

Änderung der Beihilfeverordnung zum 1. April 2014

Die Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO) wurde durch Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums vom 20. Dezember 2013 (GBl. 2014 S. 53) geändert. Die Verordnung tritt in ihren wesentlichen Teilen zum 1. April 2014 in Kraft. Den Wortlaut der BVO sowie weitere ausführliche Informationen, z. B. über Arzneimittel, finden Sie auf unserer Homepage.

1. Arzneimittel

Aus Anlass einer Krankheit sind Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und Teststreifen für Körperflüssigkeiten beihilfefähig, wenn diese von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern nach Art und Menge schriftlich verordnet oder bei der Erbringung ihrer Leistungen verbraucht wurden. Grundsätzlich beihilfefähig sind alle Arzneimittel, die eine Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz haben und in der vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie herausgegebenen „Roten Liste“ enthalten sind. Die BVO grenzt nunmehr klarstellend ab:

- Nahrungsergänzungsmittel und nicht verschreibungspflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Sie können nur noch in seltenen Ausnahmefällen als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein begründetes medizinisches Gutachten (des Gesundheitsamtes) nachgewiesen wird. Entsprechende ärztliche Bescheinigungen aus der Vergangenheit verlieren ihre Gültigkeit. Weiterhin beihilfefähig sind Mittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Kindern unter drei Jahren.
- Ausnahmslos von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, z. B. medizinische Körperpflegemittel oder Tees.
- Weiterhin beihilfefähig sind Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, ggf. unter Abzug eines Eigenanteils von vierteljährlich 360 €, außerdem Elementardiäten für Kinder unter drei Jahren mit Kuhmilcheiweiß-Allergie sowie bei Neurodermitis für einen Zeitraum von insgesamt einem halben Jahr.
- Aufwendungen für Mittel zur Empfängnisregelung sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet. Ebenfalls von der Beihilfefähigkeit ausgenommen sind Mittel zur Potenzbeeinflussung. Nur ausnahmsweise kann Beihilfe gewährt werden, wenn das Mittel zur Behandlung einer anderen Krankheit als der erektilen Dysfunktion verordnet wird.
- Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Eine Berücksichtigung ist nur möglich bei Stoffen und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizin-

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg

Hauptsitz
Daxlander 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

produkt nach § 3 Nummer 1 und 2 MPG zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage 4 zu § 22 Abs. 1 Bundesbeihilfeverordnung (z. B. spezielle Produkte als Operationshilfe, zur Spülung und Reinigung) aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

2. Vergleichsberechnung bei stationärer Behandlung in Privatkliniken

Bei stationärer Behandlung in einem nicht nach § 108 Sozialgesetzbuch V zugelassenen Krankenhaus wird die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen betragsmäßig begrenzt. Bisher wurde ein Vergleich mit den fiktiven Kosten für eine entsprechende Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt. Die neue Vergleichsberechnung beruht auf vorgegebenen Werten. Bei Indikationen, die mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, erfolgt die Ermittlung des beihilfefähigen Betrages mit Hilfe eines jährlich festgelegten Betrages, der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors. Dieser Betrag wird mit dem von der Diagnose, dem Schweregrad der Erkrankung und den durchgeführten Behandlungen abhängigen Kostengewicht multipliziert. Sonstige Entgelte und Zuschläge müssen unberücksichtigt bleiben. Beispiel: Für den Ersatz eines Hüftgelenks (DRG I05A) gilt ein Kostengewicht von 3,066. Die obere Grenze des Basisfallwertkorridors im Jahr 2014 beträgt 3.235,74 €. Beihilfefähig sind demnach $3.235,74 \text{ €} \times 3,066 = 9.920,78 \text{ €}$. Wahlärztliche Leistungen sind bei Zahlung des Wahlleistungsbeitrags wie bisher beihilfefähig. Soweit die Wahlleistung „Zweibettzimmer“ tatsächlich beansprucht und gesondert berechnet wird, sind die Aufwendungen bis zu 48,54 € (im Jahr 2014) pro Tag beihilfefähig.

In Kliniken, die (noch) nicht nach DRG-Fallpauschalen abrechnen (z. B. bei psychosomatischen oder psychiatrischen Indikationen), sind die Aufwendungen bis zu folgenden Tagessätzen beihilfefähig: Für Volljährige bei vollstationärer Behandlung 293,80 € (teilstationär: 225,60 €), für Minderjährige bei vollstationärer Behandlung 379,20 € (teilstationär 286,80 €).

3. Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen

Anspruch auf Krankenhaustagegeld haben Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn der Beihilfebeitrag für Wahlleistungen im Krankenhaus (derzeit 22 € monatlich) gezahlt und bei Aufenthalt in einer Klinik (hierzu zählen sowohl nach § 108 SGB V zugelassene als auch nicht zugelassene Krankenhäuser) auf die berechenbare und beihilfefähige Wahlleistung verzichtet wird. Das Tagegeld beträgt für den Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (Zweibettzimmerzuschlag) 11 € pro Tag und bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 22 € pro Tag.

4. Familien- und Haushaltshilfe

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind ab 1. April 2014 nur noch bis zu 15 € pro Stunde, höchstens jedoch bis zu 150 € pro Tag beihilfefähig.

5. Fahrkosten

Fahrten am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort sowie im Nahbereich von 30 Kilometern (bisher: 40 Kilometer) sind nur eingeschränkt beihilfefähig. Neben den Fahrten mit dem Privat-PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind hier jetzt auch Taxifahrten von der Beihilfefähigkeit grundsätzlich ausgeschlossen. Fahrten aufgrund 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, sind aber innerhalb des Nahbereiches beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) im Schwerbehindertenausweis oder eine Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt.

6. Ambulante Heilkuren

Ab 1. April 2014 erhalten nur noch Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst Beihilfe zu den Aufwendungen einer ambulanten Heilkur. Für berücksichtigungsfähige Angehörige und für Versorgungsempfänger (Ruhestandsbeamte und Hinterbliebene) entfällt der Anspruch.

7. Auslandsaufwendungen

Sofern bei einer Notfallversorgung die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit im Ausland aufgesucht werden muss, entfällt die Beschränkung auf die Inlandskosten. Gleichwohl gelten die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge der BVO. Außerdem werden Behandlungen in den EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen nunmehr genauso bewertet wie in der Schweiz entstandene Aufwendungen: Die Kosten sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären, aber bisher ausgeschlossene Aufwendungen können ab 1. April 2014 berücksichtigt werden, z. B. für Krankenhauswahlleistungen und Fahrkosten.

8. Pflegeaufwendungen

Die nach dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) verbesserten Leistungen werden jetzt auch unmittelbar in die BVO aufgenommen. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage im Merkblatt zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz, das mit unserem Rundschreiben vom 7. Januar 2013 bekannt gegeben wurde.

9. Beihilfe im Todesfall

Der Beihilfeanspruch ist nunmehr vererblich. Aufwendungen, die bis zum Tod des Beihilfeberechtigten entstanden sind (z. B. für Krankenhaus- oder Arztleistungen), können vom Erben unter Vorlage eines Erbscheins, Testamentsvollstreckerzeugnis oder Ausfertigung oder beglaubigter Abschrift einer letztwilligen Verfügung zusammen mit der Eröffnungsniederschrift geltend gemacht werden.

Aus Anlass des Todes eines Beihilfeberechtigten wird, abhängig von der Höhe zustehender Sterbegelder, eine Pauschalbeihilfe sowie Beihilfe zu den Aufwendungen für Sarg, Urne und Grabnutzungsrecht gewährt. Vorrangig stehen diese Leistungen dem hinterbliebenen Ehegatten, den leiblichen Kindern und Adoptivkindern des verstorbenen Beihilfeberechtigten zu. Andere natürliche oder juristische Personen erhalten nachrangig Beihilfe zu den Todesfallkosten, wenn sie von dritter Seite in Rechnung gestellte Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. Bestattungsinstitute erhalten Beihilfe höchstens in tatsächlich entstandener Höhe, wenn sie Aufwendungen nachweislich getragen haben.

10. Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln

Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln sind für Personen unter 18 Jahren künftig ohne Selbstbehalt beihilfefähig (Selbstbehalt für über 18 Jährige: 100 € kalenderjährlich).

11. Versicherte im Basis- oder Standardtarif

Nur wenige Beihilfeberechtigte haben eine private Krankenversicherung im Basis- oder Standardtarif abgeschlossen. Sie erhalten ab 1. April 2014 zu ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen nur noch Beihilfe bis zu folgenden Steigerungssätzen:

Ärztliche / zahnärztliche Leistungen	Basistarif	Standardtarif
Abschnitte A, E, und O der GOÄ	1,0 fach	1,38 fach
Abschnitt M sowie Ziffer 437 der GOÄ	0,9 fach	1,16 fach
Alle übrigen Ziffern der GOÄ	1,2 fach	1,8 fach
Zahnarzt: alle Ziffern der GOZ	2,0 fach	2,0 fach

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.