

Informationen über die Änderungen im Beihilferecht ab 01. April 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO) wurde geändert. Mit der Veröffentlichung im Gesetzblatt Baden-Württemberg ist in den nächsten Wochen zu rechnen.¹

Mit dem Inkrafttreten der Änderungen zum 01. April 2014 werden Regelungen des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes in den Verordnungstext der Beihilfeverordnung übernommen. Die beihilferechtliche Umsetzung ist auf der Grundlage der Vorgriffsregelung des Ministeriums für Finanzen und Wirtschaft vom 05. Dezember 2012 bereits erfolgt. Im Wesentlichen sind dies Verbesserungen der Leistungen zur Kurzzeitpflege, der Leistungen für Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie die finanzielle Unterstützung von Pflegebedürftigen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben.

Zum 01. April 2014 treten weitere Änderungen im Beihilferecht in Kraft, über die wir Sie nachfolgend informieren möchten:

1. Ambulante Heilkuren

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulante Heilkuren für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner, Kinder) entfällt. Für Beamte und Richter verbleibt es bei der bisherigen Regelung.

2. Arzneimittel

Aufwendungen für die von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und Teststreifen für Körperflüssigkeiten sind grundsätzlich beihilfefähig.

Keine Arzneimittel im Sinne der BVO und damit nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
- Nahrungsergänzungsmittel, die als solche gekennzeichnet sind,
- diätetische Lebensmittel, die mit den Zusätzen "Diät", "diätetisch", "Kost", "Nahrung" oder "Lebensmittel" gekennzeichnet sind,
- Medizinprodukte,
- nicht verschreibungspflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate und
- Mittel, die zur Empfängnisregelung oder Potenzbeeinflussung verordnet werden.

Davon sind ausnahmsweise als Arzneimittel beihilfefähig:

- Nahrungsergänzungsmittel, Vitamin- und Mineralstoffpräparate, wenn nach begründetem medizinischen Gutachten (in der Regel des Gesundheitsamts) die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen ist.

¹ Stand zum Zeitpunkt der Drucklegung Januar 2014

- Aufwendungen für Mittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Kindern unter drei Jahren,
- Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren nach ärztlicher Bescheinigung und soweit die Aufwendungen hierfür vierteljährlich 360 Euro übersteigen; Aufwendungen für chemisch definierte Formeldiäten sind ohne Abzug von vierteljährlich 360 Euro beihilfefähig, wenn die Kosten zusätzlich zu den für die übliche Diätahrung entstehen,
- Elementardiäten für Kinder unter drei Jahren mit Kuhmilcheiweiß-Allergie sowie bei Neurodermitis für einen Zeitraum von insgesamt einem halben Jahr, wenn sie für diagnostische Zwecke eingesetzt werden und
- Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukt nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, in Anlage 4 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen. Das können beispielsweise Spülflüssigkeiten in Zusammenhang mit operativen Eingriffen oder Tränenflüssigkeit sein.

Die bisherigen Ausnahmen und in diesem Zusammenhang etwaig vorgelegte Bescheinigungen zu medizinischen Notwendigkeiten verlieren damit ihre Gültigkeit.

3. Auslandsaufwendungen

Grundsätzlich ist bei außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandenen Aufwendungen ein Kostenvergleich mit den Inlandskosten vorzunehmen. Muss jedoch auf Grund einer Notfallversorgung die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit im Ausland aufgesucht werden, sind die Aufwendungen ohne die Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. In beiden Fällen gelten jedoch die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge. Daher wäre beispielsweise ein zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung in Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung generell ausgeschlossener Höhenflug auch im Ausland nicht beihilfefähig.

4. Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln

Die Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von Hilfsmitteln sind für berücksichtigungsfähige Kinder unter 18 Jahren künftig ohne Selbstbehalt beihilfefähig.

5. Beihilfe im Todesfall

- Aufwendungen, die bis zum Tod entstanden sind:

Im Beihilferecht gelten ebenfalls die Regelungen des Erbrechts nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Die Ansprüche auf die Erstattung beihilfefähiger Aufwendungen, die bis zum Tod eines Beihilfeberechtigten entstanden sind wie z.B. Krankenhausrechnungen, Arztrechnungen usw. gehen auf den Rechtsnachfolger bzw. die Erben über. Eine wirksame Beihilfeantragstellung erfolgt in der Regel durch Vorlage eines Erbscheins, ausgestellt durch das Nachlassgericht. Statt des Erbscheins kann die Erbfolge auch durch eine beglaubigte Kopie der vom Nachlassgericht eröffneten letztwilligen Verfügung oder des Erbvertrags zusammen mit dem Eröffnungsprotokoll nachgewiesen werden.

- Aufwendungen, die aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstanden sind:

Für Aufwendungen aus Anlass des Todes (z.B. Leichenschau, Einsargung, Überführung, Aufbahrung, Einäscherung, Beisetzung, Anlegung der Grabstelle sowie der Grundlage für einen Grabstein) wird bereits bisher eine Pauschalbeihilfe, abhängig von der Höhe der gewährten Sterbegelder, gewährt. Neben der Pauschalbeihilfe sind Aufwendungen für den Sarg, die Urne und für das Nutzungsrecht für einen Beisetzungsort dem Grunde nach beihilfefähig. Diese Ansprüche stehen im Fall des Todes des Beihilfeberechtigten vorrangig der hinterbliebenen Ehegattin, dem hinterbliebenen Ehegatten, der hinterbliebenen Lebenspartnerin, dem hinterbliebenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, den leiblichen Kindern und Adoptivkindern eines verstorbenen Beihilfeberechtigten zu. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

Mit der Änderung erhalten andere als die vorstehend genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen nachrangig eine Beihilfe zu den aus Anlass des Todes entstandenen Aufwendungen dann, wenn sie von dritter Seite in Rechnung gestellte Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen.

Für Bestatter gelten besondere Regelungen.

6. Familien- und Haushaltshilfe

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind - soweit die übrigen Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe erfüllt sind - auf 15 Euro pro Stunde und auf 150 Euro pro Tag begrenzt.

7. Fahrkosten

Aufwendungen für Fahrkosten jeglicher Art (PKW, Taxi oder öffentliche Verkehrsmittel wie Bus, Bahn) sind am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern nicht beihilfefähig; dies gilt nicht, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) im Schwerbehindertenausweis oder eine Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt, sowie bei Fahrten auf Grund einer Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie sowie Behandlungen, bei denen eine Grunderkrankung nach einem vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine vergleichbar hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist. Das ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen.

8. Krankenhaustagegeld

Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht dann, wenn der Beihilfebeitrag für Wahlleistungen bezahlt wurde und bei einem Aufenthalt in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder in einer Privatklinik (siehe Nummer 9) auf die berechenbare und beihilfefähige Wahlleistung Unterkunft und / oder Wahlleistung Arzt verzichtet wird. Das Tagesgeld beträgt für den Verzicht auf die berechenbare und beihilfefähige Wahlleistung Unterkunft 11 Euro pro Tag, bei Verzicht auf die berechenbare und beihilfefähige Wahlleistung Arzt 22 Euro pro Tag.

9. Privatkliniken (= nicht nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser)

Die Beihilfefähigkeit der Kosten für eine stationäre Behandlung in einem für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Personen nicht zugelassenen Krankenhaus wird betragsmäßig begrenzt, es erfolgt in jedem Fall eine Vergleichsberechnung. Dabei sind die Vergleichskosten auf folgende Beträge begrenzt bzw. folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- In Kliniken, die Indikationen behandeln, die mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können, werden die Kosten auf den oberen Grenzwert des Bundesbasisfallwertkorridors begrenzt. Das entspricht in etwa auch dem Betrag, den die Gesetzliche Krankenversicherung bei vergleichbaren Behandlungen in den von ihnen zugelassenen Krankenhäusern übernimmt.
- In Kliniken, die Indikationen behandeln, die nicht mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können wie z.B. Psychosomatische oder Psychotherapeutische Indikationen, werden die Kosten auf folgende Tagesgesamtkostenbeträge begrenzt:
 - bei vollstationärer Behandlung Volljähriger derzeit bis zu 293,80 Euro pro Abrechnungstag und
 - bei vollstationärer Behandlung Minderjähriger derzeit bis zu 379,20 Euro pro Abrechnungstag.
- Sonstige Entgelte und Zuschläge (z.B. Zusatzentgelte, Ausbildungszuschlag, DRG-Systemzuschlag) finden bei Vergleichsberechnungen keine Berücksichtigung.
- Neben den genannten Aufwendungen sind gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zu einem pauschalen Höchstbetrag (im Jahr 2014 = 48,54 Euro pro Tag), sowie gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen dem Grunde nach beihilfefähig, soweit hierfür der Beihilfebeitrag von derzeit 22 Euro monatlich geleistet wird.
- Gesondert berechnete belegärztliche Leistungen.
- Fahrkosten nach Maßgabe des § 10a Nummer 4 bis zu 120 Euro für die einfache Entfernung.
- Für eine medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson derzeit bis zu 45 Euro pro Tag.
- Besondere Bestimmungen gelten für Aufwendungen, die im Rahmen einer Notfallbehandlung in einer Privatklinik entstehen, wenn eine notfallmäßige Aufnahme in ein zugelassenes Krankenhaus nicht möglich war.

Auf die Möglichkeit, vor der Aufnahme in ein Krankenhaus den Kostenvoranschlag für einen geplanten stationären Aufenthalt dem Landesamt zur Prüfung der Beihilfefähigkeit vorzulegen, wird hingewiesen.

10. Versicherte im Basis- oder Standardtarif

Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die im Basis- oder Standardtarif bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind, erhalten Beihilfe zu ärztlichen und zahnärztlichen Aufwendungen nur in Höhe der nach § 75 Absatz 3b Satz 1 bzw. § 75 Absatz 3a Satz 2 und 3 SGB V vereinbarten bzw. festgelegten Gebührensätze.

<u>Basistarifversicherung</u>	Steigerungssatz der jeweiligen Gebührenordnung
Ärztliche Leistungen der Abschnitte A, E und O der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,0fach
Abschnitt M sowie die Gebührenziffer 437 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	0,9fach
Alle übrigen Gebührenziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,2fach
Zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	2,0fach

<u>Standardtarifversicherung</u>	Steigerungssatz der jeweiligen Gebührenordnung
Ärztliche Leistungen der Abschnitte A, E und O der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,38fach
Abschnitt M sowie die Gebührenziffer 437 der Gebüh- renordnung für Ärzte (GOÄ)	1,16fach
Alle übrigen Gebührenziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,8fach
Zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	2,0fach

11. Ergänzende Information zur Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit

Beihilfeberechtigte Beamte, die nach dem 31.12.2012 neu ernannt wurden und am 31.12.2012 nicht bei einem anderen Dienstherrn beihilfeberechtigt waren, erhalten bislang Beihilfe zu allen Aufwendungsarten mit einem lebenslang einheitlichen Bemessungssatz von 50 %, auch für Aufwendungen ihrer berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

Mit dem Gesetz zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften vom 12.11.2013 wurden die Bemessungssatzregelungen für auf **Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit** rückwirkend zum 01.01.2013 geändert. Die nach dem 31.12.2012 neu ernannten beihilfeberechtigten Beamten werden bei Pflegebedürftigkeit den Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz gleichgestellt, die bereits vor dem 31.12.2012 beihilfeberechtigt waren. Beihilfeberechtigte ohne oder mit einem berücksichtigungsfähigen Kind erhalten Beihilfe in Höhe von 50 % der beihilfefähigen Pflegeleistungen. Beihilfeberechtigte mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern erhalten Beihilfe in Höhe von 70 % der beihilfefähigen Pflegeleistungen; der Bemessungssatz von 70 % gilt auch für pflegebedingte Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Werden diese beihilfeberechtigten Beamten zu Versorgungsempfängern betragt auch bei ihnen selbst der Bemessungssatz der beihilfefähigen Pflegeleistungen 70 %.

Die Änderungen zu den Nummer 1 bis 10 wirken sich auf die Aufwendungen aus, die nach Inkrafttreten der Änderungsverordnung entstanden sind; auf die Rechnungsstellung kommt es dabei – mit Ausnahme bei Arzneimitteln - nicht an.

Diese Mitteilung dient der allgemeinen Information und begründet keine Rechtsansprüche.

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg

Fellbach, im Januar 2014