli 2025 von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation bestehen (§ 34 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und zwar unabhängig davon, ob Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) in dieser Zeit weiter gezahlt wird.“
- b) Nummer 49b.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Nummern 49b.1.1.3 bis 49b.1.1.5 werden durch die folgenden Nummern 49b.1.1.3 bis 49b.1.1.5 ersetzt:
 „49b.1.1.3 Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt mindestens den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße für den Kalendertag beziehungsweise 1/3 der monatlichen Bezugsgröße (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch), die sich nach der jeweils geltenden Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung richtet. Nach der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2025 beträgt die monatliche Bezugsgröße im Kalenderjahr 2025 bundeseinheitlich 3 745 Euro. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt

damit im Jahr 2025 monatlich 1 248,33 Euro. Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen je Kalendertag ist die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage durch 30 zu teilen.

49b.1.1.4 Für die Zuschussbemessung für die Krankenversicherung sind der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2025: 14,6 Prozent) sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde zu legen. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, tritt an die Stelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2025: 2,5 Prozent). Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beträgt der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung daher im Kalenderjahr 2025 monatlich höchstens 213,46 Euro. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich durch die Zugrundelegung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes abweichende Beträge.

49b.1.1.5 Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung wird unter Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2025: 3,6 Prozent; gegebenenfalls bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,6 Prozent) auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ermittelt (2025 monatlich höchstens 44,94 Euro und 52,43 Euro).“

bb) Nummer 49b.1.2.1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
 „Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes ist begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (Stand 1. Januar 2025: 5 512,50 Euro monatlich/183,75 Euro täglich, 70 Prozent hiervon sind 3 858,75 Euro monatlich/128,63 Euro täglich).“

c) Nummer 49b.2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 49b.2.7.5 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „1. Januar 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt:

bb) Nummer 49b.2.9 wird durch die folgende Nummer 49b.2.9 ersetzt:

„49b.2.9 Beispiel zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes und der hierauf entfallenden Beiträge (Stand: 1. Januar 2025)

Das Beispiel bezieht sich auf eine Kostentragung des Leistungsträgers des Pflegeunterstützungsgeldes zu 100 Prozent und den Rechtskreis Ost. Die errechneten Beiträge sind in der Beihilfe entsprechend des Bemessungssatzes der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen zu pflegenden Person abzuführen.

Eine vollzeitbeschäftigte Person arbeitet regelmäßig fünf Tage in der Woche von Montag bis Freitag. Wegen einer bei ihrem Vater akut aufgetretenen Pflegesituation nach § 2 des Pflegezeitgesetzes lässt sie sich vom 23. Februar bis 2. März (kein Schaltjahr) für insgesamt sechs Arbeitstage (acht Kalendertage) ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts von der Arbeit freistellen. Aufgrund der Beschäftigung bestand bisher Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. In der Krankenversicherung wurde bisher der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. Weitere Beschäftigungen werden nicht ausgeübt; weitere beitragspflichtige Einnahmen werden nicht erzielt. Das ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt für den genannten Zeitraum brutto 1 500 Euro und netto 1 200 Euro.

Berechnung:

Das Pflegeunterstützungsgeld sowie die hierauf zu entrichtenden Beiträge werden grundsätzlich für den Kalendertag berechnet. Für

die Zeit vom 23. Februar bis 2. März sind deshalb acht Kalendertage anzusetzen.

Das für einen Kalendertag ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt:

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

Die kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenzen betragen in der

- Krankenversicherung: 66 150 Euro/
360 = 183,75 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung:
96 600 Euro/
360 = 268,33 Euro

Für die Beiträge zur Krankenversicherung ist das kalendertägliche ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Beitragsbemessungsgrenze zu kürzen: 183,75 Euro

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

Nach Kürzung auf 80 Prozent ergeben sich folgende beitragspflichtige Einnahmen:

- Krankenversicherung: 183,75 Euro x 80 Prozent = 147,00 Euro
- Renten- und Arbeitslosenversicherung:
187,50 Euro x 80 Prozent = 150,00 Euro

Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes:

- 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts:
150,00 Euro x 90 Prozent = 135,00 Euro
- begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung: 183,75 Euro x 70 Prozent = 128,63 Euro

Die Höchstgrenze wird überschritten, das Pflegeunterstützungsgeld beträgt daher kalendertäglich 128,63 Euro

für acht Kalendertage 1 029,04 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Krankenversicherung:

- allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent
- angenommener kassenindividueller Zusatzbeitragssatz: 2,5 Prozent
- voller allgemeiner Beitrag: 147 Euro x 14,6 Prozent = 21,46 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers:
128,63 Euro x 7,3 Prozent = 9,39 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 12,07 Euro
- Zusatzbeitrag: 147 Euro x 2,5 Prozent = 3,68 Euro
- Gesamtbeitrag: 21,46 Euro + 3,68 Euro = 25,14 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Rentenversicherung:

- Beitragssatz: 18,6 Prozent
- voller Beitrag: 150,00 Euro x 18,6 Prozent = 27,90 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers:
128,63 Euro x 9,3 Prozent = 11,96 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 15,94 Euro

Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur
Arbeitslosenversicherung:

- Beitragssatz: 2,6 Prozent
- voller Beitrag: 150,00 Euro x 2,6 Prozent = 3,90 Euro
- Beitragsanteil des Leistungsbeziehers:
128,63 Euro x 1,3 Prozent = 1,67 Euro
- Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers: 2,23 Euro“.

17. Nummer 50.1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 50.1.5 Satz 2 wird die Angabe „Nummer 49.5.4“ durch die Angabe „Nummer 49.5.5“ ersetzt.
- b) Nummer 50.1.8 wird durch die folgende Nummer 50.1.8 ersetzt:
„50.1.8 Beispiel (zum Stand 1. Februar 2025):“

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 357 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 497 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 2 000 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 800 Euro.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung
30 Prozent vom Höchstbetrag (1 357 Euro) 407,10 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent
vom Höchstbetrag (1 497 Euro) 449,10 Euro
- Gesamt 856,20 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung
70 Prozent vom Höchstbetrag (1 357 Euro) 949,90 Euro
- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent
vom Höchstbetrag (1 497 Euro) 1 047,90 Euro
- Gesamt 1 997,80 Euro

c) Leistungen der Beihilfe nach § 49 Absatz 5

- Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung laut
Rechnung, Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5
(2 409,06 Euro) wird nicht überschritten 2 000,00 Euro
- Leistungen nach Buchstaben a und b für die
Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 1 357,00 Euro
- Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die
Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung) 643,00 Euro
- Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung,
Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5 (2 409,06 Euro) wird
nicht überschritten 1 800,00 Euro
- Leistungen nach Buchstaben a und b für die
Aufwendungen für die Berufspflegekraft 1 497,00 Euro
- Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die
Aufwendungen für die Berufspflegekraft) 303,00 Euro
- Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die
Tagespflegeeinrichtung und die Berufspflegekraft
(100 Prozent von 643 Euro + 303 Euro) 946,00 Euro

d) Gesamtleistung der Beihilfe (Buchstaben b und c): 2 943,80 Euro“.

18. Nummer 51 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 51.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 51.1.2 Satz 3 wird die Angabe „sechs“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.

- bb) Nummer 51.1.4 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
 „Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe (§ 49 Absatz 4) wird während einer Verhinderungspflege für bis zu acht Wochen beziehungsweise 56 Tage im Kalenderjahr gewährt (vergleiche Nummer 49.4.1).“
- cc) Nummer 51.1.5 wird durch die folgende Nummer 51.1.5 ersetzt:
 „51.1.5 Auch eine nur stundenweise Verhinderung der Pflegeperson ist beihilfefähig. In diesen Fällen erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag nach Absatz 1. Für Tage, an denen die Pflegeperson nicht mindestens acht Stunden verhindert ist, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 56 Tagen im Kalenderjahr. Entscheidend für die Anrechnung auf die Höchstdauer ist der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege. Ist die Pflegeperson beispielsweise an acht Stunden verhindert und wird die Ersatzpflege nur an zwei Stunden in Anspruch genommen, erfolgt sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 56 Tagen. Die Pauschalbeihilfe wird bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden täglich nicht gekürzt. Ist der Beihilfeanspruch der Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr der Dauer, nicht aber der Höhe nach bereits ausgeschöpft, ist der nicht verbrauchte Höchstbetrag der Verhinderungspflege für die stundenweise Verhinderungspflege bei Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden täglich beihilfefähig.“
- dd) In Nummer 51.1.7 Satz 1 wird die Angabe „sechs“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.
- ee) Nach Nummer 51.1.10 werden die folgenden Nummern 51.1.11 bis 51.1.11.4 eingefügt:
- „51.1.11 Auf Grundlage von § 80 Absatz 9 Satz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes wird wegen der Änderungen des Elften Buches Sozialgesetz zum 1. Juli 2025 (vergleiche Artikel 2a des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes vom 19. Juni 2023 [BGBl. 2023 I Nr. 155]) für ab dem 1. Juli 2025 entstehende Aufwendungen für Verhinderungspflege Folgendes bestimmt:
- 51.1.11.1 Aufwendungen für Verhinderungspflege im Sinne des Absatzes 1 sind bis zur Dauer von acht Wochen (56 Tage) je Kalenderjahr bis zur Höhe des gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung beihilfefähig (Stand 1. Juli 2025: 3 539 Euro).
- 51.1.11.2 Wird die Verhinderungspflege durch Ersatzpflegekräfte im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 erbracht, sind Aufwendungen bis zur Höhe des zweifachen Betrages der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 beihilfefähig. Daneben sind notwendige Aufwendungen der Ersatzpflegekraft im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 beihilfefähig, soweit insgesamt der gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung nicht überschritten wird.
- Beispiel (zum Stand 1. Juli 2025):
 Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20. April bis 10. Mai (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546 Euro, ein Verdienstausschlag in Höhe von 1 445 Euro und Fahrtkosten in Höhe von 84,00 Euro (20 km x 0,20 Euro = 4,00 Euro x 21 Tage = 84,00 Euro) nachgewiesen.

- Beihilfefähigkeit der Verhinderungspflege, begrenzt auf den zweifachen Betrag der Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) des Pflegegrades 4 (800 Euro x 2 =) 1 600 Euro	546,00 Euro
- plus Fahrtkosten	84,00 Euro
- plus Verdienstausschlag = 1 445 Euro	<u>1 445,00 Euro</u>
- Gesamt	2 075,00 Euro

Der Höchstbetrag von 3 539 Euro nach Absatz 1 wird nicht überschritten.

Aufwendungen für eine Verhinderungspflege nach § 51 oder eine Kurzzeitpflege nach § 52 sind im restlichen Kalenderjahr bis zu 1 464 Euro beihilfefähig.

51.1.11.3 Die Aufwendungen für Verhinderungspflege nach § 51 und Kurzzeitpflege nach § 52 sind insgesamt bis zur Höhe des gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung beihilfefähig. Beihilfefähige Aufwendungen für Verhinderungspflege nach § 51 und Kurzzeitpflege nach § 52, die im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich 30. Juni 2025 entstanden sind, sind auf den gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung für das Kalenderjahr 2025 anzurechnen. Absatz 3 findet ab 1. Juli 2025 keine Anwendung mehr.

51.1.11.4 Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder der anteiligen Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 3 wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt (vergleiche Nummer 49.4.1). Absatz 4 findet im Übrigen ab 1. Juli 2025 keine Anwendung mehr.“

b) Nummer 51.2 wird wie folgt geändert:

- aa) Nummer 51.2.1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Werden aber höhere notwendige Aufwendungen durch die Pflegeperson nachgewiesen, wie zum Beispiel Verdienstausschlag oder Fahrtkosten, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine Kostenerstattung bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 erfolgen.“
- bb) Nummer 51.2.2 wird durch die folgende Nummer 51.2.2 ersetzt:
„51.2.2 Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte oder Schwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch eine sonstige Person, zum Beispiel aus der Nachbarschaft, geleistet, gilt Absatz 1.“
- cc) Nummer 51.2.6 wird durch die folgende Nummer 51.2.6 ersetzt:
„51.2.6 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2025, gültig bis 30. Juni 2025):
Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20. April bis 10. Mai (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546 Euro, ein Verdienstausschlag in Höhe von 1 445 Euro und Fahrtkosten in Höhe von 84,00 Euro (20 km x 0,20 Euro = 4,00 Euro x 21 Tage = 84,00 Euro) nachgewiesen.“

- Beihilfefähigkeit der Verhinderungspflege, begrenzt auf den eineinhalbfachen Betrag der Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) des Pflegegrades 4 (800 Euro x 1,5 =) 1 200 Euro	546,00 Euro
- plus Fahrtkosten	84,00 Euro
- plus Verdienstausschlag = 1 445 Euro	<u>1 445,00 Euro</u>
- Gesamt	2 075,00 Euro

Der Höchstbetrag von 1 685 Euro nach Absatz 1 wird überschritten. Aufgrund der Anwendung des Absatzes 3 kann jedoch eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrages durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 927 Euro (1 854 Euro/2) erfolgen. Es können damit 2 075,00 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.

Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege nach § 52 sind im restlichen Kalenderjahr bis zu 1 464 Euro beihilfefähig. Im Falle einer erneuten Verhinderungspflege sind aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege Aufwendungen für bis zu 21 Tage bis zu 537,00 Euro beihilfefähig.

Es wird besonders darauf hingewiesen, dass auf Grund von § 51 Absatz 3 der beihilfefähige Höchstbetrag um den halben beihilfefähigen Höchstbetrag aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 52 Absatz 1 erhöht werden kann (927 Euro), wohingegen der Erhöhungsbetrag im Bereich der Pflegeversicherung auf Grund von § 39 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf 843 Euro beschränkt ist.“

- c) Nummer 51.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 51.3 wird durch die folgende Nummer 51.3 ersetzt:
„51.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)“
- bb) Die Nummern 51.3.1 und 51.3.2 werden gestrichen.

19. Nummer 52 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 52.1.10 werden die folgenden Nummer 52.1.11 bis 52.1.11.2 eingefügt:
„52.1.11 Auf Grundlage von § 80 Absatz 9 Satz 4 des Sächsischen Beamtengesetzes wird wegen der Änderungen des Elften Buches Sozialgesetz zum 1. Juli 2025 (vergleiche Artikel 2a des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes vom 19. Juni 2023 [BGBl. 2023 I Nr. 155]) für ab dem 1. Juli 2025 entstehende Aufwendungen für Kurzzeitpflege Folgendes bestimmt:
52.1.11.1 Aufwendungen für Kurzzeitpflege im Sinne des Absatzes 1 sind bis zur Dauer von acht Wochen je Kalenderjahr bis zur Höhe des gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Juli 2025 geltenden Fassung beihilfefähig (Stand 1. Juli 2025: 3 539 Euro).
52.1.11.2 Nummer 51.1.11.3 gilt entsprechend. Absatz 2 findet ab 1. Juli 2025 keine Anwendung mehr.“
- b) Nummer 52.2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 52.2 wird durch die folgende Nummer 52.2 ersetzt:
„52.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)“
- bb) Nummer 52.2.1 wird gestrichen.
- c) Nummer 52.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 52.3.4 wird gestrichen.
- bb) Die bisherigen Nummern 52.3.5 und 52.3.6 werden die Nummern 52.3.4 und 52.3.5.

20. Nach Nummer 52a.1.1 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Dies gilt unabhängig davon, ob die Einrichtung über eine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch verfügt.“

21. Nummer 53.2 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 53.2.2 wird durch die folgende Nummer 53.2.2 ersetzt:
 „53.2.2 Erbringt die Pflegeversicherung Leistungen zum Entlastungsbetrag, kann davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachten Aufwendungen notwendig und wirtschaftlich angemessen sind (§ 4 Absatz 3). Die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung kann der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zu Grunde gelegt werden. In diesem Falle kann auf die Vorlage von Belegen verzichtet werden.“
- b) Die bisherigen Nummern 53.2.2 und 53.2.3 werden die Nummern 53.2.3 und 53.2.4.
- c) Die bisherige Nummer 53.2.4 wird die Nummer 53.2.5 und in Satz 1 wird die Angabe „Nummern 53.2.8 und 53.2.9“ durch die Angabe „Nummern 53.2.9 und 53.2.10“ ersetzt.
- d) Die bisherigen Nummern 53.2.5 bis 53.2.7 werden die Nummern 53.2.6 bis 53.2.8.
- e) Die bisherige Nummer 53.2.8 wird die Nummer 53.2.9 und in Satz 2 wird die Angabe „250 Euro“ durch die Angabe „262 Euro“ ersetzt.
- f) Die bisherige Nummer 53.2.9 wird die Nummer 53.2.10.
22. Nummer 54 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 54.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 54.1.1 wird durch die folgenden Nummern 54.1.1 bis 54.1.3 ersetzt:
- „54.1.1 Die Voraussetzungen des § 23 gelten nicht für Pflegehilfsmittel (§ 23 Absatz 11 Satz 3). Beihilfefähig sind insoweit die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen (§ 4 Absatz 3) für Pflegehilfsmittel.
- 54.1.2 Erbringt die Pflegeversicherung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel Leistungen, kann davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachten Aufwendungen notwendig und wirtschaftlich angemessen sind (§ 4 Absatz 3). Die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung kann der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zu Grunde gelegt werden. In diesem Falle kann auf die Vorlage von Belegen verzichtet werden.
- 54.1.3 Entsprechend § 40 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch kann hinsichtlich der Aufwendungen für Pflegehilfsmittel grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass diese notwendig sind, wenn sie von einer Pflegefachkraft empfohlen wurden. In diesem Falle kommt es für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht darauf an, ob die private oder soziale Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt. Beihilfefähig sind insoweit nur Aufwendungen für die Pflegehilfsmittel, für die Pflegefachkräfte Empfehlungen nach den in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeben dürfen.“
- bb) Die bisherigen Nummern 54.1.2 bis 54.1.5 werden die Nummern 54.1.4 bis 54.1.7.
- b) Nummer 54.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 54.3.1 wird durch die folgende Nummer 54.3.1 ersetzt:
- „54.3.1 Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt. Dies richtet sich nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Bei in der Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, sind Aufwendungen bis zu einem Betrag von 4 180 Euro je Pflegebedürftigen beihilfefähig (Stand: 1. Januar 2025). Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist je Maßnahme auf einen Gesamtbetrag von 16 720 Euro begrenzt. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten werden die Aufwendungen anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Da sich

die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen aus den Leistungen der Pflegeversicherung ergibt, ist eine Überschreitung des nach § 40 Absatz 4 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Höchstbetrages ausgeschlossen.“

- bb) In Nummer 54.3.2 Satz 1 und Nummer 54.3.5 Satz 2 wird jeweils die Angabe „4 000 Euro“ durch die Angabe „4 180 Euro“ ersetzt.
- cc) Nummer 54.3.7 wird durch die folgende Nummer 54.3.7 ersetzt:
 - „54.3.7 Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nur zur Hälfte (Bemessungssatz = 50 Prozent) gewährt. Die Aufwendungen sind insoweit auch dann beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung für diese Aufwendungen keine anteiligen Zuschüsse zahlt. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind durch den Verweis auf § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuches auf den sich daraus ergebenden Höchstbetrag begrenzt (zur Begrenzung auf den Höchstbetrag vergleiche auch VGH Mannheim, Beschluss vom 28. Juni 2023, 2 S 668/23).“

23. Nummer 55 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 55.1.13 wird durch die folgende Nummer 55.1.13 ersetzt:
 - „55.1.13 Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege (§ 52) in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig vom Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Beihilfeanspruch von bis zu 1 854 Euro, soweit dieser Betrag beziehungsweise der in § 52 genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Wird für die Kurzzeitpflege der nicht verbrauchte beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege (§ 51) verwendet, erhöht sich der beihilfefähige Höchstbetrag auf bis zu 3 539 Euro im Kalenderjahr.“
- b) Die Nummern 55.5.4 bis 55.5.4.3 werden durch die folgenden Nummern 55.5.4 bis 55.5.4.3 ersetzt:
 - 55.5.4 Beispiele (zum Stand 1. Januar 2025):
 - 55.5.4.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 2 000 Euro, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 500 Euro. Er nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 seit weniger als 12 Monaten Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 319 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten (einschließlich Ausbildungsumlage)	2 000 Euro
Unterkunft/Verpflegung	1 000 Euro
Investitionskosten	400 Euro
Telefonanschluss	<u>25 Euro</u>
Gesamt	3 425 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 319 Euro	395,70 Euro
- Leistungszuschlag von 15 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 681 Euro (2 000 Euro ./ 1 319 Euro), davon 30 Prozent	<u>30,65 Euro</u>
Gesamt	426,35 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 319 Euro	923,30 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2	
- Leistungszuschlag von 15 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 681 Euro (2 000 Euro ./ 1 319 Euro), davon 70 Prozent	71,51 Euro
d) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
Gesamtaufwendungen	3 425,00 Euro
./ pauschalierte Leistungen nach Absatz 1 und 2 (Buchstaben a bis c)	1 421,16 Euro
./ Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	1 978,84 Euro
Einkommen	2 500,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ 25 Prozent). Eigenanteil (30 Prozent von 2 500 Euro)	750,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (1 978,84 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 750 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	1 228,84 Euro
e) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):	2 223,65 Euro

55.5.4.2 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 3 000 Euro, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 1 000 Euro. Er nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 seit mehr als 24 Monaten Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 855 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten (einschließlich Ausbildungsumlage)	3 500 Euro
Unterkunft/Verpflegung	2 000 Euro
Investitionskosten	400 Euro
Telefonanschluss	<u>25 Euro</u>
Gesamt	5 925 Euro
a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	556,50 Euro
- Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./. 1 855 Euro), davon 30 Prozent	<u>246,75 Euro</u>
Gesamt	803,25 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	1 298,50 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2	
- Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./. 1 855 Euro), davon 70 Prozent	575,75 Euro
d) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
Gesamtaufwendungen	5 925,00 Euro
./. pauschalierte Leistungen nach Absatz 1 und 2 (Buchstaben a bis c)	2 677,50 Euro
./. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	3 222,50 Euro
Einkommen	4 000,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./. 25 Prozent). Eigenanteil (30 Prozent von 4 000 Euro)	1 200,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (3 222,50 Euro verbleibende Aufwendungen ./. 1 200 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	2 022,50 Euro
e) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):	3 896,75 Euro

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

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent von dem auf 80 Prozent begrenzten Höchstbetrag von 1 855 Euro (§ 91 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	445,20 Euro
- kein Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), da keine Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bezogen werden	<u>0,00 Euro</u>
Gesamt	445,20 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
- zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	1 298,50 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 2	
- kein Leistungszuschlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), da keine Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bezogen werden	0,00 Euro
d) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
Gesamtaufwendungen	5 925,00 Euro
./ pauschalierte Leistungen in Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 (1 855 Euro) und 2 (0,00 Euro), Buchstaben a bis c	1 855,00 Euro
./ Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	4 045,00 Euro
Einkommen	4 000,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigem Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ 25 Prozent). Eigenanteil (30 Prozent von 4 000 Euro)	1 200,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (4 045,00 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 1 200 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 10)	2 845,00 Euro
e) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1, 2 und 5 (Buchstaben b bis d):	4 143,50 Euro“.

24. Nummer 56.4 wird durch die folgende Nummer 56.4 ersetzt:

„56.4 Beihilfefähig sind 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Vergütung (vergleiche § 125 Absatz 1 Nummer 2 und § 134 Absatz 1 Nummer 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch), höchstens jedoch 278 Euro monatlich. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Darüber hinaus wird keine Pauschalbeihilfe gewährt (BSG, Urteil vom 5. September 2024, B 3 P 9/22 R).“

25. Nummer 57 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 57.2.7 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:
 „Für den Nachweis der Einkünfte ist das von der Festsetzungsstelle herausgegebene Formblatt, das den vorgegebenen Festlegungen nach Anhang 2 entspricht, zu verwenden.“
- b) Nummer 57.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Nummer 57.3.8 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:
 „Die Regelungen der Sätze 8 und 9 gelten im Übrigen unabhängig davon, ob eine Konkurrenzsituation vorliegt oder nicht.“
- bb) Nach Nummer 57.3.11.1.13 werden die folgenden Nummern 57.3.11.1.14 und 57.3.11.1.15 eingefügt:

„57.3.11.1.14 B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit B2. Die Berechtigtenbestimmung wurde zu Gunsten von B1 ausgeübt. Nach der Trennung hat B1 ein weiteres Kind K3 mit B3. B1 und B3 sind verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Das Kind K1 ist seit 1. Juli 2022 nicht mehr berücksichtigungsfähig (Wegfall des Anspruches auf Kindergeld). Die Kinder K2 und K3 wohnen im Haushalt von B1 und B3.

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht bei B1 70 Prozent. Bei B2 und B3 beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Am 1. Januar 2024 ist das Kind K2 bei B1, B2 und B3 (wegen der Haushaltsaufnahme) und das Kind K3 bei B1 und B3 noch berücksichtigungsfähig.

Aufgrund der Berechtigtenbestimmung für K2 zu Gunsten von B1 beträgt dessen BMS zunächst 70 Prozent. Ein nach § 57 Absatz 4 verstetigter BMS von 70 Prozent liegt bei B1 nicht vor, da nach dem 31. Dezember 2023 weiter mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig ist.

Wird für das Kind K3 eine Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 abgegeben, beträgt sein BMS dann 90 Prozent. Der BMS von B2 und B3 beträgt jeweils 50 Prozent.

Wird hingegen für das Kind K3 eine Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B3 abgegeben, beträgt der BMS von B3 dann 70 Prozent. Der BMS von B1 beträgt weiterhin (wegen K2) 70 Prozent. Der BMS von B2 beträgt weiterhin 50 Prozent.

Abwandlung: K2 zieht ab dem 1. April 2024 aus dem gemeinsamen Haushalt von B1 und B3 aus. Der Anspruch auf Kindergeld besteht dem Grunde nach weiterhin, weswegen der Familienzuschlag für das Kind K2 (entweder B1 oder B2) weiter gewährt wird und das Kind K2 zumindest bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig bleibt.

Bei B3 entfällt in diesem Falle der Anspruch auf Kindergeld für das Kind K2, da eine Haushaltsaufnahme des Stiefkinds und damit seine Kindergeldberechtigung nach § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes nicht mehr vorliegt. Das Kind K2 kann demnach bei B3 nicht mehr zu einem erhöhten BMS führen. Insoweit behält B1 den BMS von 90 Prozent (bei Berechtigtenbestimmung auch für K3 zu Gunsten von B1) beziehungsweise von 70 Prozent (bei Berechtigtenbestimmung für K3 zu Gunsten von B3). Aufgrund von § 57 Absatz 3 Satz 8 vermindert sich der BMS bei B1 nicht.

Auch der BMS von 70 Prozent von B3 (bei Berechtigtenbestimmung für K3 zu Gunsten von B3) verändert sich nicht.

57.3.11.1.15 B1 hat ein Kind K1 aus erster Ehe mit S1. Nach der Trennung hat B1 zwei weitere Kinder K2 und K3 mit B2. B1 und B2 sind verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). Die Kinder K1, K2 und K3 wohnen im Haushalt von B1 und B2. Die Berechtigtenbestimmung wurde zu Gunsten von B2 ausgeübt.

Bei B1 und B2 sind die Kinder K1 (wegen der Haushaltsaufnahme auch bei B2), K2 und K3 berücksichtigungsfähig. Der BMS bestimmt sich daher nach § 57 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c mit der Folge, dass wegen § 57 Absatz 3 Satz 1 nur einer von beiden den BMS von 90 Prozent erhalten kann. Beim anderen beträgt der BMS 50 Prozent. Aufgrund der Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B2 beträgt sein BMS 90 Prozent, der von B1 50 Prozent.

Abwandlung 1: K1 zieht ab dem 1. September 2024 aus dem gemeinsamen Haushalt von B1 und B2 aus. Die Voraussetzungen

für den Kindergeldanspruch liegen weiterhin vor.

Bei B2 entfällt in diesem Falle der Anspruch auf Kindergeld für K1, da eine Haushaltsaufnahme des Stiefkinds und damit seine Kindergeldberechtigung nach § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes nicht mehr vorliegt. Der Anspruch auf Kindergeld für K1 steht nun allein B1 zu, weswegen auch der Familienzuschlag für K1 allein B1 zusteht, so dass das Kind K1 nur noch bei B1 berücksichtigungsfähig ist.

Für K1 liegt nun keine Konkurrenzsituation zwischen B1 und B2 mehr vor. Das Kind K1 kann demnach bei B2 nicht mehr zu einem erhöhten BMS führen. B2 behält jedoch den BMS von 90 Prozent (bei Berechtigtenbestimmung auch für K2 und K3 zu Gunsten von B2).

Abwandlung 2: Wurde hingegen ab dem 1. Januar 2024 die Berechtigtenbestimmung für die Kinder K1 bis K3 zu Gunsten von B1 abgegeben, erhält dieser auch weiterhin nach Auszug des Kindes K1 ab 1. September 2024 den BMS von 90 Prozent und B2 den BMS von 50 Prozent.

Abwandlung 3: Wird in diesem Falle (Abwandlung 2) nun die Berechtigtenbestimmung zu Gunsten von B1 (ab dem 1. September 2024) im Ausnahmefall einvernehmlich widerrufen und (für K2 und K3) zu Gunsten von B2 abgegeben, erhält B2 den erhöhten BMS von 90 Prozent. Die Verstetigung eines erhöhten BMS von B1 nach § 57 Absatz 3 Satz 8 kommt nicht zum Tragen, da erneute Berechtigtenbestimmungen, deren Widerruf oder die Neuordnung der Kinder im Familienzuschlag zu keinem Bestandsschutz beziehungsweise einer Verstetigung des BMS führen (vergleiche Nummer 57.3.8).

Da bei B1 aber weiterhin K1 berücksichtigungsfähig ist und nunmehr keine Konkurrenz zu B2 besteht, kann B1 den BMS von 70 Prozent erhalten, da K1 bei keinem anderen Beihilfeberechtigten zu einem erhöhten BMS führt und K1 damit nicht als ‚verbraucht‘ gilt.

Abwandlung 4: Hätten B1 und B2 nur ein gemeinsames Kind, könnte der Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von K1 ab 1. September 2024 bei B2 zu einem verstetigten BMS von 90 Prozent führen. In diesem Falle beträgt der BMS von B1 50 Prozent, da K1 als ‚verbraucht‘ gilt.“

cc) Nach Nummer 57.3.11.2.10 wird die folgende Nummer 57.3.11.2.11 eingefügt:

„57.3.11.2.11 B1 und B2 haben zwei gemeinsame Kinder K1 und K2. Sie sind verheiratet. B1 ist Beamter des Landes Baden-Württemberg. B2 erhält den FZ für K1 und K2.

Da § 14 Absatz 1 Satz 3 der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg ebenfalls einen erhöhten BMS bei zwei und mehr Kindern vorsieht, entsteht eine Konkurrenzsituation. Anders als nach Bundesrecht (vergleiche Beispiel in Nummer 57.3.11.2.2) und bayerischen Recht, soweit keine Berechtigtenbestimmung getroffen wird (vergleiche hierzu Beispiel in Nummer 57.3.11.2.7), führt nach baden-württembergischen Recht nicht erst die tatsächliche Zahlung des FZ, sondern bereits die bloße Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder im FZ zu einem erhöhten BMS. Berücksichtigungsfähige Kinder sind nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg die im Familienzuschlag nach dem Landesbesoldungsgesetz Baden-Württemberg berücksichtigungsfähigen Kinder der Beihilfeberechtigten. Dies führt im Ergebnis dazu, dass in Baden-Württemberg auch in Konkurrenzsituationen mehreren Beihilfeberechtigten (für dieselben Kinder) der erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent gewährt werden kann. Ein Wahlrecht ist dort demzufolge nicht erforderlich und daher auch

nicht vorgesehen. Da dem baden-württembergischen Beihilfeberechtigten bereits kraft Gesetzes ein erhöhter Bemessungssatz zusteht, ist ein erhöhter Bemessungssatz an einen sächsischen Beihilfeberechtigten ausgeschlossen (vergleiche auch Nummer 57.3.5).

B1 erhält deshalb den erhöhten BMS, der nach der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg 70 Prozent beträgt (vergleiche § 57 Absatz 3 Satz 4, der eine Berechtigtenbestimmung ausschließt, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher oder vergleichbarer Regelungen eine feste Zuordnung erfolgt ist). Bei B2 beträgt der BMS 50 Prozent.“

dd) Nummer 57.3.12 wird durch die folgenden Nummern 57.3.12 bis 57.3.14 ersetzt:

„57.3.12 Ob bei Beihilfeberechtigten Anspruch auf einen erhöhten Bemessungssatz wegen der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern besteht, hängt von der Frage der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag und damit vom grundsätzlichen Anspruch auf Kindergeld ab. Während dies bei leiblichen Elternteilen in der Regel unproblematisch ist, kann dies auch bei Stiefeltern in Betracht kommen, wenn sie mit dem (anderen) leiblichen Elternteil verheiratet sind und eine Haushaltsaufnahme im Sinne des § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes vorliegt. Ob beim sogenannten Wechselmodell eine Haushaltsaufnahme in den Wohnungen beider Eltern (und damit auch beim Stiefelternteil) vorliegt, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen. Eine Haushaltsaufnahme im Sinne des § 64 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes liegt vor, wenn das Kind in die Familiengemeinschaft mit einem dort begründeten Betreuungs- und Erziehungsverhältnis aufgenommen worden ist. Neben dem örtlich gebundenen Zusammenleben müssen die Voraussetzungen materieller Art (Versorgung, Unterhaltsgewährung) und immaterieller Art (Fürsorge, Betreuung) erfüllt sein. Die Betreuung des Kindes im Haushalt eines Berechtigten muss einen zeitlich bedeutsamen Umfang haben und die Aufenthalte des Kindes dürfen nicht nur Besuchs- oder Feriencharakter haben (BFH, Beschluss vom 14. Dezember 2004, VIII R 106/03). Dies setzt nicht voraus, dass sich das Kind in der Wohnung überwiegend (mehr als 50 Prozent) aufhält (BVerwG, Urteil vom 12. Dezember 1990, 2 B 116/90, vergleiche auch Nummer 42.1.9 der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug des Sächsischen Besoldungsgesetzes).

57.3.13 Ist ein Kind weniger als 50 Prozent in den Haushalt des Stiefelternteils aufgenommen, ist eine Prüfung nach den Umständen des Einzelfalles vorzunehmen. Bei geringfügigen Unterschreitungen der „50 Prozent-Grenze“ kann aber regelmäßig davon ausgegangen werden, dass eine Kindergeldberechtigung besteht. Eine Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes kann beim Stiefelternteil in der Beihilfe ohne weitere Prüfung unterstellt werden, wenn sich das Kind zu mindestens 40 Prozent regelmäßig im Haushalt des Stiefelternteils und nicht nur zu Besuchszwecken oder in den Ferien aufhält. In allen anderen Fällen ist vom Beihilfeberechtigten nachzuweisen, dass eine Haushaltsaufnahme vorliegt und für das Stiefkind dem Grunde nach ein Anspruch auf Kindergeld besteht (zum Beispiel durch Vorlage eines Kindergeldbescheides oder entsprechende Unterlagen der Familienkasse).

57.3.14 Beispiel
B1 hat zwei Kinder K1 und K2 aus erster Ehe mit S1 und ist nun mit B2 verheiratet (Eheschließung vor dem 1. Januar 2024). B1 und B2 haben ein vor dem 1. Januar 2024 geborenes gemeinsames Kind

K3. Die Kinder K1 und K2 leben im gemeinsamen Haushalt von B1 und B2 im sogenannten Wechselmodell (40 Prozent bei B1 beziehungsweise B2 und 60 Prozent bei S1).

Vorbemerkung: Bei B2 kann der grundsätzliche Anspruch auf Kindergeld für die Kinder K1 und K2 und damit auch ein Anspruch auf den entsprechenden Familienzuschlag unterstellt werden, da eine Haushaltsaufnahme im kindergeldrechtlichen Sinne vorliegt (§ 64 Absatz 2 Satz 2 des Einkommensteuergesetzes).

Nach § 57 Absatz 3 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung beträgt der BMS nach altem Recht entweder bei B1 oder bei B2 in Abhängigkeit von der Berechtigtenbestimmung 70 Prozent. Beim jeweils anderen beträgt der BMS 50 Prozent (§ 57 Absatz 3 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung).

Am 1. Januar 2024 sind die Kinder K1 bis K3 bei B1 und B2 berücksichtigungsfähig.

In Abhängigkeit der Berechtigtenbestimmung beträgt der BMS von B1 oder B2 90 Prozent, beim anderen 50 Prozent. Wird keine Berechtigtenbestimmung abgegeben, ist darauf abzustellen, wer den FZ für K1 bis K3 erhält. Kann der erhöhte Bemessungssatz auch danach nicht eindeutig zugeordnet werden, verbleibt es zunächst bei B1 und B2 bis zu einer Abgabe der Berechtigtenbestimmung beim bisherigen Bemessungssatz (vergleiche Nummer 57.3.6).“

ee) Die bisherige Nummer 57.3.12 wird die Nummer 57.3.15.

ff) Nach der neuen Nummer 57.3.15 wird die folgende Nummer 57.3.16 eingefügt:

„57.3.16 Eine Verstetigung des Bemessungssatzes von 70 oder 90 Prozent nach Satz 8 kommt auch dann zur Anwendung, wenn dem Beihilfeberechtigten auf Grund der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern ein erhöhter Bemessungssatz zustand, zwischenzeitlich aber der Anspruch auf Leistungen der Beihilfe entfallen ist (zum Beispiel auf Grund des Anspruchs auf Heilfürsorge oder bei Beurlaubung ohne Dienstbezüge), und dieser nicht bei einem anderen Beihilfeberechtigten zu einem erhöhten Bemessungssatz geführt hat.

Beispiel:

Ein Beamter des Polizeivollzugsdienstes mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern wurde wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt und hatte vor der Versetzung in den Ruhestand Anspruch auf Heilfürsorge. Er hat deshalb als Versorgungsempfänger einen Bemessungssatz von 90 Prozent (Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b). Bei einer Reaktivierung auf Grund der Wiederherstellung der Dienstfähigkeit im Polizeivollzugsdienst besteht erneut Anspruch auf Heilfürsorge, womit der Anspruch auf Beihilfeleistungen entfällt. Tritt der Beamte erneut in den Ruhestand (zum Beispiel wegen Erreichens der Altersgrenze), beträgt sein Bemessungssatz 90 Prozent, wenn zu diesem Zeitpunkt noch beide Kinder berücksichtigungsfähig sind (Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b). Sind die Kinder nicht mehr berücksichtigungsfähig, beträgt sein Bemessungssatz auf Grund der Verstetigung nach Satz 8 ebenfalls 90 Prozent. Dies gilt allerdings nicht, wenn die Kinder bei einem anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig waren und diesem der erhöhte Bemessungssatz zugeordnet wurde.“

c) In Nummer 57.13.2 Satz 2 wird nach der Angabe „Bemessungssatz“ die Angabe „auf Antrag des Beihilfeberechtigten“ eingefügt.

26. Nummer 63.1 wird durch die folgende Nummer 63.1 ersetzt:

„63.1 Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 des Verwaltungsverfahrensgesetzes

vorliegen (VG Dresden, Urteil vom 29. April 2014, 11 K 1536/13; zu den Folgen der Verwendung veralteter Beihilfeformulare im Zusammenhang mit der Berechnung der Antragsfrist vergleiche OVG Weimar, Urteil vom 13. November 2024, 4 KO 658/20).“

27. Nummer 65 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 65.0.3 wird durch die folgende Nummer 65.0.3 ersetzt:
„65.0.3 Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer notwendigen Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz besteht. Beim Beihilfeberechtigten ist die pauschale Beihilfe auf den auf die Besoldung (vergleiche hierzu § 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes) oder die Versorgungsbezüge (vergleiche hierzu § 3 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes) entfallenden Beitragsanteil beschränkt, soweit sich die Höhe des Beitrages – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nach der Höhe des Einkommens bestimmt. Hierbei ist es unerheblich, ob die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten wird. Werden neben Besoldung oder Versorgungsbezügen weitere beitragspflichtige Einnahmen berücksichtigt (vergleiche § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), erfolgt keine anteilige Kürzung der pauschalen Beihilfe. Die zum Beispiel im Rahmen von Nebentätigkeiten – auch für den Dienstherrn – gewährten Bezüge sind keine Besoldung oder Versorgungsbezüge im Sinne des § 80a Absatz 3 Satz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes und damit für die Höhe der pauschalen Beihilfe unerheblich.“
- b) Nummer 65.0.16 wird durch die folgende Nummer 65.0.16 ersetzt:
„65.0.16 Beamte sind wegen ihrer Zugehörigkeit zum beihilferechtlichen Fürsorgesystem nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch krankenversicherungsfrei, auch wenn bei ihnen neben ihrem den Beihilfeanspruch vermittelnden Dienstverhältnis ein dem Grunde nach versicherungspflichtiger Tatbestand nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 oder 5 bis 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt. Dies gilt nicht in Fällen, in denen Beamten Bürgergeld (zum Beispiel als sogenannte Aufstockungsleistungen) bewilligt wird. Hier tritt Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein. Die Regelung des § 6 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sieht für diese Fallgestaltung keinen Ausschluss der Versicherungspflicht vor, so dass keine pauschale Beihilfe gewährt werden kann. Ist der Beamte jedoch zuletzt vor dem Beginn des Leistungsbezugs von Bürgergeld privat oder gar nicht krankenversichert gewesen, ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Bürgergeld nach § 5 Absatz 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen, womit eine Gewährung der pauschalen Beihilfe nicht von vornherein ausgeschlossen ist.“
- c) Die bisherigen Nummern 65.0.16 und 65.0.17 werden die Nummern 65.0.17 und 65.0.18.

28. Anhang 2 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verwaltungsvorschrift ersichtliche Fassung.

II.

1. Diese Verwaltungsvorschrift tritt vorbehaltlich der Nummer 2 am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.
2. Nummer 14 Buchstabe d, Nummer 16 Buchstabe a, Nummer 18 Buchstabe a und b Doppelbuchstabe aa und bb und Buchstabe c sowie Nummer 19 Buchstabe a und b tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Dresden, den 16. Mai 2025

Der Staatsminister der Finanzen
Christian Piwarz

Anlagen

Anhang zu Nummer 28