



Sächsisches Amtsblatt

Nr. 23/2025

5. Juni 2025

Inhaltsverzeichnis

Sächsisches Staatsministerium der Finanzen

Fünfte Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung (VwV-SächsBhVO) vom 16. Mai 2025 582

Landesdirektion Sachsen

Bekanntmachung der Landesdirektion Sachsen über die Auslegung des Planfeststellungsbeschlusses für das Verkehrsbauvorhaben „Neu- und Ausbau des 2. Bauabschnittes der K 9281 einschließlich Brückenbauwerk über die Spreeaue“ vom 12. Mai 2025 ... 610

Bekanntmachung der Landesdirektion Sachsen über einen Antrag auf Erteilung einer Leitungs- und Anlagenrechtsbescheinigung Gemarkung Radeberg vom 15. Mai 2025 612

Bekanntmachung der Landesdirektion Sachsen Allgemeinverfügung zum Vollzug des Gesetzes zur Förderung der Kreislaufwirtschaft und Sicherung der umweltverträglichen Bewirtschaftung von Abfällen (Kreislaufwirtschaftsgesetz – KrWG) Beseitigung von mit holz- und rindenbrütenden Schadorganismen befallenem Schlagabraum – Zulassung des Verbrennens Az.: C43-8630/27/10 vom 30. Mai 2025 ... 613

Bekanntmachung der Landesdirektion Sachsen zum Vollzug des Wasserhaushaltsgesetzes, des Sächsischen Wassergesetzes sowie der Industriekläranlagen-Zulassungs- und Überwachungsverordnung über die Erteilung einer wasserrechtlichen Genehmigung zum Bau und Betrieb der Abwasserbehandlungsanlage im Rahmen der Produktionserweiterung „Modul 4“ der Firma Infineon Technologies Dresden GmbH & Co. KG Gz.: 41-8618/1015 vom 23. Mai 2025 616

Andere Behörden und Körperschaften

Bekanntmachung des Landratsamtes Sächsische Schweiz-Osterzgebirge über die Genehmigung der Aufhebung der Zweckvereinbarung zur Übertragung von straßenbehördlichen Verwaltungsaufgaben zwischen der Gemeinde Bannewitz (beauftragte Körperschaft) und der Gemeinde Kreischa (beteiligte Körperschaft) vom 16. Mai 2025 617

Sächsisches Staatsministerium der Finanzen

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 Aufbau-material“) ist umfassend, so dass hierunter grundsätzlich jedes plastisches 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 (KHPfLEG) 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 krankhausindividuellen 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 Bundespflege-satzverordnung 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 Buchs 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 Entlastag mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses voraussetzt. Außerdem muss der für die tagesstationäre Behandlung erforderliche mindestens sechstündige 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 Bundespflege-satzverordnung; 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 Entgeltbestände 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 ganztägig 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 erfolversprechend 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 entspre-

chen, 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 Sächsischen 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,

hig, 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 Herbeiführung 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 3,04 Euro
 - 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 7,09 Euro
 - 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 116,81 Euro
- 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 272,54 Euro
- 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 240,00 Euro
 - 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 240,00 Euro
 - 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 43,49 Euro
 - 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 101,47 Euro
 - 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 Krankenhausbehand-

- lung. 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

	<ul style="list-style-type: none"> - Pauschalbeihilfe 219,63 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 65,89 Euro 	153,74 Euro	
	<ul style="list-style-type: none"> - hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 20 Tage, 199,67 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 59,90 Euro 	<u>139,77 Euro</u> 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.		
	<ul style="list-style-type: none"> - 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
			<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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
			<u>54,91 Euro</u>
		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
			<u>54,91 Euro</u>
		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 240,00 Euro
 - 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 560,00 Euro
 - 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 61,13 Euro
 - 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 142,65 Euro
- 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 Tarifierhöhungen sind zu be-				
	achten.				
49.5.5	Beispiele (jeweils zum Stand 1. Feb-				
	ruar 2025):				
49.5.5.1	Der in der privaten Pflegeversicherung				
	versicherte Versorgungsempfänger				
	nimmt als Pflegebedürftiger des Pfl-				
	egegrades 3 die Pflege durch Berufs-				
	pflegekräfte (100 Prozent = 1 497 Euro)				
	in Anspruch. Die Rechnung für die				
	Pflege durch Berufspflegekräfte be-				
	trägt 2 000 Euro.				
	a) Leistungen der				
	privaten Pflegever-				
	sicherung				
	– zu den				
	Aufwendun-				
	gen für die				
	Berufspflege-				
	kraft 30 Pro-				
	zent vom				
	Höchstbetrag				
	(1 497 Euro)	449,10 Euro			
	b) Leistungen der				
	Beihilfe nach				
	Absatz 1				
	– zu den Auf-				
	wendungen für				
	die Berufspfle-				
	gekraft 70 Pro-				
	zent vom				
	Höchstbetrag				
	(1 497 Euro)	1 047,90 Euro			
	c) Leistungen der				
	Beihilfe nach				
	Absatz 5				
	– Aufwendun-				
	gen für die				
	Berufspfle-				
	gekraft laut				
	Rechnung,				
	Höchstgrenze				
	nach Absatz 5				
	(2 409,06 Euro)				
	wird nicht				
	überschritten	2 000,00 Euro			
	– Leistungen				
	nach Buchsta-				
	ben a und b				
	für die Auf-				
	wendungen für				
	die Berufspfle-				
	gekraft	<u>1 497,00 Euro</u>			
	– Differenz (=				
	zusätzlich				
	beihilfefähiger				
	Betrag)	<u>503,00 Euro</u>			
	zusätzliche Beihilfe				
	zu den Aufwen-				
	dungen 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 Pfl-				
	egegrades 4 die Pflege durch Berufs-				
	pflegekräfte (100 Prozent = 1 859 Euro)				
	in Anspruch. Als von der Regelung des				
	§ 28 Absatz 2 des Elften Buches So-				
	zialgesetzbuch erfasste Person erhält				
	der Versorgungsempfänger von der				
	sozialen Pflegeversicherung in diesem				
	Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die				
	Pflege durch Berufspflegekräfte be-				
	trägt 2 000 Euro.				
	a) Leistungen der				
	sozialen Pflege-				
	versicherung				
	– zu den				
	Aufwendun-				
	gen für die				
	Berufspflege-				
	kraft 50 Pro-				
	zent vom				
	Höchstbetrag				
	(1 859 Euro)	929,50 Euro			
	b) Leistungen der				
	Beihilfe nach				
	Absatz 1				
	– zu den				
	Aufwendun-				
	gen für die				
	Berufspflege-				
	kraft 50 Pro-				
	zent vom				
	Höchstbetrag				
	(1 859 Euro)	929,50 Euro			
	c) Leistungen der				
	Beihilfe nach				
	Absatz 5				
	– Aufwendun-				
	gen für die				
	Berufspfle-				
	gekraft laut				
	Rechnung,				
	Höchst-				
	grenze nach				
	Absatz 5				
	(3 613,59 Euro)				
	wird nicht				
	überschritten	2 000,00 Euro			
	– Leistun-				
	gen nach				
	Buchstaben a				
	und b für die				
	Aufwendun-				
	gen für die				
	Berufspflege-				
	kraft	<u>1 859,00 Euro</u>			
	– Differenz (=				
	zusätzlich				
	beihilfefähi-				
	ger Betrag)	<u>141,00 Euro</u>			
	zusätzliche				
	Beihilfe zu den				
	Aufwendungen				
	für die Berufs-				
	pflegekraft				
	(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 für acht Kalendertage
128,63 Euro
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“.

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

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.

- Differenz
(= zusätzlich
beihilfefähiger
Betrag für die
Aufwendungen
für die Tagespfe-
geeinrichtung) 643,00 Euro
- Aufwendungen
für die Berufs-
pflegekraft laut
Rechnung,
Höchstgrenze
nach § 49
Absatz 5
(2 409,06 Euro)
wird nicht über-
schritten 1 800,00 Euro
- Leistungen nach
Buchstaben a
und b für die
Aufwendungen
für die Berufs-
pflegekraft 1 497,00 Euro
- Differenz (= zusätzlich
beihilfefähiger
Betrag für die
Aufwendungen
für die Berufs-
pflegekraft) 303,00 Euro
- Zusätzliche
Beihilfe zu den
Aufwendungen
für die Tages-
pflegeeinrichtung
und die Be-
rufspflegekraft
(100 Prozent
von 643 Euro +
303 Euro) 946,00 Euro
- d) Gesamtleistung der
Beihilfe (Buchsta-
ben 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 1 445,00 Euro
 - 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 Verschwägerter (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 1 445,00 Euro
 - 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 Nummern 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.“

tigten 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 Sozialgesetzbuch 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	25 Euro
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	30,65 Euro
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
./ pauschalisierte Leistungen nach Absatz 1 und 2 (Buchstaben a bis c) ./ Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	1 421,16 Euro
25,00 Euro	
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 5	1 978,84 Euro
Einkommen	2 500,00 Euro

		Eigenanteil mit berücksichtigungs- fähigem Ehegatten 30 Prozent des Ein- kommens (= 55 Pro- zent ./ 25 Prozent). Eigenanteil (30 Pro- zent von 2 500 Euro)	750,00 Euro
		beihilfefähige Aufwendungen (1 978,84 Euro verbleibende Aufwendungen ./ 750 Euro Eigen- anteil) = 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 ver- fügt 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 Pfl- egegrades 4 seit mehr als 24 Monaten Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialge- setzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Pro- zent = 1 855 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Posi- tionen zusammen:		
		Pflegekosten (einschließ- lich 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 Pflegeversi- cherung	
		– zu den pfl- gebedingten Aufwendungen für die Pfl- geeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	556,50 Euro
		– Leistungszu- schlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), da- von 30 Prozent	<u>246,75 Euro</u>
		Gesamt	803,25 Euro
b)		Leistungen der Bei- hilfe nach Absatz 1 – zu den pfl- gebedingten Aufwendungen für die Pfl- geeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 855 Euro	1 298,50 Euro
c)		Leistungen der Bei- hilfe nach Absatz 2 – Leistungszu- schlag von 50 Prozent zum Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen von 1 645 Euro (3 500 Euro ./ 1 855 Euro), da- von 70 Prozent	575,75 Euro
d)		Leistungen der Bei- hilfe nach Absatz 5 Gesamtaufwendun- gen ./ pauschalierte Leistungen nach Absatz 1 und 2 (Buchstaben a bis c) ./ Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozial- gesetzbuch (Telefon- anschluss)	<u>25,00 Euro</u>
		verbleibende Auf- wendungen im Sinne des Absatzes 5	3 222,50 Euro
		Einkommen	4 000,00 Euro
		Eigenanteil mit berücksichtigungs- fähigem Ehegatten 30 Prozent des Ein- kommens (= 55 Pro- zent ./ 25 Prozent). Eigenanteil (30 Pro- zent von 4 000 Euro)	1 200,00 Euro
		beihilfefähige Aufwendungen (3 222,50 Euro ver- bleibende Aufwen- dungen ./ 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 0,00 Euro
- 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
- ./. pauschalisierte 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) 25,00 Euro

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 Beamtenversorgungsgesetzes 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

Anhang zu Nummer 28

Anhang 2
(VwV zu § 4 Absatz 2 und § 57 Absatz 2)

**Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für
berücksichtigungsfähige Erwachsene/Witwen**

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit! Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D - Beihilfe Postfach 10 06 55 01076 Dresden	Beihilfeberechtigte Person: Az. (Org.-Nr./Personalnummer): Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten/der Ehegattin oder des Lebenspartners/der Lebenspartnerin (Berücksichtigungsfähige Erwachsene)
--	---

Zeitraum	Höhe der Einkünfte in Euro	laut Steuerbescheid vom
01.01.20__ bis 31.12.20__		
01.01.20__ bis 31.12.20__		
01.01.20__ bis 31.12.20__		
01.01.20__ bis 31.12.20__		
<input type="checkbox"/> Für den Zeitraum/ die Zeiträume 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__ <input type="checkbox"/> liegt noch kein Einkommensteuerbescheid ¹ vor <input type="checkbox"/> wird/wurde keine Einkommensteuererklärung abgegeben, da keine Verpflichtung hierfür besteht ² . Die Einkünfte erklären wir wie folgt: (Sind mehrere Jahre zu erklären, bitte mehrere Formblätter verwenden):		
Zeitraum	01.01.20__ bis 31.12.20__	
	Höhe (geschätzt) in Euro	
Verlustvortrag nach § 10d Absatz 4 EStG für den vorangegangenen Veranlagungszeitraum laut Feststellung des Finanzamtes		
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft nach §§ 13 bis 14a EStG (Gewinn)		
Einkünfte aus Gewerbebetrieb nach §§ 15 bis 17 EStG (Gewinn)		
Einkünfte aus selbständiger Arbeit nach § 18 EStG (Gewinn)		
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit nach § 19 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten) ³		
Einkünfte aus Kapitalvermögen, die von der Abgeltungssteuer erfasst werden, nach § 20 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung nach § 21 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)		
Sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG ⁴ (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)		

Summe	
Abzüglich	
- Altersentlastungsbetrag	
- den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende	
- den Abzug nach § 13 Absatz 3 EStG	
Einkünfte gesamt (§ 2 Absatz 3 EStG)	

Wir versichern, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Sofern keine Verpflichtung zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung besteht, versichern wir, dass keine weiteren Einkünfte erzielt wurden. Uns ist bekannt, dass die Beihilfe zurückgefordert werden kann, wenn die durchschnittlichen Einkünfte der letzten drei Jahre vor der Leistungserbringung tatsächlich den maßgeblichen Ehegattengrenzbetrag nach § 4 Absatz 2 SächsBhVO⁵ übersteigen.

Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

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

Ort, Datum	Unterschrift beihilfeberechtigte Person	Unterschrift berücksichtigungsfähige/r Erwachsene/r
------------	---	---

¹ Nach Erhalt des Einkommensteuerbescheides ist dieser unverzüglich der Festsetzungsstelle zur Aufhebung des Vorbehaltes vorzulegen, sofern die Vorlage abverlangt wurde.

² Bitte andere geeignete Nachweise (zum Beispiel Verdienstbescheinigungen, Bankbelege) vorlegen.

³ Bei Witwen sind Versorgungsbezüge (Unterhaltsbeitrag beziehungsweise Witwengeld) nicht zu berücksichtigen. Leistungen für Witwen aus anderen Versorgungssystemen, zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung, sind hingegen voll zu berücksichtigen.

⁴ Sonstige Einkünfte sind beispielsweise: Wiederkehrende Bezüge, Renten, Unterhaltsleistungen, Versorgungsleistungen, Ausgleichszahlungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs, Einkünfte aus privaten Veräußerungsgeschäften, Entschädigungen, Amtszulagen, Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen, Übergangsgelder, Überbrückungsgelder, Sterbegelder, Versorgungsabfindungen, Versorgungsbezüge nach Europaabgeordnetengesetz, Abgeordnetengesetz oder entsprechender Ländergesetze, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Pensionsfonds, Pensionskassen und Direktversicherungen.

⁵ Folgender Ehegattengrenzbetrag war beziehungsweise ist in den Kalenderjahren maßgebend:

- 2023: 18 000 Euro,
- 2024 und 2025: 18 504 Euro,
- 2026: 20 180 Euro
- 2027: 21 290 Euro.

Er erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des Sächsischen Besoldungsgesetzes und die monatliche Sonderzahlung nach § 64a des Sächsischen Besoldungsgesetzes. Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt.

Landesdirektion Sachsen

Bekanntmachung der Landesdirektion Sachsen

über die Auslegung des Planfeststellungsbeschlusses für das Verkehrsbauvorhaben „Neu- und Ausbau des 2. Bauabschnittes der K 9281 einschließlich Brückenbauwerk über die Spreeaue“

Vom 12. Mai 2025

I.

Mit Planfeststellungsbeschluss der Landesdirektion Sachsen vom 29. April 2025, Gz.: 32-0522/710/15, wurde der Plan für das oben genannte Bauvorhaben gemäß § 39 des Sächsischen Straßengesetzes vom 21. Januar 1993 (SächsGVBl. S. 93), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. August 2019 (SächsGVBl. S. 762; 2020 S. 29) geändert worden ist, in Verbindung mit § 1 Satz 1 des Gesetzes zur Regelung des Verwaltungsverfahrens- und des Verwaltungszustellungsrechts für den Freistaat Sachsen vom 19. Mai 2010 (SächsGVBl. S. 142), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 31. Januar 2024 (SächsGVBl. S. 83) geändert worden ist, in Verbindung mit § 74 des Verwaltungsverfahrensgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2003 (BGBl. I S. 102), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 236) geändert worden ist, festgestellt.

II.

1. Da es sich um ein UVP-pflichtiges Vorhaben handelt, ist gemäß § 27 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. März 2021 (BGBl. I S. 540), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, die Entscheidung über das Vorhaben öffentlich bekannt zu machen.
2. Eine Ausfertigung des Planfeststellungsbeschlusses liegt zusammen mit einer Ausfertigung der festgestellten Planunterlagen

vom 16. Juni 2025 bis einschließlich 30. Juni 2025

in der Gemeindeverwaltung Spreetal, OT Burgneudorf, Kleiner Beratungsraum im 1. Obergeschoss, Spremberger Straße 25 in 02979 Spreetal während der Dienststunden

Montag/Mittwoch	9:00 Uhr bis 13:00 Uhr
Dienstag	9:00 Uhr bis 12:00 Uhr und 13:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Donnerstag	9:00 Uhr bis 12:00 Uhr und 13:00 Uhr bis 15:30 Uhr
Freitag	9:00 Uhr bis 12:00 Uhr

zu jedermanns Einsicht aus.

3. Der Planfeststellungsbeschluss wird denjenigen, über deren Einwendungen entschieden worden ist, und den Vereinigungen, über deren Stellungnahme entschieden worden ist, zugestellt (§ 74 Absatz 4 des Verwaltungsverfahrensgesetzes).

4. Der Planfeststellungsbeschluss gilt mit Ende der Auslegungsfrist allen übrigen Betroffenen gegenüber als zugestellt (§ 74 Absatz 4 Satz 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes).
5. Bis zum Ablauf der Rechtsbehelfsfrist kann der Planfeststellungsbeschluss von den Betroffenen bei der Landesdirektion Sachsen, Dienststelle Dresden, Referat 32, Olbrichtplatz 1, 01099 Dresden, schriftlich angefordert werden.
6. Zusätzlich können der Planfeststellungsbeschluss und die planfestgestellten Planunterlagen im UVP-Portal unter <https://www.uvp-verbund.de/> und auf der Internetseite der Landesdirektion Sachsen unter <https://www.lids.sachsen.de/bekanntmachung> in der Rubrik „Infrastruktur/Kreisstraßen“ eingesehen werden. Für die Vollständigkeit und Übereinstimmung der im Internet veröffentlichten Unterlagen mit den amtlichen Auslegungssunterlagen wird keine Gewähr übernommen. Der Inhalt der zur Einsicht ausgelegten Unterlagen ist maßgeblich.

III.

Gegenstand des Vorhabens

Der Bauabschnitt beginnt als Neubaustrecke am vorhandenen Kreisverkehr K 9214/K9215 südöstlich des Industrieparks Schwarze Pumpe, verläuft östlich um den Ort Spreewitz und endet als Ausbaustrecke an der vorhandenen Einmündung der Spreewitzer Straße in die Staatsstraße S 130 nordöstlich von der Ortslage Neustadt im Bereich der Ortsdurchfahrt. Im Neubauabschnitt ist die Überquerung der Spreeaue mit einem circa 500 m langen Brückenbauwerk erforderlich. Die Länge des Neubauabschnittes beträgt circa 2 600 m, die des Ausbauabschnittes ist ungefähr ebenso lang. Im Ausbauabschnitt verläuft die geplante Trasse über die vorhandene Ortsverbindung Spreewitz – Neustadt, den Spreewitzer Weg. Im Zuge des Bauabschnittes werden zwei Hochspannungs-Freileitungen und zwei Bahnstrecken gekreuzt. Der Baubereich liegt bis auf einen kurzen Abschnitt am Bauende zwischen Baukilometer 5+050 und Baukilometer 5+222 außerhalb von bebauten Ortschaften.

Die Kreuzung der Bahnstrecken (BÜ 1 und BÜ 2) erfolgt wie im Bestand als schienengleicher beschränkter Bahnübergang. Bei Baukilometer 2+294 kreuzt die Werksbahn der LEAG den Ausbauabschnitt des 2. Bauabschnittes der K 9281 (BÜ 1). Im Zuge des Vorhabens wird zur Verbesserung der Sichtverhältnisse der vorhandene beschränkte Bahnübergang um circa 65 m verlegt. Bei Baukilometer 3+214 kreuzt eine Bahnstrecke der DB Netz AG den Ausbauabschnitt des 2. Bauabschnittes der K 9281 (BÜ 2). Der vorhandene Bahn-

übergang BÜ 2 wird im Zusammenhang mit dem Straßenbauvorhaben um 1,5 m nach Süden verbreitert.

Die Verknüpfungen mit dem vorhandenen Straßennetz (Knotenpunkte) werden durch folgende Maßnahmen gewährleistet:

- Umbau des vorhandenen dreiarmigen Knotenpunkts in einen vierarmigen Knotenpunkt am Bauanfang (KP 1)
- Neubau einer plangleichen Einmündung für die Anbindung des Ortes Spreewitz an die K 9281 bei Baukilometer 1+640 (KP 2)
- Ausbau der vorhandenen Einmündung der K 9218 in die S 130 am Ende der Baustrecke (KP 3)
- Neubau eines Knotenpunkts für Gemeindestraßen zur Anbindung der Siedlung Spreewitz-Ausbau (KP 0)

Für den 2. Bauabschnitt der K 9282 wird infolge der Zuordnung zur Straßenkategorie LS III ein Regelquerschnitt RQ (11)10 mit zwei je 3,00 m breiten Fahrstreifen, beidseitigen 0,50 m breiten Randstreifen und 1,50 m breiten Banketten gewählt.

Weiterhin wird der in der Ortslage Neustadt vorhandene Gehweg an der K 9281 bis zur Zufahrt auf das Flurstück 15/1 verlängert. Am KP 1 wird der den Kreisverkehr umlaufende Radweg im Zuge des Umbaus zum vierarmigen Kreisverkehr wiederhergestellt. Die Verbindung mit dem Spreeradweg wird indirekt über die Ortsanbindung am KP 2 hergestellt.

Im Bereich der circa 4 km langen Waldpassage des 2. Bauabschnitts der K 9281 sind – neben der Wiederherstellung von Grundstücksanbindungen – überwiegend innerhalb des von der Waldrodung betroffenen technologischen Streifens zwischen circa Baukilometer 1+575 und Baukilometer 3+025 einige parallele Verbindungswege zu vorhandenen Nebenwegen geplant.

Bestandteil der Baumaßnahme ist weiterhin der Neu- und Ausbau der Straßenentwässerungsanlagen. Die Einleitung des auf den Verkehrsflächen im Bereich des 2. Bauabschnitts der K 9281 anfallenden Oberflächenwassers erfolgt weitestgehend über Versickerungsmulden, ein Versickerungsbecken (Brückenentwässerung) sowie als breitflächige Entwässerung über die Dammböschungen.

Darüber hinaus gelangen in Koordination mit dem Straßenbauvorhaben Maßnahmen der Medienträger für die Sicherung und den abschnittswise- beziehungsweise Neubau von Trink-, Abwasser-, Energie-, Gasleitungen und Telekommunikationslinien zur Ausführung.

IV.

Der Planfeststellungsbeschluss beinhaltet die Feststellung des Plans. Zudem enthält er Nebenbestimmungen, insbesondere zu Belangen von Naturschutz und Landschaftspflege, des Bodens und der Abfallwirtschaft/Altlasten sowie des Immissionsschutzes, zu den Belangen des Denkmalschutzes und zu sonstigen öffentlichen und privaten Belangen. Dem Vorhabenträger gegenüber wurden Auflagen, Erlaubnisse und Genehmigungen erteilt. Damit darf das Bauvorhaben entsprechend dem verfügenden Teil des Planfeststellungsbeschlusses umgesetzt werden.

In dem Planfeststellungsbeschluss ist über alle rechtzeitig vorgetragenen Einwendungen, Forderungen und Anregungen entschieden worden. Der Beschluss ist sofort vollziehbar.

Die in den Planunterlagen enthaltenen Grunderwerbsunterlagen enthalten aus Datenschutzgründen keine Angaben über Namen und Anschriften der Grundeigentümer. Betroffenen Grundeigentümern wird von der auslegenden Stelle oder der Planfeststellungsbehörde auf Anfrage Auskunft über die von dem Vorhaben betroffenen eigenen Grundstücke gegeben.

V.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Planfeststellungsbeschluss kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe schriftlich, zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle des Gerichts oder elektronisch Klage beim Verwaltungsgericht Dresden, Fachgerichtszentrum, Hans-Oster-Straße 4, 01099 Dresden, erhoben werden. Wird die Klage elektronisch erhoben, gelten die Maßgaben der §§ 55a und 55d der Verwaltungsgerichtsordnung sowie der Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung vom 24. November 2017 (BGBl. I S. 3803) in der jeweils geltenden Fassung.

Die Klage muss den Kläger, den Beklagten und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Der angefochtene Planfeststellungsbeschluss soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden.

Die Klage ist innerhalb einer Frist von zehn Wochen ab Klageerhebung zu begründen. Erklärungen und Beweismittel, die erst nach Ablauf dieser Frist vorgebracht werden, können durch das Gericht zurückgewiesen werden.

Dresden, den 12. Mai 2025

Landesdirektion Sachsen
Hirndorf
Abteilungsleiterin Infrastruktur

Bekanntmachung der Landesdirektion Sachsen über einen Antrag auf Erteilung einer Leitungs- und Anlagenrechtsbescheinigung Gemarkung Radeberg

Vom 15. Mai 2025

Die Landesdirektion Sachsen gibt bekannt, dass die Energie Deutschland GmbH, Aachener Straße 1044 in 50858 Köln einen Antrag auf Erteilung einer Leitungs- und Anlagenrechtsbescheinigung gemäß § 9 Absatz 4 des Grundbuchbereinigungsgesetzes vom 20. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2182, 2192), das zuletzt durch Artikel 158 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, gestellt hat.

Der Antrag (Az.: 32-0552/33/24) betrifft die vorhandene Stromleitung und Wärmeleitung sowie eine Zuwegung einschließlich Zubehör, Sonder- und Nebenanlagen und Schutzstreifen.

Die von der Anlage betroffenen Grundstückseigentümer der Stadt Radeberg (Gemarkung Radeberg) können den eingereichten Antrag sowie die beigelegten Unterlagen in der Zeit

vom 11. Juni bis einschließlich 9. Juli 2025

in der Landesdirektion Sachsen, Dienststelle Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leipzig, einsehen. Im Vorfeld bitten wir um eine telefonische Kontaktaufnahme unter der Telefonnummer 0341/977-3203.

Ergänzend wird auf die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Planunterlagen während des vorgenannten Zeitraums unter <https://www.lidsachsen.de/bekanntmachung/> verwiesen (danach bitte die Rubrik Infrastruktur-Grundbuchbereinigung wählen). Im Internet erfolgt die Freischaltung mit Beginn des Auslegungszeitraumes.

Die Landesdirektion Sachsen erteilt die Leitungs- und Anlagenrechtsbescheinigung nach Ablauf der Auslegungsfrist gemäß § 9 Absatz 4 des Grundbuchbereinigungsgesetzes in Verbindung mit § 7 Absatz 4 und 5 der Sachenrechts-

Durchführungsverordnung vom 20. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3900).

Hinweise zur Einlegung von Widersprüchen

Gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 des Grundbuchbereinigungsgesetzes ist von Gesetzes wegen eine beschränkte persönliche Dienstbarkeit für alle am 3. Oktober 1990 bestehenden Energiefortleitungsanlagen und Anlagen der Wasserversorgung und -entsorgung entstanden. Die durch Gesetz entstandene Dienstbarkeit dokumentiert nur den Stand vom 3. Oktober 1990. Da die Dienstbarkeit durch Gesetz bereits entstanden ist, kann ein Widerspruch nicht damit begründet werden, dass kein Einverständnis mit der Belastung des Grundstückes erteilt wird.

Ein zulässiger Widerspruch kann nur darauf gerichtet sein, dass die im Antrag dargestellte Leitungsführung nicht richtig ist. Dies bedeutet, dass ein Widerspruch sich nur dagegen richten kann, dass das Grundstück gar nicht von der Leitung oder in anderer Weise, als dargestellt, betroffen ist. Wir möchten Sie daher bitten, nur in begründeten Fällen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch zu machen.

Der Widerspruch kann bei der Landesdirektion Sachsen, Alchemnitzer Straße 41, 09120 Chemnitz, oder den Dienststellen der Landesdirektion Sachsen in Dresden, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, oder in Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leipzig bis zum Ende der Auslegungsfrist erhoben werden. Die Schriftform kann durch die elektronische Form ersetzt werden. Der elektronischen Form genügt ein elektronisches Dokument, das mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen ist. Die Schriftform kann auch ersetzt werden durch Versendung eines elektronischen Dokuments mit der Versandart nach § 5 Absatz 5 des De-Mail-Gesetzes. Die Adressen und die technischen Anforderungen für die Übermittlung elektronischer Dokumente sind über die Internetseite <https://www.lidsachsen.de/kontakt> abrufbar.

Leipzig, den 15. Mai 2025

Landesdirektion Sachsen
Keune
Referatsleiter Planfeststellung

Bekanntmachung der Landesdirektion Sachsen

Allgemeinverfügung zum Vollzug des Gesetzes zur Förderung der Kreislaufwirtschaft und Sicherung der umweltverträglichen Bewirtschaftung von Abfällen (Kreislaufwirtschaftsgesetz – KrWG) Beseitigung von mit holz- und rindenbrütenden Schadorganismen befallenem Schlagabraum – Zulassung des Verbrennens

Az.: C43-8630/27/10

Vom 30. Mai 2025

Die Landesdirektion Sachsen erlässt auf der Grundlage von § 28 Absatz 2 des Kreislaufwirtschaftsgesetzes in Verbindung mit § 1 des Gesetzes zur Regelung des Verwaltungsverfahrens- und des Verwaltungszustellungsrechts für den Freistaat Sachsen in Verbindung mit § 35 Satz 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes und gemäß § 2 Absatz 2 Nummer 4 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Umwelt und Landwirtschaft über Zuständigkeiten bei der Durchführung von Vorschriften des Kreislaufwirtschafts- und Bodenschutzrechts und § 19 Absatz 1 Nummer 2 des Sächsischen Kreislaufwirtschafts- und Bodenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung folgende

Allgemeinverfügung

Die Allgemeinverfügung der Landesdirektion Sachsen vom 31. Mai 2023, veröffentlicht im Sächsischen Amtsblatt Nummer 24 vom 15. Juni 2023, S. 682, wird in ihrem Geltungsbereich in Nummer 1 geändert sowie in ihrer Geltungsdauer in Nummer 5 Satz 1 um zwei Jahre verlängert und wie folgt neu gefasst:

1. Das Verbrennen von mit holz- und rindenbrütenden Schadorganismen (insbesondere Borkenkäfer) befallenem Schlagabraum ist im Wald am Anfallort durch die dazu nach § 15 Absatz 2 Waldgesetz für den Freistaat Sachsen (SächsWaldG) befugten Personen ohne ausdrückliche Einzelfallgenehmigung der Landesdirektion Sachsen in den Gebieten der Landeshauptstadt Dresden sowie der Landkreise Görlitz (nur im Teilgebiet südlich der Bundesautobahn 4), Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Mittelsachsen, Erzgebirgskreis, Zwickau, Vogtlandkreis zulässig, soweit dies aus Waldschutzgründen notwendig ist und eine stoffliche oder energetische Verwertung technisch nicht möglich oder wirtschaftlich nicht zumutbar ist.
Genehmigt wird das Verbrennen von Schlagabraum auf dem Grundstück, auf dem die Abfälle angefallen sind. Ein Verbringen auf andere Flächen ist ausdrücklich untersagt.
2. Durch das Verbrennen darf das Wohl der Allgemeinheit nicht beeinträchtigt werden, insbesondere sind Gefahren, Nachteile und erhebliche Belästigungen durch Luftverunreinigungen, Rauchentwicklungen und ein Übergreifen des Feuers durch Ausbreitung der Flammen oder Funkenflug über den Verbrennungsort hinaus zu verhindern.

3. Sonstige öffentlich-rechtliche Vorschriften, insbesondere Genehmigungserfordernisse oder Anforderungen, beispielsweise des Naturschutzes und besondere Anforderungen an Feuer im Freien bleiben von dieser Allgemeinverfügung unberührt und sind zu beachten.
4. Es darf nur an Werktagen zwischen 8:00 Uhr und 18:00 Uhr verbrannt werden.
5. Diese Allgemeinverfügung ist bis zum 31. Mai 2027 befristet. Sie kann jederzeit verlängert oder widerrufen werden.
6. Die sofortige Vollziehung dieser Allgemeinverfügung wird angeordnet.
7. Diese Allgemeinverfügung wird als Notbekanntmachung auf der Internetseite der Landesdirektion Sachsen unter <http://www.lids.sachsen.de/Bekanntmachung> verkündet und tritt am Tage nach ihrer Bekanntgabe in Kraft. Der vollständige Inhalt der Allgemeinverfügung kann neben der Internetseite der Landesdirektion Sachsen unter <http://www.lids.sachsen.de/Bekanntmachung> auch zu den Geschäftszeiten in der
 - Dienststelle der Landesdirektion Sachsen in Dresden, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden
 - Dienststelle der Landesdirektion Sachsen in Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leipzig,
 - Dienststelle der Landesdirektion Sachsen in Chemnitz, Altchemnitzer Straße 41, 09120 Chemnitzeingesehen werden.
8. Für diese Allgemeinverfügung werden keine Kosten erhoben.

Hinweise:

1. Das Verbrennen soll vor dem vorgesehenen Verbrennungstermin der Gemeinde und der ortsansässigen Feuerwehr angezeigt werden.
2. Beim Verbrennen sind die Waldbrandgefahrenstufen und die Windverhältnisse hinreichend zu berücksichtigen.
3. Der Schlagabraum ist vor dem Verbrennen zu Haufen zu konzentrieren und deren Umfeld ist von Schlagabraum und ähnlich brennbaren Stoffen freizuhalten. Zur Brand-

bekämpfung soll geeignetes Gerät oder Löschwasser in unmittelbarer Nähe bereitstehen.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diese Allgemeinverfügung kann innerhalb eines Monats nach ihrer Bekanntgabe schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch in einer für den Schriftformersatz zugelassenen Form bei der Landesdirektion Sachsen, Alchemnitz-er Straße 41, 09120 Chemnitz, oder den Dienststellen der Landesdirektion Sachsen in Dresden, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, oder in Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leipzig, Widerspruch eingelegt werden. Die Adressen und die technischen Anforderungen für die Übermittlung elektronischer Dokumente sind über die Internetseite www.lids.sachsen.de/kontakt abrufbar.

Begründung:

I.

Die Landesdirektion Sachsen hatte mit einer ersten Allgemeinverfügung vom 28. April 2020, veröffentlicht im Sächsischen Amtsblatt Nummer 20 vom 14. Mai 2020, S. 519, das Verbrennen von Schlagabraum, welcher mit Schadorganismen wie zum Beispiel Borkenkäfer befallen ist, außerhalb einer hierfür zugelassenen Anlage, nämlich im Wald am Anfallort, zugelassen. Die Geltung dieser Ausnahmezulassung war befristet bis zum Ablauf des 31. Mai 2023.

Mit einer zweiten Allgemeinverfügung vom 31. Mai 2023, veröffentlicht im Sächsischen Amtsblatt Nummer 24 vom 15. Juni 2023, S. 682, hat die Landesdirektion Sachsen die Geltungsdauer der Ausnahmezulassung bis zum Ablauf des 31. Mai 2025 verlängert.

Zugleich wurde der Geltungsbereich beschränkt auf die Gebiete der Kreisfreien Stadt Chemnitz sowie der Landkreise Bautzen, Görlitz, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Mittelsachsen, Erzgebirgskreis, Zwickau und Vogtlandkreis. Diese durch Fichtenvorkommen geprägten Gebiete waren weiterhin kalamitätsbetroffen, also mit intensivem Kupferstecher- und Buchdruckerbefall.

Die aktuelle Sachlage im Hinblick auf das Auslaufen der Geltungsdauer der zweiten Allgemeinverfügung stellt sich wie folgt dar:

Der Befallsholzanfall Stand 31. Dezember 2024 von circa 125.000 m³ in den Wäldern aller Eigentumsformen belegt, dass die 2018 begonnene Gradation holz- und rindenbrütender Käfer trotz eines gebietsweise rückläufigen Trends in Sachsen noch nicht zu Ende ist. Die durch den Buchdrucker (*Ips typographus*) als der relevantesten Käferart verursachte Befallsholzmenge in Fichtenbeständen liegt bezogen auf die Zeit vor der aktuellen Gradation im Bereich der Maxima in den Jahren 2003 und 2008 und übersteigt damit das langjährige Mittel für die Jahre vor 2018 um das circa 3- bis 4-fache.

Der Kupferstecher (*Pityogenes chalcographus*) ist vor allem lokal auffällig. Die von dieser Art verursachte Befallsholzmenge entsprach im Kalenderjahr 2024 der Größenordnung des Vorjahres 2023. Aufgrund der sinkenden Befallsmenge durch Buchdrucker stieg der Anteil durch Kupferstecher an der insgesamt durch holz- und rindenbrütende Schadinsekten befallenen Holzmenge an Fichte jedoch leicht an.

Neben den Befallsholzmengen belegen auch die Fangzahlen des fallenbasierten Borkenkäfer-Monitorings nach

wie vor hohe Aktivitätsdichten beider Arten. Da die Überwinterung überwiegend als Jungkäfer, der Phase mit einer relativ geringen natürlichen Wintermortalität, erfolgte, muss auch in diesem Frühjahr wieder von erhöhten Populationsdichten flugbereiter Käfer ausgegangen werden. Die bisherigen Fangzahlen des Monitorings für die Saison 2025 bestätigen regional diese Einschätzung.

Da die Populationsdynamik der holz- und rindenbrütenden Käfer im starken Maße von den Witterungsbedingungen im Frühjahr und Sommer abhängt, ist eine Prognose des weiteren Befallsverlaufs nur eingeschränkt möglich. Die Niederschlagsdefizite der letzten Monate führen zu einer Reduktion der natürlichen Abwehrmechanismen speziell der Fichten und erhöhen damit deren Befallsprädisposition.

Neben den Herausforderungen, das nach wie vor sehr hohe Befallsniveau auch zukünftig zu kontrollieren und nach Möglichkeit weiter zu senken, birgt es als Entwicklungsservoir für die nächste Käfergeneration ein entsprechend hohes Gefahrenpotenzial für einen erneuten und gegebenenfalls auch sehr rasanten Befallsanstieg im Sommer 2025 und damit auch in der Folgezeit.

Aus den vorgenannten Aspekten resultiert ein hohes Schadrisiko für Forstbetriebe und deshalb sollten alle Optionen für wirksame Gegenmaßnahmen zur Verfügung stehen.

Das Verbrennen von besiedeltem Befallsmaterial ist nach wie vor eine technische Maßnahme, die ohne einen Pflanzenschutzmitteleinsatz zur Reduzierung der Käferdichte und damit zur Bekämpfung im Rahmen des integrierten Forstpflanzenschutzes empfohlen wird (siehe FNR-Merkblatt „Borkenkäfer an Nadelbäumen – erkennen, vorbeugen, bekämpfen“, 12. überarbeitete Auflage 2023). Bei einem Befall durch den Kupferstecher, der im hohen Maße Äste als Bruthabitate und Überwinterungsquartiere nutzt, ist das Verbrennen von Schlagabraum in Verbindung mit der Entnahme von befallenen Baumteilen stärkerer Dimension die wirksamste Gegenmaßnahme.

Die Rahmenbedingungen für andere technische Möglichkeiten zur Schädlingsvernichtung in befallenen Schlagabraum wie zum Beispiel Mulchen oder Hacken haben sich im Vergleich zu 2023 nicht geändert. Die Kosten für derartige Maßnahmen sind tendenziell gestiegen. Im Vergleich zum Einsatz eines chemischen Pflanzenschutzmittels ist der negative Einfluss des Verbrennens von besiedeltem Befallsmaterial auf Nichtzielorganismen und damit auf die Biodiversität wesentlich geringer. Mobile Arten beziehungsweise Entwicklungsstadien können den Gefährdungsbereich rechtzeitig verlassen.

Bezogen auf die landesweit in den Fichtenbeständen aller Eigentumsarten registrierte Befallsmenge ging diese im Befallsjahr 2024 im Vergleich zum Befallsjahr 2023 auf 38 Prozent zurück.

Dieser Trend ist aber regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Besonders deutlich ist der Rückgang in den Regionen, in denen er im hohem Maße auf den Mangel an geeigneten Bruthabitaten für die holz- und rindenbrütenden Käfer zurückzuführen ist. Dies gilt zum Beispiel für die Landkreise Bautzen (Rückgang auf 4 Prozent) und Görlitz (Rückgang auf 18 Prozent).

Andererseits zeichnen sich Regionen ab, in denen der Befall nicht so deutlich abnahm wie zum Beispiel im Landkreis Zwickau (Rückgang nur auf 75 Prozent) sowie im Vogtlandkreis und im Landkreis Mittelsachsen (Rückgang nur auf jeweils 54 Prozent) und in denen noch eine hohes

Befallspotenzial vorhanden ist. Hier sind in diesem Jahr und voraussichtlich auch in den Folgejahren noch verstärkte Aktivitäten erforderlich, um größere Bestandsverluste zu vermeiden beziehungsweise zu begrenzen. Der hohe Anteil von Privatwald stellt eine besondere Herausforderung für alle beteiligten Akteure einschließlich der zuständigen Behörden dar. Ein möglichst breites Spektrum von geeigneten Maßnahmen und damit auch das Verbrennen ist hilfreich, um diesen Prozess möglichst erfolgreich zu gestalten.

II.

Auf die Ausführungen in der Begründung der vorliegend geänderten Allgemeinverfügung der Landesdirektion Sachsen vom 31. Mai 2023 wird vollinhaltlich Bezug genommen.

Zu den aktuellen Änderungen im Einzelnen:

Zu Nummer 1 Geltungsbereich:

Der künftige Geltungsbereich der Allgemeinverfügung ist beschränkt auf die durch größere zusammenhängende Fichtenvorkommen geprägten Gebiete der Landeshauptstadt Dresden sowie der Landkreise Görlitz (nur im Teilgebiet südlich der Bundesautobahn 4), Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Mittelsachsen, Erzgebirgskreis, Zwickau und Vogtlandkreis.

Diese Gebiete sind weiterhin intensiv vom Kupferstecher- und Buchdruckerbefall betroffen. Nach den Dürresommern 2018/19 und die dadurch ausgelöste Massenvermehrung von holz- und rindenbrütenden Borkenkäfern ist trotz eines tendenziellen Rückgangs des Borkenkäferbefalls in diesen Gebieten kein Ende dieser Befallsentwicklung zu erwarten.

Das Verbrennen von besiedeltem Befallsmaterial im Wald am Anfallort stellt hier nach wie vor ein notwendiges Instrument für die Sanierung der betroffenen Bestände dar.

Für das Gebiet der Kreisfreien Stadt Chemnitz, das Teilgebiet des Landkreises Görlitz nördlich der Bundesautobahn 4 (von der Baumart Kiefer dominiert) und das Gebiet des Landkreises Bautzen besteht wegen der oben be-

schriebenen Entwicklungen keine Notwendigkeit mehr, das Verbrennen von Befallsmaterial im Wald am Anfallort ausnahmsweise zuzulassen.

Zu Nummer 5 Satz 2 Geltungsdauer und erneute Befristung:

Die Verlängerung der Geltungsdauer der Ausnahmezulassung nach § 28 Absatz 2 des Kreislaufwirtschaftsgesetzes bis zum Ablauf des 31. Mai 2027 erfolgt, weil die Prüfung der Landesdirektion Sachsen zum Auslaufen der zweiten Befristung ergeben hat, dass die Voraussetzungen für die Ausnahmezulassung, insbesondere das Andauern einer atypischen Situation, weiterhin vorliegen. Auf die obigen Ausführungen wird verwiesen.

Da nach derzeitigem Kenntnisstand die Herausforderungen der aktuellen Borkenkäferkalamität über das laufende Borkenkäferjahr fortbestehen werden, ist mit einer atypischen Situation hinsichtlich der Entsorgung von mit holz- und rindenbrütenden Schadorganismen befallenem Schlagabraum in der Landeshauptstadt Dresden und den benannten Landkreisen beziehungsweise Teilgebieten zumindest bis zum 31. Mai 2027 zu rechnen.

Die erneute Befristung der Verlängerung soll wieder dem Erfordernis Rechnung tragen, dass die Ausnahme im Einzelfall nach § 28 Absatz 2 des Kreislaufwirtschaftsgesetzes nicht die Qualität einer dauerhaften oder allgemeinen zulassenden Regelung erreichen darf. Auf die weiteren Ausführungen hierzu und zum Widerrufsvorbehalt in der vorliegend geänderten Allgemeinverfügung der Landesdirektion Sachsen vom 31. Mai 2023 wird Bezug genommen.

Zur Begründung der erneuten Anordnung des Sofortvollzugs (Nummer 6) und der Notbekanntmachung (Nummer 7) wird vollinhaltlich auf die Ausführungen der vorliegend geänderten Allgemeinverfügung der Landesdirektion Sachsen vom 31. Mai 2023 verwiesen.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 11 Absatz 1 Nummer 5 des Sächsischen Verwaltungskostengesetzes.

Chemnitz, den 30. Mai 2025

Landesdirektion Sachsen
Svarovsky
Abteilungsleiter Umweltschutz

**Bekanntmachung
der Landesdirektion Sachsen
zum Vollzug des Wasserhaushaltsgesetzes, des Sächsischen
Wassergesetzes sowie der Industriekläranlagen-Zulassungs- und
Überwachungsverordnung über die Erteilung einer wasserrechtlichen
Genehmigung zum Bau und Betrieb der Abwasserbehandlungsanlage
im Rahmen der Produktionserweiterung „Modul 4“
der Firma Infineon Technologies Dresden GmbH & Co. KG**

Gz.: 41-8618/1015

Vom 23. Mai 2025

Die Landesdirektion Sachsen hat der Infineon Technologies Dresden GmbH & Co. KG, Königsbrücker Straße 180, 01099 Dresden, mit Datum vom 9. Mai 2025 eine wasserrechtliche Genehmigung gemäß § 60 Absatz 3 des Wasserhaushaltsgesetzes vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2585), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 409) geändert worden ist, für die Errichtung und den Betrieb der Abwasserbehandlungsanlage im Rahmen der Produktionserweiterung „Modul 4“ mit folgendem verfügenden Teil erteilt:

„Bescheid:

I.

1. Der Infineon Technologies Dresden GmbH & Co. KG (nachfolgend: Infineon), vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Raik Brettschneider, wird auf Antrag vom 30. März 2023, zuletzt geändert durch überarbeitete Unterlagen vom 15. Januar 2025

die wasserrechtliche Genehmigung

zum Bau und Betrieb von Anlagen zur Behandlung von Abwasser aus dem Produktionsbereich „Modul 4“ am Standort Königsbrücker Straße 180 in 01099 Dresden nach Maßgabe der unter den Ziffern II. und III. benannten Inhalts- und Nebenbestimmungen sowie der unter Ziffer IV. benannten Antragsunterlagen erteilt.

2. Für diese Entscheidung wird die sofortige Vollziehung angeordnet.“

Der Genehmigungsbescheid enthält folgende Rechtsbehelfsbelehrung:

„Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch in einer für den Schriftformersatz zugelassenen Form bei der Landesdirektion Sachsen, Altchemnitz Straße 41, 09120 Chemnitz, oder den Dienststellen der Landesdirektion Sachsen in Dresden, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, oder in Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leip-

zig, Widerspruch eingelegt werden. Die Adressen und die technischen Anforderungen für die Übermittlung elektronischer Dokumente sind über die Internetseite www.lids.sachsen.de/kontakt abrufbar.“

Der Genehmigungsbescheid mit den getroffenen Inhalts- und Nebenbestimmungen einschließlich der Begründung ist

vom 13. Juni 2025 bis einschließlich 26. Juni 2025

im Internet unter der Adresse: <https://www.lids.sachsen.de/bekanntmachung> einsehbar.

Die öffentliche Bekanntmachung ergeht gemäß § 4 Absatz 2 der Industriekläranlagen-Zulassungs- und Überwachungsverordnung vom 2. Mai 2013 (BGBl. I S. 973, 1011, 3756), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 225) geändert worden ist, in Verbindung mit § 10 Absatz 8 des Bundes-Immissionsschutzgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Mai 2013 (BGBl. I S. 1274; 2021 I S. 123), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 58) geändert worden ist, unter folgenden Hinweisen:

1. Der Genehmigungsbescheid enthält zahlreiche Inhalts- und Nebenbestimmungen.
2. Auf Verlangen eines Beteiligten kann eine leicht zu erreichende Zugangsmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden.
3. Der Genehmigungsbescheid gilt mit dem Ende der Auslegungsfrist auch gegenüber Dritten, die keine Einwendungen erhoben haben, als zugestellt.
4. Nach der öffentlichen Bekanntmachung können der Bescheid und seine Begründung bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist von den Personen, die Einwendungen erhoben haben, schriftlich oder elektronisch bei der Landesdirektion Sachsen, 09105 Chemnitz oder über poststelle@lids.sachsen.de, angefordert werden.

Die Entscheidung wird auch auf der Internetseite der Landesdirektion Sachsen unter <https://www.lids.sachsen.de/bekanntmachung> unter der Rubrik Umweltschutz bekannt gemacht.

Dresden, den 23. Mai 2025

Landesdirektion Sachsen
Svarovsky
Abteilungsleiter

Andere Behörden und Körperschaften

Bekanntmachung des Landratsamtes Sächsische Schweiz-Osterzgebirge über die Genehmigung der Aufhebung der Zweckvereinbarung zur Übertragung von straßenbehördlichen Verwaltungsaufgaben zwischen der Gemeinde Bannewitz (beauftragte Körperschaft) und der Gemeinde Kreischa (beteiligte Körperschaft)

Vom 16. Mai 2025

Das Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge hat als zuständige Rechtsaufsichtsbehörde mit Bescheid vom 30. April 2025 die Aufhebung der Zweckvereinbarung zur Übertragung von straßenbehördlichen Verwaltungsaufgaben zwischen der Gemeinde Bannewitz (beauftragte Körperschaft) und der Gemeinde Kreischa (beteiligte Körperschaft) im Wege der ordentlichen Kündigung durch die

Gemeinde Bannewitz zum 31. Dezember 2025 gemäß § 72 Absatz 3 des Sächsischen Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. April 2019 (SächsGVBl. S. 270), das durch Artikel 3 des Gesetzes vom 9. Februar 2022 (SächsGVBl. S. 134) geändert worden ist, genehmigt.

Pirna, den 16. Mai 2025

Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
Geisler
Landrat

Impressum

Herausgeber:

Sächsische Staatskanzlei
Archivstraße 1
01097 Dresden
Telefon: 0351 564 11312

Verlag:

SV SAXONIA Verlag
für Recht, Wirtschaft und Kultur GmbH
Ludwig-Hartmann-Straße 40
01277 Dresden
Telefon: 0351 485260
Telefax: 0351 4852661
E-Mail: gvbl-abl@saxonia-verlag.de
Internet: www.recht-sachsen.de
Verantwortlicher Redakteur: Frank Unger

Druck:

Stoba-Druck GmbH
Am Mart 16, 01561 Lampertswalde

Redaktionsschluss:

28. Mai 2025

Bezug:

Bezug und Kundenservice erfolgen ausschließlich über den Verlag. Der Preis für ein Jahresabonnement des Sächsischen Amtsblattes beträgt 244,54 Euro (gedruckte Ausgabe zzgl. 62,77 Euro Postversand) bzw. 142,19 Euro (elektronische Ausgabe). Der Preis dieser Einzelausgabe beträgt 8,03 Euro zzgl. 3,67 Euro bei Postversand. Alle genannten Preise verstehen sich inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer. Das Abonnement kann ausschließlich schriftlich mit einer Frist von sechs Wochen zum Kalenderjahresende gekündigt werden.

SV SAXONIA Verlag GmbH, Ludwig-Hartmann-Str. 40, 01277 Dresden
ZKZ 73797 CLASSIC+4 Pressepost **Deutsche Post** 