



DJG Sonderinfo - DJG Sonderinfo

Informationen für Beihilfeberechtigte

Informationen für Beihilfeberechtigte

Mit Wirkung vom 01.01.2016 ist die Beihilfenverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen – BVO NRW – geändert worden.

Soweit nachfolgend nichts anderes geregelt ist, sind die Neuregelungen grundsätzlich für Aufwendungen, die nach dem 31.12.2015 entstehen, anzuwenden.

Mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Änderungen des Beihilfenrechts verschaffen.

Rechtsansprüche können hieraus nicht abgeleitet werden.

Die vollständigen, ab 01.01.2016 gültigen Vorschriften können Sie auf der Homepage des LBV <http://www.lbv.nrw.de/> einsehen.

1. Allgemeine Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit medizinischer Leistungen

Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen im Krankheitsfall ergibt sich überwiegend aus § 4 BVO. Neu gefasst wurde in diesem Zusammenhang der § 4 Abs. 1 Nr. 1 BVO. Gleichzeitig wurden der § 4i und die Anlagen 5 und 6 neu in die BVO aufgenommen. Dadurch wurde der Aufbau der Bestimmung neu strukturiert.

Im neu gefassten § 4 Abs. 1 Nr. 1 BVO wird nun allgemein der Kreis der anerkannten Behandler und die in Krankheitsfällen medizinisch notwendigen und angemessenen Behandlungen bestimmt.

Die Angemessenheit von Aufwendungen zu beihilferechtlich anerkannten Heilbehandlungen (z.B. Massagen, Krankengymnastische Behandlungen) bestimmt sich nunmehr nach der Anlage 5 zur BVO.

Die neu aufgenommene Anlage 6 zur BVO beinhaltet eine nicht abschließende Auflistung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen wegen fehlender wissenschaftlicher Anerkennung oder Notwendigkeit keine Beihilfe bzw. nur ein Anteil gezahlt werden darf.

2. Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft

Der beihilfefähige Stundenlohn für den Einsatz einer Familien- und Hauspflegekraft wird von bisher 8 Euro auf 9 Euro und der Tageshöchstsatz von 64 Euro auf 72 Euro angehoben (Rechtsgrundlage: § 4 Absatz 1 Nummer 6 BVO).



3. Aufwendungen für eine Palliativ- und Hospizversorgung

Aufwendungen für eine (teil-)stationäre Unterbringung in einem Hospiz sind für die ersten neun Monate (in einem Kinderhospiz für die ersten 18 Monate) grundsätzlich wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung beihilfefähig. Lediglich die Selbstbehalte für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen (gesonderte Unterbringung in einem Zweibettzimmer und/oder ärztliche Behandlung) werden nicht in Abzug gebracht. Die Neuregelung bietet nun zusätzlich die Möglichkeit, dass bei einem im Hospiz untergebrachten Kind (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs), zu der Unterbringung eines Elternteils und/oder Geschwistern, ein Zuschuss von insgesamt bis zu 80 Euro täglich gezahlt werden kann. Voraussetzung ist allerdings, dass deren Unterbringung zur Betreuung des erkrankten Kindes medizinisch erforderlich und auch tatsächlich vom Hospiz in Rechnung gestellt worden ist.

Bei ambulanten Palliativversorgungen sind die pflegerischen Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung beihilfefähig, die der Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbart (Rechtsgrundlage: § 4 Absatz 1 Nummer 9 BVO).

4. Aufwendungen für implantologische zahnärztliche Leistungen

Im Indikationskatalog des § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO sind die Indikationen Einzelzahnücke, soweit nicht beide Nachbarzähne überkront sind sowie Freierücken, wenn zumindest die Zähne 6, 7 und 8 fehlen nicht mehr enthalten. Ein Voranerkennungsverfahren ist in diesen Fällen nicht mehr erforderlich.

Ein Voranerkennungsverfahren ist nur noch bei den in § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO genannten Indikationen vorgesehen. Dies sind:

1. größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in

- a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
 - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
 - f) Unfällen
- haben,



2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken) oder
5. zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat).

In diesen Indikationsfällen ist eine zahlenmäßige Begrenzung der anzuerkennenden Implantate nicht mehr vorgesehen, sondern dem Untersuchungsergebnis des Amtsarztes zu folgen.

Die Voraussetzung, dass die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten vor Behandlungsbeginn durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes anerkannt werden muss, bleibt unverändert bestehen.

In allen anderen Fällen (auch im Falle der Einzelzahn- bzw. Freierlücke) sind die Aufwendungen für höchstens 10 Implantate pauschal bis zu 1.000 Euro beihilfefähig. Eine örtliche Begrenzung (2 Implantate je Kieferhälfte) ist nicht mehr vorgesehen. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind – wie bisher – neben den Pauschalen zu berechnen. Reparaturen von Implantaten sind bis zu 400 Euro je Implantat beihilfefähig.

5. Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege

(hier: anteilige Pflegepauschale)

Die anteilige Pflegepauschale wird künftig während des gesamten Anspruchszeitraums der

- Verhinderungspflege, also 6 statt bisher 4 Wochen,
- Kurzzeitpflege, also 8 statt bisher 4 Wochen

als beihilfefähig anerkannt (Rechtsgrundlagen: §§ 5a und 5c BVO).

6. Berücksichtigung von Versicherungsleistungen

(hier: Summenversicherungen)

Leistungen aus sog. Summenversicherungen blieben bislang bis zu einem Betrag von täglich 80 Euro unberücksichtigt. Dieser Betrag wird nun auf 100 Euro täglich angehoben.

Des Weiteren wird näher definiert, welche Versicherungen hierzu zählen:



- Krankentagegeld-,
- Krankenhaustagegeld-,
- Pfl egetagegeld-,
- Pflegezusatz-,
- Pflegerentenzusatzversicherungen und
- sonstige Summenversicherungen

(Rechtsgrundlage: § 12 Absatz 7 BVO).

7. Kostendämpfungspauschale

Während von den Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen bislang keine Kostendämpfungspauschale abzuziehen war, entfällt diese Regelung zum 01.01.2016. Auch diese Aufwendungen unterliegen künftig einer Minderung durch die Kostendämpfungspauschale (Rechtsgrundlage: § 12a BVO).

Zudem wird beim Abzug der Kostendämpfungspauschale künftig nicht mehr auf den Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen, sondern auf den **Zeitpunkt der Rechnungsstellung** abgestellt.

Wir möchten an dieser Stelle besonders darauf hinweisen, dass diese Regelung für Aufwendungen gilt, die nach dem 31.12.2015 entstehen. Für Aufwendungen, die noch bis Ende 2015 entstanden sind, aber erst 2016 berechnet werden, ist wie bisher auf das Entstehen der Aufwendungen abzustellen (KDP für 2015).

Ihre DJG

Klaus Plattes

Ursula Winkelmann

Günter Uhlworm



Personalratswahlen am 09.06.2016
DJG wählen
Unsere Kandidaten-Eure Wahl für die Zukunft