

Änderung der Beihilfenvorschriften Rheinland-Pfalz

Mit Veröffentlichung im Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes Rheinland-Pfalz vom 17.08.2018 wurde die Dritte Landesverordnung vom 26.07.2018 zur Änderung der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO) bekannt gegeben.

Nachfolgend eine Zusammenstellung der wichtigsten Änderungen:

Änderungen zum 01.10.2018:

Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden (§ 8 BVO)

Anlage 1 zu § 8 Abs. 7 BVO wurde überarbeitet:

Nr. 1 - völliger Ausschluss:

„Chelat-Therapie“ gestrichen

„Kariesdetektor-Behandlung“ gestrichen

„Laser-Behandlung von Nagelmykose“ aufgenommen

„Radiale Stoßwellentherapie“ gestrichen

„Sipari-Therapie“ aufgenommen

„Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrotherapie“ aufgenommen

Nr. 2 – teilweiser Ausschluss:

„Chelat-Therapie“ unter Nennung der Voraussetzungen aufgenommen

„Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)“ die Diagnose diabetische Fußsyndrom (ab Wagner Stadium II) aufgenommen

„Stoßwellentherapie“ wird mit Gliederung nach f-ESWT und r-ESWT unter Nennung der Voraussetzungen aufgenommen

Nachrang des Beihilfeanspruchs (§ 9 BVO)

In Abs. 4 wird die „medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter oder Väter (§ 43 Abs. 6)“ aufgenommen.

Heilbehandlungen (§ 22 BVO)

Absatz 1 erhält folgende Fassung:

Aufwendungen für zuvor von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt verordnete Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Anlage 3 beihilfefähig; für die Leistungen nach den Nummern 3, 46, 49 und 65 der Anlage 3 ist eine Verordnung nicht erforderlich.

Es erfolgt eine Novellierung des Leistungsverzeichnisses ärztlich verordneter Heilbehandlungen (Anlage 3). Die Erhöhung der Höchstbeträge erfolgt in zwei Stufen (Stufe 1 zum 01.10.2018).

Komplextherapien (§ 23 BVO)

In § 23 Abs. 1 BVO werden die Zahnärztinnen und Zahnärzte aufgenommen.

Häusliche Krankenpflege (§ 27 BVO)

folgender Absatz 2 wird angefügt:

(2) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1

1. bei schwerer Krankheit oder

2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit

insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in anderen geeigneten Einrichtungen entsprechend § 38 Abs. 1 beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist. Ist die Einrichtung, in der die Kurzzeitpflege durchgeführt wird, zugleich der ständige Wohnsitz der gepflegten Person, sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten nicht beihilfefähig.

Familien- und Haushaltshilfe (§ 29 BVO)

§ 29 BVO erhält eine neue Fassung:

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde bis zur Höhe des von der Bundesregierung nach § 11 des Mindestlohngesetzes in der Fassung vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348) in der jeweils geltenden Fassung verordneten allgemeinen gesetzlichen Mindestlohns, höchstens für acht Stunden täglich, beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass

1. die den Haushalt führende Person den Haushalt

a) wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 24, 26 und 27 Abs. 2, §§ 28 und 43 Abs. 6, §§ 45 bis 47 und 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4, § 56) oder

b) als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Begleitung wegen des Alters des Kindes und der einer stationären Langzeittherapie erfordernden Geschwulsterkrankung oder vergleichbaren schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist,

nicht weiterführen kann,

2. diese Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist; eine Erwerbstätigkeit ist geringfügig, wenn die regelmäßige Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer vollbeschäftigten Person beträgt,
3. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
4. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der in Absatz 1 Satz 1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tage beihilfefähig

1. im Anschluss an eine außerhäusliche Unterbringung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 Buchst. a oder
2. wenn die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit, akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht möglich ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Verbleiben Personen im Sinne von Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 im Haushalt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 für bis zu 26 Wochen beihilfefähig.

(3) Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die pflegebedürftig sind oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in einem Heim, in einem fremden Haushalt oder anderweitig untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Aufwendungen für eine Unterbringung im Haushalt einer in § 27 Abs. 1 Satz 2 genannten Person sind mit Ausnahme der Fahrtkosten (§ 30) nicht beihilfefähig. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 gilt entsprechend.

Fahrtkosten (§ 30 BVO)

§ 30 Abs. 1 und 2 erhalten folgende neue Fassung:

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für vor Fahrtantritt von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt schriftlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen, einschließlich einer vor- und nachstationären Behandlung; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
2. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, sofern in diesem Zusammenhang Leistungen nach Abschnitt D des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte erbracht werden, einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
3. mit einem Krankentransportfahrzeug, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens erforderlich ist,
4. zu ambulanten Behandlungen einer Grunderkrankung, die eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bedarf und diese Behandlung oder der zu diesem Behandlungsverlauf führende Krankheitsverlauf die behandelte Person so beeinträchtigt, dass eine Beförderung unerlässlich ist.

Satz 1 Nr. 1 gilt entsprechend bei verordneten Fahrten durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung stehen.

(2) Ohne Verordnung sind Aufwendungen für

1. Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie,
3. regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und der einer stationären Langzeittherapie erfordernden Geschwulsterkrankung oder vergleichbaren schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist, und
4. Fahrten nach Absatz 1 Nr. 1 bis 3 sowie Fahrten zu ambulanten Behandlungen von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder die Pflegegrade 3, 4 oder 5 nachweisen oder deren Mobilität vergleichbar beeinträchtigt ist beihilfefähig.

Klarstellung:

Bezüglich der Fahrten anlässlich ambulanter Operationen im Krankenhaus oder in der Arztpraxis wird präzisiert, welche Anforderungen an eine ambulante Operation gestellt werden, damit hierzu Fahrtkosten als beihilfefähig anerkannt werden können.

Die Fahrtkosten wurden um ambulante Fahrten anlässlich hochfrequenter Behandlungen über einen längeren Zeitraum erweitert.

Ebenfalls wurden die beihilfefähigen Fahrten des im § 30 Abs. 2 BVO genannten Personen um Fahrten zu ambulanten Behandlungen ausgeweitet sowie Erweiterung des begünstigten Personenkreises um Personen, deren Mobilität vergleichbar ist.

Pflege (§§ 35 – 42 BVO)

Hier wurden lediglich die bereits mit Rundschreiben vom 22.11.2016 MinBl. S. 280 zum 01.01.2017 in Kraft getretenen Änderungen des PSG II aufgenommen (Anpassung der Begrifflichkeiten).

Heilkur (§ 47 BVO)

Anlage 7 (Heilkurortverzeichnis) zu § 47 Abs. 3 BVO wurde überarbeitet.

Behandlung im Ausland (§ 55 BVO)

In Absatz 2 wurde die Formulierung „die im Inland entstanden wären, unter Beachtung der Höchstbeträge und Begrenzungen dieser Rechtsvorschrift“ aufgenommen.

Folgender Abs. 3 wird angefügt:

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die nach deutschem Recht verboten sind.

Klarstellung:

Bei im Ausland entstandenen Aufwendungen sind ebenfalls die Höchstbeträge und Begrenzungen der BVO zu beachten.

Abweichender Bemessungssatz (§ 58 BVO)

In § 58 Abs. 1 Satz 3 BVO werden die Worte „einen eigenen Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner oder“ gestrichen.

Klarstellung:

beihilfeberechtigte Personen oder deren nach § 4 BVO berücksichtigungsfähige Angehörige, die in der Rentnerpflichtversicherung sind und hierzu einen Beitrag von insgesamt nicht mehr als 41,00 € monatlich erhalten, erhöht sich zukünftig der Bemessungssatz nicht.

Bei Personen, die bis 30.09.2018 bereits einen erhöhten Bemessungssatz erhielten, bleibt dieser Anspruch solange bestehen, bis der Grenzbetrag von 41,00 € überschritten wird.

Für beihilfeberechtigte Personen sowie deren nach § 4 BVO berücksichtigungsfähige Angehörige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und einen Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von insgesamt nicht mehr als 41,- € monatlich erhalten, bleibt die Neuregelung des § 58 BVO Abs. 1 unberührt.

Änderungen zum 01.01.2019:

Arznei- und Verbandmittel (§ 21 BVO)

§ 21 BVO erhält folgende neue Fassung:

Arznei- und Verbandmittel sowie Medizinprodukte

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für die aus Anlass einer Krankheit im Rahmen einer Behandlung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin, einem Heilpraktiker verbrauchten oder nach Art und Umfang vor der Beschaffung schriftlich verordneten

1. registrierten oder zugelassenen Arzneimittel nach § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) in der Fassung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung, die im oder am menschlichen Körper angewendet oder einem Menschen verabreicht werden können,
2. Zubereitungen, die mindestens einen arzneilich wirksamen Bestandteil nach § 4 Abs. 19 AMG enthalten,
3. Medizinprodukte nach Anlage 8 und

4. Verbandmittel.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind auch die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies für Personen bis zum vollendeten dritten Lebensjahr beihilfefähig.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Lebensmittel und Lebensmittelzusatzstoffe nach § 2 Abs. 2 und 3 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches (LFGB in der Fassung vom 3. Juni 2013 – BGBl. I S. 1426 – in der jeweils geltenden Fassung),

2. Nahrungsergänzungsmittel (§ 1 der Nahrungsergänzungsmittelverordnung in der Fassung vom 24. Mai 2004 – BGBl. I S. 1011 – in der jeweils geltenden Fassung),

3. diätetische Lebensmittel (§ 1 Abs. 1 der Diätverordnung in der Fassung vom 28. April 2005 – BGBl. I S. 1161 – in der jeweils geltenden Fassung); abweichend davon sind Aufwendungen für bilanzierte Diäten (§ 1 Abs. 4 a der Diätverordnung) beihilfefähig,

a) wenn diese aufgrund einer ärztlichen Verordnung notwendig sind bei:

aa) Ahornsirupkrankheit,

bb) AIDS-assoziierten Diarrhöen,

cc) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,

dd) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,

ee) Colitis ulcerosa,

ff) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,

gg) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße,

hh) Kurzdarmsyndrom,

ii) Morbus Crohn,

jj) Mukoviszidose, bei starkem Untergewicht,

kk) Nahrungsmittelallergie,

ll) Niereninsuffizienz,

mm) Phenylketonurie,

nn) postoperativer Nachsorge oder

oo) Tumorthérapien (auch nach der Behandlung),

b) als Elementardiäten für Personen bis zum vollendeten dritten Lebensjahr bei

aa) Kuhmilcheiweißallergie oder

bb) Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden,

4. kosmetische Mittel nach § 2 Abs. 5 LFGB,

5. Mittel, die überwiegend der Behandlung der sexuellen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen, es sei denn, dass im Einzelfall nicht die vorgenannten Zwecke, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und

- a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassene Arzneimittel gibt oder
- b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,

6. Mittel zur Behandlung von Reisekrankheiten, ausgenommen zur Anwendung bei anderen Erkrankungen, sowie

7. Mittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der verordneten Person beschafft werden.

Klarstellung:

Wegen Streitigkeiten im Grenzbereich zwischen Arznei- und Lebensmittel wurde ein Arzneimittelbegriff definiert.

Hier ist zu beachten, dass ggf. einzelne Präparate, die bisher aufgrund einer nachgewiesenen Erkrankung erstattet wurden, nun nicht mehr als beihilfefähig anerkannt werden können, da sie die hier genannten Voraussetzungen nicht erfüllen.

z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate oder ein nicht in Anlage 8 aufgeführtes Medizinprodukt.

Heilbehandlungen (§ 22 BVO)

Mit Stufe 2 der Erhöhung der beihilfefähigen Höchstbeträge erfolgt zum 01.01.2019 eine weitere Novellierung des Leistungsverzeichnisses ärztlich verordneter Heilbehandlungen (Anlage 3).