

**Wesentliche Änderungen im Beihilferecht durch die Verordnung  
des Ministerium für Finanzen und Wirtschaft  
zur Änderung der Beihilfeverordnung vom 02.06.2015**

Die Beihilfeverordnung wurde mit Änderungsverordnung vom 02.06.2015 geändert. Die Änderungsverordnung ist im Gesetzblatt für Baden-Württemberg Nr. 11 vom 19.06.2015, Seite 379 ff veröffentlicht.

Den vollständigen Text der Beihilfeverordnung sowie die Änderungsverordnung finden Sie unter [www.lbv.bwl.de](http://www.lbv.bwl.de) / Service / Beihilfeverordnung. Die wesentliche Änderungen werden im Folgenden erläutert.

**1. Rehabilitationsbehandlungen nach § 7 Absatz 1 Nummer 4 BVO**

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen einer stationären Rehabilitationsbehandlung ist nunmehr statt eines amtsärztlichen Gutachtens die begründete Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist. Die Bescheinigung soll feststellen, ob die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und weshalb eine ambulante Behandlung oder eine Kur nicht ausreichend ist.

Die Bescheinigung soll vor Beginn der Maßnahme ausgestellt sein. Sie muss die Einrichtung bezeichnen, in der die Behandlung durchzuführen ist sowie die voraussichtliche erforderliche Dauer der Behandlung. Um unnötige Rückfragen, Zeitaufwand und ggf. Kosten zu vermeiden, empfehlen wir den Vordruck LBV353 (demnächst unter [www.lbv.bwl.de](http://www.lbv.bwl.de)/ Vordrucke / LBV353) vom behandelnden Arzt auszufüllen zu lassen.

Beihilfefähige Aufwendungen bei Rehabilitationsbehandlungen:

Einzelentgelte, Pauschalpreise und Tagessätze von Rehabilitationseinrichtungen, die die Kostenanteile Pflege, Unterkunft und Verpflegung beinhalten, sind nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig, unabhängig davon welchen (Selbstzahler-)Tagessatz und aus welchen Gründen die Einrichtung einen anderen Tagessatz in Rechnung gestellt hat. Daneben sind weiterhin gesondert in Rechnung gestellte Arztleistungen, Arzneimittel, Heilbehandlungen sowie Fahrkosten bis zu 120 Euro für die einfache Entfernung dem Grunde nach beihilfefähig.

Pauschale Abrechnungen von Rehabilitationseinrichtungen, deren Pauschalbetrag neben dem eigentlichen Satz für Unterkunft, Pflege und Verpflegung auch Arztleistungen, Arzneimittel, Heilbehandlungen, Kurtaxe und ärztlichen Schlussbericht beinhaltet, sind auf einen Betrag in Höhe von 200 Euro täglich beschränkt. Dieser Pauschalbetrag darf dabei aber keine Vergütungsanteile für nicht-medizinische Komfortleistungen enthalten. Dies sind insbesondere Gebühren für Internet, Telefon, Fernsehen, hotelähnliche Dienste wie Einkäufe, Fahrtservice usw. oder auch wenn die Kosten für eine Begleitperson damit abgegolten werden.

Die Erläuterungen zu den beihilfefähigen Aufwendungen aus Anlass einer Rehabilitationsbehandlung gelten auch für Aufwendungen, die während einer **stationären Suchtbehandlung** nach § 7 Absatz 1 Nummer 3 BVO entstehen.

## 2. Kuren nach § 8 BVO

Nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 sind folgende Kuren beihilfefähig: Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen aller Kurarten nach § 8 BVO für aktive Beamte und Richter ist nunmehr die Feststellung eines Arztes, ob und weshalb ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen nicht ausreichend sind und ob die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist. Die Bescheinigung muss vor Beginn der Maßnahme ausgestellt sein. Sie muss die Einrichtung oder den Heilkurort bezeichnen, in der die Behandlung durchzuführen ist sowie die voraussichtliche erforderliche Dauer der Behandlung. Um unnötige Rückfragen, Zeitaufwand und ggf. Kosten zu vermeiden, empfehlen wir den Vordruck LBV354 (demnächst unter [www.lbv.bwl.de/](http://www.lbv.bwl.de/) Vordrucke / LBV354) vom behandelnden Arzt auszufüllen zu lassen.

Die sonstigen Voraussetzungen gelten weiterhin wie bisher:

1. es muss erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit nach den Beihilfevorschriften oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt sein,
2. im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren wurde keine Kur durchgeführt und beendet,
3. die medizinische Notwendigkeit ist vor Beginn der Kur durch begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen.

Weiterhin gilt ebenfalls, dass Aufwendungen für ambulante Heilkuren nur für Beamte und Richter dem Grunde nach beihilfefähig sind, nicht für Versorgungsempfänger oder berücksichtigungsfähige Angehörige.

### **3. Auslandsaufwendungen nach § 13 BVO**

**Grundsätzlich** sind Aufwendungen, die außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstehen nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden wären (= Kostenvergleich).

Beihilferechtliche Höchstbeträge (z.B. bei Heilbehandlungen) oder Ausschlüsse (wie z.B. wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden) sind bei den nachfolgenden Erläuterungen immer zu beachten.

Die jeweiligen Voraussetzungen und Beihilfeerstattungen hängen wesentlich davon ab, welche Behandlung in welchem Land erfolgt ist:

- **ambulante Behandlungen und stationäre Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern**

- **innerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen:**

Grundsätzlich ist kein Kostenvergleich erforderlich, d.h. keine Beschränkung auf die Kosten in der BRD, wenn keine höheren Preise für gebietsfremde Personen verlangt werden. Die Aufwendungen sind in der entstandenen Höhe grundsätzlich beihilfefähig.

- **außerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen:**  
Die entstandenen Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden wären (= Kostenvergleich).
- **stationäre Behandlungen in Privatkliniken, bei stationären und ambulanten Anschlussheilbehandlungen, stationären und ambulanten Rehabilitationsbehandlungen und stationären und ambulanten Suchtbehandlungen**
  - **innerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen:**  
Die entstandenen Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären (= Kostenvergleich).  
Rehabilitationseinrichtungen im beihilferechtlichen Sinne im Ausland sind nur solche, die Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland zur Versorgung der Versicherten der Krankenkassen abgeschlossen haben.
  - **außerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen:**  
Bei stationären und ambulanten Anschlussheilbehandlungen, stationären und ambulanten Rehabilitationsbehandlungen und stationären und ambulanten Suchtbehandlungen muss vor Antritt der Reise durch ein medizinisches Gutachten (amtsärztliches Gutachten) festgestellt werden, ob die geplante Maßnahme wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht außerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen zwingend notwendig ist.  
Beihilfefähig sind dann die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege höchstens bis zu 26 Euro pro Tag und für maximal 30 Tage. Aufwendungen für Arztleistungen, Arzneimittel sind ohne Kostenvergleich beihilfefähig, Heilbehandlungen unter Beachtung der beihilferechtlichen Höchstbeträge.  
  
Bei Behandlungen in Privatkliniken entstandene Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden wären (= Kostenvergleich entsprechend § 7 Absatz 7 BVO).

- **Kuren**

- **Innerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen:**

Bei ambulanten Heilkuren muss der Kurort im Kurortverzeichnis EU-Ausland des Bundesministerium des Innern aufgeführt sein.

Weiter müssen die jeweiligen Voraussetzungen für die einzelnen Kurarten (also auch für Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren und Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation) oder die für die Person geltenden Voraussetzungen bei Kuren erfüllt sein; siehe unter Kuren nach § 8 BVO.

Die entstandenen Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären (= Kostenvergleich).

- **außerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen:**

Bei ambulanten Heilkuren muss der Kurort im Kurortverzeichnis Ausland des Bundesministerium des Innern aufgeführt sein.

Vor Antritt der Reise muss durch ein medizinisches Gutachten festgestellt werden, ob die geplante Maßnahme wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht außerhalb EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen zwingend notwendig ist. Weiter müssen die jeweiligen Voraussetzungen für die einzelnen Kurarten oder die für die Person geltenden Voraussetzungen bei Kuren erfüllt sein; siehe unter Kuren nach § 8 BVO.

Beihilfefähig sind dann die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege höchstens bis zu 26 Euro pro Tag und für maximal 30 Tage. Aufwendungen für Arztleistungen, Arzneimittel sind ohne Kostenvergleich beihilfefähig, Heilbehandlungen unter Beachtung der beihilferechtlichen Höchstbeträge.

- **Sonstiges wie Wahlleistungen, Familien- und Haushaltshilfe, Fahrkosten, Krankenhausstagegeld**

Innerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen sind entstandene Aufwendungen für Wahlleistungen im Sinne des § 6a Absatz 1 Nummer 3 BVO, für Aufwendungen nach § 10a BVO (im Wesentlichen für Familien- und Haushaltshilfen und Fahrkosten) nach § 15 Absatz 4 BVO (Krankenhaustagegelder) im Rahmen eines Kostenvergleichs beihilfefähig.

Außerhalb der EU, Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen entstandene Aufwendungen wie oben erläutert sind nicht beihilfefähig.

- **Notfallbehandlung im Ausland**

Muss zu einer Notfallbehandlung die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit im Ausland aufgesucht werden, sind die im Ausland entstandenen Aufwendungen ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. Die beihilferechtlichen Höchstbeträge (z.B. bei Heilbehandlungen) oder Ausschlüsse (wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden) sind jedoch auch in diesen Fällen zu beachten.

#### 4. **Sehhilfen nach Nummern 2.2.1 und 2.2.2 der Anlage zur BVO:**

- Aufwendungen für **Brillengestelle** sind wie bisher in Höhe von 20,50 EUR und grundsätzlich alle drei Jahre beihilfefähig.
- Die **Sehschärfenbestimmung** (Refraktionsbestimmung) kann durch den Augenarzt oder den Optiker erfolgen, die Aufwendungen sind wie bisher in Höhe von maximal 13 EUR je Sehhilfe beihilfefähig.
- Aufwendungen für **Brillengläser und Kontaktlinsen** sind grundsätzlich alle drei Jahre (letzte Anschaffung mindestens drei Jahre zurückliegend) beihilfefähig, häufiger dann, wenn sich die Sehschärfe verändert oder die Gläser unbrauchbar geworden sind.

- Für die vom Optiker angepassten Brillengläser und Kontaktlinsen (sphärisch/zylindrisch) sind die Aufwendungen bis zu folgenden **Beträgen** beihilfefähig:
  - a) Kontaktlinse oder Einstärkenglas  
bis  $\pm 6$  Dioptrien (dpt) 50 Euro,
  - b) Mehrstärkenkontaktlinse oder Mehrstärkenglas  
bis  $\pm 6$  dpt 205 Euro,
  - c) Kontaktlinse oder Einstärkenglas  
über  $\pm 6$  dpt bis  $\pm 10$  dpt 75 Euro,
  - d) Mehrstärkenkontaktlinse oder Mehrstärkenglas  
über  $\pm 6$  dpt bis  $\pm 10$  dpt 230 Euro,
  - e) Kontaktlinse oder Ein/Mehrstärkenglas  
über  $\pm 10$  dpt in berechneter Höhe.

In diesen Beträgen sind die Aufwendungen für alle Zusatzleistungen wie Tönung, Entspiegelung berücksichtigt, auch die Art des Glases (Kunststoff oder Leichtglas) spielt keine Rolle mehr.

- Aufwendungen für **Lichtschutzgläser (ab 25 Prozent Tönung)** mit einer Sehschärfe sind je Glas bis zu 30 Euro zusätzlich zu den oben genannten Beträgen unter a) bis e) beihilfefähig, wenn eine der in den Verwaltungsvorschriften des Finanz-und Wirtschaftsministeriums genannten Indikationen vorliegt. Welche Indikationen das im Einzelnen sind, ist uns bisher noch nicht bekannt.
- Aufwendungen für **Phototrope Gläser (ab 25 Prozent Tönung)** mit einer Sehschärfe sind je Glas bis zu 50 Euro zusätzlich zu den oben genannten Beträgen unter a) bis e) beihilfefähig, wenn eine der in den Verwaltungsvorschriften des Finanz-und Wirtschaftsministeriums genannten Indikationen vorliegt. Welche Indikationen das im Einzelnen sind, ist uns bisher noch nicht bekannt.

- Aufwendungen für Prismen sind in voller Höhe beihilfefähig.
- Aufwendungen von **Schulsportbrillen** mit Sehschärfe für **Kinder** bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind ebenfalls in voller Höhe beihilfefähig.
- Bei **Kontaktlinsenaustauschsystemen** gelten sowohl die Dreijahresfrist als auch die jeweiligen Höchstbeträge bis zu deren Erreichen.
- Beihilfefähig sind entweder die Aufwendungen für eine Brille **oder** für Kontaktlinsen. Beide Sehhilfearten nebeneinander sind nur dann beihilfefähig, wenn ein medizinischer Grund hierfür vorliegt.
- Werden **Phototrope Gläser** beschafft, sind Aufwendungen für normale Gläser oder Lichtschutzgläser daneben nicht beihilfefähig.

#### **5. Mindestantragssumme bei der Stellung von Beihilfeanträgen nach § 17 Absatz 2 BVO**

Die bisher notwendige Mindestantragssumme zur Stellung von Beihilfeanträgen in Höhe von 300 EUR wurde aufgehoben, es können nun auch Beihilfeanträge gestellt werden, deren Antragssumme unter 300 EUR liegt, eine Verwaltungskostenpauschale wird nicht mehr erhoben.

#### **6. Palliativversorgung, stationär oder teilstationär nach § 6 Absatz 1 Nummer 8 BVO**

Bei einer teilstationären oder vollstationären Palliativversorgung in einem Hospiz sind die Aufwendungen bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie der Preisvereinbarung des Hospizes mit einem Sozialversicherungsträger (zuschussfähige Kosten nach § 39a SGB V) entspricht; zum Nachweis reicht eine entsprechende Bescheinigung des Hospizes.

## **7. Pflegeberatung nach § 9 Absatz 12 BVO**

Die Beihilfestelle trägt die Kosten für eine Pflegeberatung entsprechend § 7a SGB XI, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder beantragt haben und erkennbar Hilfs- und Beratungsbedarf besteht. Die Zahlung erfolgt auf formlosen Antrag direkt an den berechtigten Träger der Pflegeberatung.

## **8. Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden nach Nummer 1.5.1 der Anlage zur BVO:**

Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind wie bisher grundsätzlich nicht beihilfefähig. Insbesondere sind dies die vom Bundesministerium des Innern in Anlage 1 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ganz oder teilweise von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind.

Ausnahmsweise können Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beihilfefähig sein, wenn eine schwerwiegende lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt,

- zu deren Behandlung sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode noch nicht herausgebildet hat oder
- zu deren Behandlung wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden aus medizinischen Gründen nicht angewendet werden dürfen oder
- zu deren Behandlung bereits wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden ohne Erfolg eingesetzt wurden und
- es für die vom Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Erfolg der Heilung oder auch nur spürbare Hinweise auf den positiven Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gibt. Für den Nachweis dieses Ausnahmestands ist ein amtsärztliches Gutachten notwendig.

Diese Änderungen treten mit Wirkung vom 01. Juli 2015 in Kraft. Für Aufwendungen, die vor dem 01.07.2015 entstanden sind, gelten die bisherigen Regelungen der BVO.

Landesamt für Besoldung und Versorgung  
Baden-Württemberg

Juni 2015