

Änderung der Beihilfeverordnung zum 1. Juli 2015

Die Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO) wurde durch Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums vom 2. Juni 2015 (GBl. S. 379) geändert. Die Neuregelungen treten zum 1. Juli 2015 in Kraft. Einige Änderungen bringen Erleichterungen für die Beihilfeberechtigten und die Beihilfestellen. Daneben gibt es Anpassungen als Folge von Gesetzesänderungen, Umsetzung von Vorgaben der Rechtsprechung sowie redaktionelle Fortschreibungen. Nachfolgend werden die wichtigsten Änderungen erläutert.

1. Pauschalierte Beträge für Sehhilfen

Die beihilfefähigen Höchstbeträge für Sehhilfen wurden pauschaliert. Gleich geblieben sind die beihilfefähigen Beträge für Refraktionsbestimmung (13 Euro) und Brillengestell (20,50 Euro). Nach wie vor ist die Neubeschaffung von Gestell und/oder Gläsern beihilfefähig, wenn seit dem letzten Kauf drei Jahre vergangen sind, wenn sich die Sehstärke geändert hat oder wenn die Gläser/das Gestell unbrauchbar geworden sind. Beihilfefähig sind entweder die Aufwendungen für eine Brille oder für Kontaktlinsen; nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen werden beide Sehhilfen parallel bezuschusst. Die u. g. Höchstbeträge gelten jeweils pro Glas bzw. pro Kontaktlinse und beinhalten alle Zusatzleistungen wie Entspiegelung, Tönung, Kunststoffglas. Es wird nicht mehr zwischen sphärischen und zylindrischen Sehhilfen unterschieden.

Bsp. 1: Mehrstärken-/Gleitsichtbrille, Gesamtdioptrien an beiden Gläsern über 6 dpt bis 10 dpt:

2 x 230 Euro (Gläser) plus 20,50 Euro (Gestell) = 480,50 Euro beihilfefähig.

Bsp. 2: Fernbrille, Einstärkenglas, rechts – 5,5 dpt, links – 6,5 dpt:

50 Euro plus 75 Euro (Gläser) plus 20,50 Euro (Gestell) = 145,50 Euro beihilfefähig.

Höchstbeträge für Sehhilfen ab 1. Juli 2015, jeweils je Glas/Kontaktlinse (CL)

Art der Sehhilfe:	bis +/- 6 dpt	über +/- 6 dpt bis +/- 10 dpt	über +/- 10 dpt
Einstärkenglas oder Einstärkenkontaktlinse	50 Euro je Glas/CL	75 Euro je Glas/CL	Rechnungsbetrag
Mehrstärkenglas oder Mehrstärkenkontaktlinse	205 Euro je Glas/CL	230 Euro je Glas/CL	Rechnungsbetrag

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg

Hauptsitz
Daxländer Str. 74
76185 Karlsruhe
Tel. 0721 5985-0

Zweigstelle
Birkenwaldstr. 145
70191 Stuttgart
Tel. 0711 2583-0

Bankverbindung
Landesbank Baden-Württemberg
BIC: SOLADEST600
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

Sie erreichen uns
montags bis freitags
von 8 Uhr bis 16:30 Uhr

Internet / E-Mail
www.kvbw.de
info@kvbw.de

2. Ärztliche Bescheinigung für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren

Aufwendungen für Behandlungen in sonstigen Einrichtungen der medizinischen **Rehabilitation** (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 BVO) können künftig als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine begründende Bescheinigung eines Arztes (z. B. Haus- oder Facharzt), der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, über die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt wird. Die ärztliche Aussage soll begründen, warum die stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind, sie muss die vorgesehene Dauer und die konkrete Einrichtung angeben. Ein amtsärztliches Zeugnis ist nicht mehr erforderlich. Falls eine Verlängerung der Behandlung notwendig wird, kann dies von einem Arzt der Rehabilitationsklinik begründet werden.

Unverändert bedarf es einer vorherigen Anerkennung durch die Beihilfestelle, wenn die Maßnahme 30 Tage oder mehr dauert. Wir empfehlen, auch bei kürzeren Maßnahmen vorab geeignete Unterlagen einzureichen, um sicher zu stellen, dass die Aufwendungen dem Grunde nach beihilfefähig sein werden.

Beamte im aktiven Dienst mussten bisher für **Kuren** nach § 8 BVO ein amtsärztliches Gutachten vorlegen. Auch hier genügt nun eine begründende Bescheinigung eines Arztes. Unter § 8 BVO fallen Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Mütter- bzw. Vätergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren sowie ambulante Heilkuren in einem anerkannten Heilkurort. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist generell, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und dass die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch die ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist. Dies gilt für aktive Beamte, für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige. Bei aktiven Beamten muss zusätzlich die Bedingung erfüllt sein, dass die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist, außerdem muss die Kur vor Beginn der Maßnahme von der Beihilfestelle anerkannt werden. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Wartezeit und zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen wie bisher.

3. Beihilfefähige Beträge bei Rehabilitations- und Suchtmaßnahmen

Für stationäre Maßnahmen in Einrichtungen für Suchtbehandlungen (§ 7 Abs. 1 Nr. 3 BVO) und in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 BVO) gilt ab 1. Juli 2015 folgendes:

Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Daneben sind folgende Aufwendungen beihilfefähig, sofern sie nicht bereits in der Pauschale enthalten sind: Ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heilbehandlungen, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und Rehasport, Familien- und Haushaltshilfe, Fahrkosten bis 120 Euro für die einfache Entfernung und ärztlicher Schlussbericht.

Pauschale Abrechnungen sind beihilfefähig, soweit sie den Betrag von 200 Euro täglich nicht übersteigen und keine Aufwendungen für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhalten. Daneben sind dann nur noch beihilfefähig: Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und Rehasport, Familien- und Haushaltshilfe, Fahrkosten bis 120 Euro je einfache Entfernung.

4. Krankenhausindividuelle Entgelte in Privatkliniken

Bei stationärer Behandlung in einem nicht nach § 108 Sozialgesetzbuch V zugelassenen Krankenhaus wird die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen betragsmäßig begrenzt. Bei der Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen werden jetzt auch sog. krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte als beihilfefähig berücksichtigt, soweit der Leistungsinhalt den Entgelten nach Anlagen 3a und 3b des Fallpauschalenkatalogs nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz entspricht. Beispiel: Stationäre Aufnahme zur Dialyse und Stammzellentnahme. Die dort aufgeführten Leistungen können nicht mit einer DRG-Pauschale abgerechnet werden, die Entgelte sind in berechneter Höhe beihilfefähig. Andere Leistungen, die weder als DRG-Entgelt abrechenbar noch in Anlagen 3a und 3b des Fallpauschalenkatalogs genannt sind, sind nicht beihilfefähig.

5. Palliativversorgung in Hospizen

Für eine stationäre oder teilstationäre Palliativversorgung in einem Hospiz gilt der Betrag als angemessen, den die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat, hierzu wird Beihilfe zum jeweiligen Bemessungssatz gewährt. Gesetzlich versicherte Personen erhalten von ihrer Krankenkasse einen Zuschuss von 90 % (Kinder 95 %) des vereinbarten Betrages, sie können zur Differenz Beihilfe geltend machen.

6. Direkte Abrechnung von Pflegeberatungskosten

Wer bereits Pflegeleistungen bezieht oder einen entsprechenden Antrag gestellt und erkennbaren Hilfs- und Beratungsbedarf hat, kann eine kostenfreie Pflegeberatung in Anspruch nehmen. Der Pflegeberater erfasst den Hilfebedarf, informiert über die Versorgungsmöglichkeiten, unterstützt bei der Antragstellung etc. Die Beratung wird u. a. von Pflegestützpunkten (oft bei Landratsämtern, Stadt- oder Gemeindeverwaltungen angesiedelt) und von der privaten Pflegeberatung COMPASS angeboten. Die Träger der Pflegeberatung können ihre Kosten direkt der Pflegeversicherung und der Beihilfestelle in Rechnung stellen. Die Auszahlung des Beihilfeanteils an die Pflegeberatungsstelle erfolgt ohne Abzug einer Kostendämpfungspauschale (§ 7a Sozialgesetzbuch XI, § 9 Abs. 6 Nr. 3 und Abs. 12 i. V. m. § 2 Abs. 3 und § 15 Abs. 1 Satz 6 BVO).

7. Leistungen bei Organspende

Erhält ein Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ein Spenderorgan, werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Krankenhausaufenthalt etc. des Organspenders als beihilfefähig anerkannt. Ab Juli 2015 sind auch die Aufwendungen für stationäre Behandlungen des Organspenders in Einrichtungen der Anschlussheilbehandlung, Suchtbehandlung oder medizinischen Rehabilitation beihilfefähig (§ 10a Nr. 7 BVO).

Arbeitgeber von Organspendern können eine Beihilfe für eine an diese gewährte Entgeltfortzahlung nach § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz erhalten. Diese Leistungen werden zum Bemessungssatz des Organempfängers direkt an den Arbeitgeber des Spenders ausgezahlt (§ 10a Nr. 7 i. V. m. § 2 Abs. 3 BVO).

Bei sämtlichen Leistungen für Organspender wird keine Kostendämpfungspauschale einbehalten.

8. Aufwendungen im Ausland

Für Leistungen, die im Ausland erbracht wurden, kann zu erleichterten Bedingungen Beihilfe erlangt werden. Bei ambulanten Behandlungen und stationären Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern innerhalb der Europäischen Union, in einem EWR-Staat oder in der Schweiz ist ein Kostenvergleich mit Inlandskosten nur noch erforderlich, wenn gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Preise berechnet werden als ortsansässigen Personen. Bitte erkundigen Sie sich vor einer geplanten Auslandsbehandlung nach den Voraussetzungen. Wir empfehlen nach wie vor, eine spezielle Versicherung für Auslandsbehandlungen abzuschließen, zumal die Kosten eines Rücktransports nach Deutschland weiterhin nicht beihilfefähig sind.

9. Keine Mindestantragsgrenze

§ 17 Abs. 2 BVO wird aufgehoben. Danach war eine Beihilfegewährung nur zulässig, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen mindestens 300 Euro betragen. Bitte reichen Sie trotzdem Ihre Rechnungsbelege, insbesondere bei niedrigen Einzelbeträgen, gesammelt ein. Damit erleichtern Sie die Antragsbearbeitung und tragen so zu kürzeren Bearbeitungszeiten bei.

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können Sie daraus nicht ableiten. Wenn Sie weitere Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Doppelnennungen (z. B. „Witwe/Witwer“); die verwendeten Bezeichnungen gelten jeweils für beide Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.