

Beihilfavorschriften des Landes Baden-Württemberg

Aktualisierung der BVO-Broschüre mit Erläuterungen

**Wortlaut der am 1. April 2014 in Kraft tretenden Verordnung des Finanz- und
Wirtschaftsministeriums zur Änderung der Beihilfeverordnung vom 20.
Dezember 2013 (GBl. 2014 S. 53)**

und

Erläuterungen zu den Auswirkungen der geänderten Beihilfeverordnung

bearbeitet von Kurt Schulz, Dipl.-Verwaltungswirt

Stand: 1. April 2014

Inhalt

A. Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministerium zur Änderung der Beihilfeverordnung vom 20. Dezember 2013 (GBl. 2014 S. 53)

B. Erläuterungen zu der geänderten Beihilfeverordnung

A. **Verordnung des Finanz-
und Wirtschaftsministeriums zur Änderung
der Beihilfeverordnung**

Vom 20. Dezember 2013

Es wird verordnet auf Grund von

1. § 78 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes (LBG) vom 9. November 2010 (GBI. S. 793, 794), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 18. Dezember 2012 (GBI. S. 677, 685), im Einvernehmen mit dem Innenministerium
2. § 8 des Landesrichter- und -staatsanwaltsgesetzes (LRiStAG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 2000 (GBI. S. 504):

Artikel 1

Die Beihilfeverordnung vom 28. Juli 1995 (GBI. S. 561), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12. November 2013 (GBI. S. 304, 308), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 3 Satz 3 und Absatz 5 werden aufgehoben.
2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

»Die in Absatz 1 Nummer 3 bezeichneten Personen haben für die beihilfefähigen Aufwendungen, die nach dem Tod des Beihilfeberechtigten bis zum Ende des Sterbemonats des Beihilfeberechtigten für sich und die bisher beim Verstorbenen weiteren berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstanden sind, eine Beihilfeberechtigung.«
 - b) In Absatz 3 wird die Angabe »§ 16« durch die Wörter »§ 12 Absatz 4 bis 6« ersetzt.
3. § 5 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 Buchstabe b wird die Angabe »SGB V« durch die Wörter »des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V)« ersetzt.
 - b) In Nummer 4 wird die Zahl »10« durch die Angabe »10a« ersetzt.
 - c) Die Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

»5. die in §§ 6 bis 8, 10 bis 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen, auch in Verbindung mit § 13 Absatz 1 bis 3, für Beamte, denen aufgrund von § 79 LBG, der Heilfürsorgeverordnung oder entsprechenden anderen landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,«
 - d) In Nummer 8 werden nach dem Wort »medizinische« das Komma sowie das Wort »embryopathische« gestrichen.

4. § 6 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

»2. von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchte oder nach Art und Menge schriftlich verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und Teststreifen für Körperflüssigkeiten. Keine Arzneimittel sind

- a) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
- b) Nahrungsergänzungsmittel nach § 1 Absatz 1 der Nahrungsergänzungsmittelverordnung, die als solche gekennzeichnet sind,
- c) diätetische Lebensmittel nach § 1 Absatz 1 der Diätverordnung, die mit den Zusätzen »Diät«, »diätetisch«, »Kost«, »Nahrung« oder »Lebensmittel« gekennzeichnet sind,
- d) Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG),
- e) nicht verschreibungspflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate und
- f) Mittel, die zur Empfängnisregelung oder Potenzbeeinflussung verordnet werden.

Von den in Satz 2 genannten Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig

- a) Nahrungsergänzungsmittel, Vitamin- und Mineralstoffpräparate, wenn nach begründetem medizinischen Gutachten die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen ist; das Finanz- und Wirtschaftsministerium kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen von der medizinischen Notwendigkeit ohne gesonderten Nachweis auszugehen ist; Aufwendungen für Mittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Kindern unter drei Jahren sind beihilfefähig,
- b) Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren nach ärztlicher Bescheinigung und soweit die Aufwendungen hierfür vierteljährlich 360 Euro übersteigen; Aufwendungen für chemisch definierte Formeldiäten sind ohne Abzug von vierteljährlich 360 Euro beihilfefähig, wenn die Kosten zusätzlich zu den für die übliche Diät nahrung entstehen,
- c) Elementardiäten für Kinder unter drei Jahren mit Kuhmilcheiweiß-Allergie sowie bei Neurodermitis für einen Zeitraum von insgesamt einem halben Jahr, wenn sie für

diagnostische Zwecke eingesetzt werden und

- d) Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukt nach § 3 Nummer 1 und 2 MPG zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, in Anlage 4 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.«

b) Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

»Gleiches gilt für von Zahnärzten schriftlich begründet verordnete Heilbehandlungen, soweit dies zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört.«

bb) Im neuen Satz 3 werden nach dem Wort »ärztlichen« die Wörter »oder zahnärztlichen« eingefügt.

- c) In Nummer 8 Satz 2 wird die Angabe »2 bis 5« durch die Angabe »4 bis 7« ersetzt.
- d) In Nummer 9 wird die Angabe »Satz 3« durch die Angabe »Satz 4« ersetzt.

5. § 6 a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe »§ 22 BpflV, §§ 16 und 17 KHEntgG« durch die Angabe »§ 22 BpflV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, § 16 Satz 2 BpflV und § 17 KHEntgG« ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 4 Halbsatz 2 wird wie folgt gefasst:

»bei Beihilfeberechtigten ohne Bezüge besteht in den Fällen des § 2 Absatz 2 Satz 3, während eines Wahlvorbereitungsurteils, während einer Pflegezeit sowie während einer Elternzeit Beitragsfreiheit.«

6. § 7 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

»Bei Behandlung in Krankenhäusern nach Absatz 2 sind Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 6 a Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG ergibt; dabei wird die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt,
2. in allen anderen Fällen der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, Einzelentgelte, Pauschalpreise und Tagessätze, soweit der tägliche Gesamtbetrag die Beträge gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 2 BBhV nicht übersteigt,

3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors täglich sowie gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen nach § 6 a Absatz 1 Nummer 3, jeweils unter den Voraussetzungen des § 6 a Absatz 2,
 4. gesondert berechnete belegärztliche Leistungen im Sinne des § 18 KHEntgG oder § 16 Satz 1 BpflV,
 5. im Rahmen einer Notfallbehandlung entstandene, dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen, wenn die notfallmäßige Aufnahme in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 6 a Absatz 1 Satz 1) nicht möglich war,
 6. die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG) bis zur Höhe des nach § 17 b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vereinbarenden Zuschlags,
 7. Fahrkosten nach Maßgabe des Satzes 4 Nummer 4, Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe nach Maßgabe des § 10 a Nummer 3.
- b) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:
- »Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach § 6 a Absatz 1 Nummer 2 sind. Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Absatz 2 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.«
- c) Im neuen Satz 4 werden die Wörter »Im übrigen« durch die Wörter »Bei Behandlungen in Einrichtungen nach den Absätzen 3 bis 5« und in Nummer 3 die Angabe »3 bis 5« durch die Angabe »5 bis 7« ersetzt.
- d) In den neuen Sätzen 5 und 6 wird jeweils die Angabe »Satz 2« durch die Angabe »Satz 4« ersetzt.
- e) Im neuen Satz 7 wird die Angabe »Satz 4« durch die Angabe »Satz 6« ersetzt.
- f) Es werden folgende Sätze angefügt:
- »Pauschale Abrechnungen von Einrichtungen nach Absatz 3 sind beihilfefähig, soweit sie keine Vergütung für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhalten. Daneben sind die Aufwendungen nach Satz 4 nur dann beihilfefähig, wenn sie nicht in der pauschalen Abrechnung enthalten sind.«
7. In § 8 Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter »sowie Maßnahmen für die übrigen Beihilfeberechtigten und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei erheblich beeinträchtigter Gesundheit« gestrichen.
8. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern »häusliche Pflege« die Wörter »sowie Betreuungsleistungen nach § 124 Absätze 1 bis 3 SGB XI« eingefügt.
 - bb) In Satz 4 werden nach dem Wort »beihilfefähig« die Wörter »; liegen die Voraussetzungen von Absatz 6 Nummer 4 Satz 1 vor, ist der doppelte Betrag nach Absatz 6 Nummer 4 Satz 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zusätzlich zu berücksichtigen« eingefügt.
- b) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort »zusteht« die Wörter »; für Tage, an denen Beihilfe nach Absatz 7 Satz 1 zusteht, erfolgt für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr die Minderung nur zur Hälfte« eingefügt.
- c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 Satz 1 werden nach den Wörtern »(kombinierte Pflege)« die Wörter »; unter den Voraussetzungen von Nummer 4 Satz 1 erhöht sich der nach der Pflegestufe zutreffende Höchstbetrag in Absatz 3 um die jeweils zutreffenden Beträge in Nummer 4 Satz 2 Buchstabe a« eingefügt.
 - bb) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
 - »4. Bei einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sind Aufwendungen für Leistungen nach Maßgabe der §§ 45 a und 45 b SGB XI beihilfefähig. Daneben sind unter den Voraussetzungen des Satzes 1 Aufwendungen nach Maßgabe
 - a) des Absatzes 3
 - aa) ohne Pflegestufe nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 2 Nummer 2 SGB XI bis 225 Euro je Kalendermonat,
 - bb) in Pflegestufe 1 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 3 SGB XI von zusätzlich bis zu 215 Euro je Kalendermonat,
 - cc) in Pflegestufe 2 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 4 SGB XI von zusätzlich bis zu 150 Euro je Kalendermonat,
 - b) der Nummer 2 dieses Absatzes,
 - c) der Absätze 10 und 11
 beihilfefähig. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 gelten in den Fällen des Absatzes 4 als beihilfefähige Aufwendungen

- a) ohne Pflegestufe nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 2 Nummer 1 SGB XI 120 Euro je Kalendermonat,
- b) in Pflegestufe 1 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 3 SGB XI zusätzlich 70 Euro je Kalendermonat,
- c) in Pflegestufe 2 nach § 15 SGB XI entsprechend § 123 Absatz 4 SGB XI zusätzlich 85 Euro je Kalendermonat.«
- cc) Es wird folgende Nummer 5 angefügt:
- »5. Leben Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen und erhalten sie Beihilfe nach Absatz 3 oder Absatz 4, gelten als beihilfefähige Aufwendungen entsprechend § 38 a Absatz 1 SGB XI 200 Euro je Kalendermonat.«
- d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe »§ 42 Abs. 2« ein Komma und die Wörter »Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4« eingefügt.
- bb) Es werden folgende Sätze angefügt:
- »Der Betrag nach § 87 a Absatz 4 SGB XI ist beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird. Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 87 b SGB XI sind beihilfefähig.«
- e) In Absatz 10 Satz 1 werden nach den Wörtern »nach Maßgabe der Anlage beihilfefähig« das Semikolon gestrichen und die Wörter »oder wenn und soweit das Hilfsmittel von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird.« eingefügt.
- f) Absatz 11 wird wie folgt gefasst:
- »(11) Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn und soweit die Maßnahme von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird. Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45 e SGB XI beihilfefähig, wenn und soweit die Maßnahme von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst wird.«
9. In § 10 Absatz 2 werden die Wörter »100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der GOZ« durch die Wörter »1000 bis 1040 und 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)« ersetzt.
10. § 10 a wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern »Famili- und Haushaltshilfe« die Wörter »bis zu 15 Euro pro Stunde, höchstens jedoch bis zu 150 Euro pro Tag« eingefügt.
- bb) In Satz 5 wird das Wort »fünften« durch das Wort »vierten« ersetzt.
- b) Nummer 4 Satz 3 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:
- »b) die Verwendung privat genutzter Fahrzeuge, Taxen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometer; dies gilt nicht wenn eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen »aG« (außergewöhnliche Gehbehinderung), »Bl« (blind), oder »H« (hilfflos) im Schwerbehindertenausweis oder eine Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt, sowie bei 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.«
- c) Nummer 5 Satz 3 wird aufgehoben.
- d) Nummer 6 wird aufgehoben.
11. § 12 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:
- »(4) Die Ansprüche nach Absatz 1 stehen vorrangig dem hinterbliebenen Ehegatten, dem hinterbliebenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, den leiblichen Kindern und Adoptivkindern eines verstorbenen Beihilfeberechtigten zu. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tag vor dem Tod.
- (5) Andere als die in Absatz 4 genannten natürlichen sowie juristische Personen erhalten Beihilfe nach Absatz 1 und nach Maßgabe des Absatzes 4 Satz 3, wenn sie von dritter Seite in Rechnung gestellte Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen.
- (6) Bestattungsunternehmen erhalten Beihilfe nach Absatz 1 und nach Maßgabe des Absatzes 4 Satz 3, höchstens jedoch in tatsächlich entstandener Höhe, wenn sie Aufwendungen nach Absatz 1 nachweislich getragen haben (Sach- und Personalkostennachweis).«

12. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

»(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden und beihilfefähig gewesen wären; nicht beihilfefähig sind außerhalb der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz entstandene Aufwendungen nach § 6a Absatz 1 Nummer 3, § 7 Absatz 1 Nummer 3 und 4, §§ 8, 10a und 15 Absatz 4. In einem Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Preise als ansässigen Personen berechnet werden; die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge sind zu beachten. Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen voll entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Vergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, hat die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit im Rahmen der Sätze 1 und 2 nach billigem Ermessen ganz oder teilweise anzuerkennen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege vorlegt.«

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 werden die Wörter »oder wenn bei Aufenthalt in der Nähe der Grenze aus akutem Anlaß das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muß« gestrichen.

bb) In Nummer 3 und 4 wird jeweils der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Es wird folgende Nummer 5 angefügt:

»5. wenn zur Notfallversorgung die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit aufgesucht werden muss.«

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 wird das Wort »Gemeinschaft« durch die Wörter »Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den europäi-

schen Wirtschaftsraum und der Schweiz« ersetzt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort »beihilfefähig« die Wörter »; die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge sind zu beachten« eingefügt.

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

13. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe »§ 9 Abs. 4 und § 11 Abs. 2« durch die Wörter »§ 9 Absatz 4 und 6 Nummer 5 sowie § 11 Absatz 2« ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

»(4) Wird die beihilfefähige Wahlleistung Unterkunft (§ 6a Absatz 1 Nummer 3, § 7 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3) anlässlich eines Aufenthalts in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einem Krankenhaus nach § 7 Absatz 2 nicht beansprucht, so wird stattdessen eine Beihilfe von 11 Euro pro Tag, an dem die Leistung berechenbar gewesen wäre, gewährt. Für nicht beanspruchte wahlärztliche Leistungen (§ 6a Absatz 1 Nummer 3, § 7 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3) anlässlich eines Aufenthalts nach Satz 1 wird eine Beihilfe von 22 Euro pro Tag, an dem die Leistungen berechenbar gewesen wären, gewährt.«

14. § 16 wird aufgehoben.

15. § 17 Absatz 6 werden folgende Sätze angefügt:

»Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten ist die Beihilfe auf das Bezügekonto zu zahlen. Ein abweichendes Konto kann nur von demjenigen bestimmt werden, der gemäß Erbschein, Testamentsvollstreckerzeugnis oder Ausfertigung oder beglaubigter Abschrift einer letztwilligen Verfügung nebst zugehöriger Eröffnungsniederschrift als Erbe oder Testamentsvollstrecker bezeichnet wird. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für die Beihilfe nach § 12 Absatz 1 sowie für Beihilfe an Personen nach § 2 Absatz 2 Satz 4.«

16. Die Anlage wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1.1 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

»Sind Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Absatz 2a oder nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 315 SGB V oder einem Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, beurteilt sich die Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Absatz 3b Satz 1 SGB V vereinbarten Gebührenregelungen; solange und soweit keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Absatz 3a Satz 2 und 3 SGB V.«

Angemessen sind auch Aufwendungen für Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder auf Grund von Verträgen von Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Werden Leistungen nach Satz 1 nach Regeln in Vereinbarungen über medizinische Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungsträger auf Bundes- oder Landesebene zusammen mit Leistungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 oder anderer sozialtherapeutischer Berufe erbracht und pauschal berechnet, so sind unter denselben Voraussetzungen die mit den anderen Leistungsträgern vereinbarten pauschalen Vergütungen beihilfefähig.«

b) In Nummer 1.2.3 Buchstabe b werden nach dem Wort »erfordern« die Wörter »oder wenn die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und nicht aus ästhetischen Gründen erfolgt, keine Behandlungsalternative gegeben ist, die Zahnfehlstellung mit erheblichen Folgeproblemen verbunden ist und erst im Erwachsenenalter erworben wurde« eingefügt.

c) Nummer 2.2.3 wird wie folgt gefasst:

»2.2.3 Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu 100 Euro im Kalenderjahr von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für elektrischen Strom sowie für Pflege- und Reinigungsmittel.«

Artikel 2

(1) Diese Verordnung tritt am 1. April 2014 in Kraft, soweit in Absatz 2 und 3 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b, Buchstabe c Doppelbuchstabe cc, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa und Buchstabe f treten mit Wirkung vom 30. Oktober 2012 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a sowie Buchstabe c Doppelbuchstaben aa und bb treten mit Wirkung vom 1. Januar 2013 in Kraft.

(4) Für die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstandenen Aufwendungen sind die bisher geltenden Vorschriften anzuwenden.

B. Erläuterungen zu der geänderten Beihilfeverordnung

Am 20. Dezember 2013 hat das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft Baden-Württemberg (MFW) die am 1. April 2014 in Kraft tretende „Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums zur Änderung der Beihilfeverordnung“ (GBl. 2014 S. 53) verabschiedet. Die Hoffnungen des Seniorenverbands öD BW und des BBW Beamtenbund Tarifunion, im Rahmen Ihrer gegenüber dem MFW abgegebenen Stellungnahmen zum Entwurf dieser Änderungsverordnung eine Entschärfung der dort angekündigten Sparmaßnahmen zu erreichen, sind leider nicht in Erfüllung gegangen.

Zu der Änderungsverordnung hat das Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg (LBV) allen Beihilfeberechtigten - zusammen mit der Bezügemitteilung für den Monat Februar 2014 - die nachstehend abgedruckten „Informationen über Änderungen im Beihilferecht ab 01. April 2014 (Stand: Januar 2014)“ übersandt, die wir Ihnen auch auf diesem Wege wie folgt zur Kenntnis geben:

Informationen über die Änderungen im Beihilferecht ab 01. April 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO) wurde geändert. Mit der Veröffentlichung im Gesetzblatt Baden-Württemberg ist in den nächsten Wochen zu rechnen.

Mit dem Inkrafttreten der Änderungen zum 01. April 2014 werden Regelungen des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes in den Verordnungstext der Beihilfeverordnung übernommen. Die beihilferechtliche Umsetzung ist auf der Grundlage der Vorgriffsregelung des Ministeriums für Finanzen und Wirtschaft vom 05. Dezember 2012 bereits erfolgt. Im Wesentlichen sind dies Verbesserungen der Leistungen zur Kurzzeitpflege, der Leistungen für Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie die finanzielle Unterstützung von Pflegebedürftigen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben.

Zum 01. April 2014 treten weitere Änderungen im Beihilferecht in Kraft, über die wir Sie nachfolgend informieren möchten:

1. Ambulante Heilkuren

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulante Heilkuren für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner, Kinder) entfällt. Für Beamte und Richter verbleibt es bei der bisherigen Regelung.

2. Arzneimittel

Aufwendungen für die von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und Teststreifen für Körperflüssigkeiten sind grundsätzlich beihilfefähig.

Keine Arzneimittel im Sinne der BVO und damit nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
- Nahrungsergänzungsmittel, die als solche gekennzeichnet sind,
- diätetische Lebensmittel, die mit den Zusätzen "Diät", "diätetisch", "Kost", "Nahrung" oder "Lebensmittel" gekennzeichnet sind,
- Medizinprodukte,
- nicht verschreibungspflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate und
- Mittel, die zur Empfängnisregelung oder Potenzbeeinflussung verordnet werden.

Davon sind ausnahmsweise als Arzneimittel beihilfefähig:

- Nahrungsergänzungsmittel, Vitamin- und Mineralstoffpräparate, wenn nach begründetem medizinischem Gutachten (in der Regel des Gesundheitsamts) die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen ist.
- Aufwendungen für Mittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Kindern unter drei Jahren,
- Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren nach ärztlicher Bescheinigung und soweit die Aufwendungen hierfür vierteljährlich 360 Euro übersteigen; Aufwendungen für chemisch definierte Formeldiäten sind ohne Abzug von vierteljährlich 360 Euro beihilfefähig, wenn die Kosten zusätzlich zu den für die übliche Diät nahrung entstehen,
- Elementardiäten für Kinder unter drei Jahren mit Kuhmilcheiweiß-Allergie sowie bei Neurodermitis für einen Zeitraum von insgesamt einem halben Jahr, wenn sie für diagnostische Zwecke eingesetzt werden und
- Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukt nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, in Anlage 4 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen. Das können beispielsweise Spülflüssigkeiten in Zusammenhang mit operativen Eingriffen oder Tränenflüssigkeit sein.

Die bisherigen Ausnahmen und in diesem Zusammenhang etwaig vorgelegte Bescheinigungen zu medizinischen Notwendigkeiten verlieren damit ihre Gültigkeit.

3. Auslandsaufwendungen

Grundsätzlich ist bei außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandenen Aufwendungen ein Kostenvergleich mit den Inlandskosten vorzunehmen. Muss jedoch auf Grund einer Notfallversorgung die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit im Ausland aufgesucht werden, sind die Aufwendungen ohne die Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. In beiden Fällen gelten jedoch die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge. Daher wäre beispielsweise ein zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung in Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung generell ausgeschlossener Höhenflug auch im Ausland nicht beihilfefähig.

4. Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln

Die Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von Hilfsmitteln sind für berücksichtigungsfähige Kinder unter 18 Jahren künftig ohne Selbstbehalt beihilfefähig.

5. Beihilfe im Todesfall

Aufwendungen, die bis zum Tod entstanden sind:

Im Beihilferecht gelten ebenfalls die Regelungen des Erbrechts nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Die Ansprüche auf die Erstattung beihilfefähiger Aufwendungen, die bis zum Tod eines Beihilfeberechtigten entstanden sind wie z.B. Krankenhausrechnungen, Arztrechnungen usw. gehen auf den Rechtsnachfolger bzw. die Erben über. Eine wirksame Beihilfeantragstellung erfolgt in der Regel durch Vorlage eines Erbscheins, ausgestellt durch das Nachlassgericht. Statt des Erbscheins kann die Erbfolge auch durch eine beglaubigte Kopie der vom Nachlassgericht eröffneten letztwilligen Verfügung oder des Erbvertrags zusammen mit dem Eröffnungsprotokoll nachgewiesen werden.

Aufwendungen, die aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstanden sind: Für Aufwendungen aus Anlass des Todes (z.B. Leichenschau, Einsargung, Überführung, Aufbahrung, Einäscherung, Beisetzung, Anlegung der Grabstelle sowie der Grundlage für einen Grabstein) wird bereits bisher eine Pauschalbeihilfe, abhängig von der Höhe der gewährten Sterbegelder, gewährt. Neben der Pauschalbeihilfe sind Aufwendungen für den Sarg, die Urne und für das Nutzungsrecht für einen Beisetzungsplatz dem Grunde nach beihilfefähig. Diese Ansprüche stehen im Fall

des Todes des Beihilfeberechtigten vorrangig der hinterbliebenen Ehegattin, dem hinterbliebenen Ehegatten, der hinterbliebenen Lebenspartnerin, dem hinterbliebenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, den leiblichen Kindern und Adoptivkindern eines verstorbenen Beihilfeberechtigten zu. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

Mit der Änderung erhalten andere als die vorstehend genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen nachrangig eine Beihilfe zu den aus Anlass des Todes entstandenen Aufwendungen dann, wenn sie von dritter Seite in Rechnung gestellte Aufwendungen nachweislich bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen.

Für Bestatter gelten besondere Regelungen.

6. Familien- und Haushaltshilfe

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind - soweit die übrigen Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe erfüllt sind - auf 15 Euro pro Stunde und auf 150 Euro pro Tag begrenzt.

7. Fahrkosten

Aufwendungen für Fahrkosten jeglicher Art (PKW, Taxi oder öffentliche Verkehrsmittel wie Bus, Bahn) sind am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern nicht beihilfefähig; dies gilt nicht, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) im Schwerbehindertenausweis oder eine Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt, sowie bei Fahrten auf Grund 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. Das ist durch geeignete Unterlagen nachzuweisen.

8. Krankenhaustagegeld

Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht dann, wenn der Beihilfebeitrag für Wahlleistungen bezahlt wurde und bei einem Aufenthalt in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder in einer Privatklinik (siehe Nummer 9) auf die berechenbare und beihilfefähige Wahlleistung Unterkunft und / oder Wahlleistung Arzt verzichtet wird. Das Tagegeld beträgt für den Verzicht auf die berechenbare und beihilfefähige Wahlleistung Unterkunft 11 Euro pro Tag, bei Verzicht auf die berechenbare und beihilfefähige Wahlleistung Arzt 22 Euro pro Tag.

9. Privatkliniken (= nicht nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser)

Die Beihilfefähigkeit der Kosten für eine stationäre Behandlung in einem für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Personen nicht zugelassenen Krankenhaus wird betragsmäßig begrenzt, es erfolgt in jedem Fall eine Vergleichsberechnung. Dabei sind die Vergleichskosten auf folgende Beträge begrenzt bzw. folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- In Kliniken, die Indikationen behandeln, die mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können, werden die Kosten auf den oberen Grenzwert des Bundesbasisfallwertkorridors begrenzt. Das entspricht in etwa auch dem Betrag, den die Gesetzliche Krankenversicherung bei vergleichbaren Behandlungen in den von ihnen zugelassenen Krankenhäusern übernimmt.
- In Kliniken, die Indikationen behandeln, die nicht mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können wie z.B. Psychosomatische oder Psychotherapeutische Indikationen, werden die Kosten auf folgende Tagesgesamtkostenbeträge begrenzt:
 - bei vollstationärer Behandlung Volljähriger derzeit bis zu 293,80 Euro pro Abrechnungstag und
 - bei vollstationärer Behandlung Minderjähriger derzeit bis zu 379,20 Euro pro Abrechnungstag.
- Sonstige Entgelte und Zuschläge (z.B. Zusatzentgelte, Ausbildungszuschlag, DRG-Systemzuschlag) finden bei Vergleichsberechnungen keine Berücksichtigung.
- Neben den genannten Aufwendungen sind gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweitbettzimmer bis zu einem pauschalen Höchstbetrag (im Jahr 2014 = 48,54 Euro pro Tag), sowie gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen dem Grunde nach beihilfefähig, soweit hierfür der Beihilfebeitrag von derzeit 22 Euro monatlich geleistet wird.
- Gesondert berechnete belegärztliche Leistungen.
- Fahrkosten nach Maßgabe des § 10a Nummer 4 bis zu 120 Euro für die einfache Entfernung.
- Für eine medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson derzeit bis zu 45 Euro pro Tag.
- Besondere Bestimmungen gelten für Aufwendungen, die im Rahmen einer Notfallbehandlung in einer Privatklinik entstehen, wenn eine notfallmäßige Aufnahme in ein zugelassenes Krankenhaus nicht möglich war.

Auf die Möglichkeit, vor der Aufnahme in ein Krankenhaus den Kostenvoranschlag für einen geplanten stationären Aufenthalt dem Landesamt zur Prüfung der Beihilfefähigkeit vorzulegen, wird hingewiesen.

10. Versicherte im Basis- oder Standardtarif

Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die im Basis- oder Standardtarif bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind, erhalten Beihilfe zu ärztlichen und zahnärztlichen Aufwendungen nur in Höhe der nach § 75 Absatz 3b Satz 1 bzw. § 75 Absatz 3a Satz 2 und 3 SGB V vereinbarten bzw. festgelegten Gebührensätze.

<u>Basistarifversicherung</u>	Steigerungssatz der jeweiligen Gebührenordnung
Ärztliche Leistungen der Abschnitte A, E und O der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,0fach
Abschnitt M sowie die Gebührenziffer 437 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	0,9fach
Alle übrigen Gebührenziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,2fach
Zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	2,0fach
<u>Standardtarifversicherung</u>	Steigerungssatz der jeweiligen Gebührenordnung
Ärztliche Leistungen der Abschnitte A, E und O der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,38fach
Abschnitt M sowie die Gebührenziffer 437 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,16fach
Alle übrigen Gebührenziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	1,8fach
Zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	2,0fach

11. Ergänzende Information zur Beihilfe bei Pflegebedürftigkeit

Beihilfeberechtigte Beamte, die nach dem 31.12.2012 neu ernannt wurden und am 31.12.2012 nicht bei einem anderen Dienstherrn beihilfeberechtigt waren, erhalten bislang Beihilfe zu allen Aufwendungsarten mit einem lebenslang einheitlichen Bemessungssatz von 50 %, auch für Aufwendungen ihrer berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

Mit dem Gesetz zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften vom 12.11.2013 wurden die Bemessungssatzregelungen für auf **Aufwendungen bei**

Pflegebedürftigkeit rückwirkend zum 01.01.2013 geändert.

Die nach dem 31.12.2012 neu ernannten beihilfeberechtigten Beamten werden bei Pflegebedürftigkeit den Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz gleichgestellt, die bereits vor dem 31.12.2012 beihilfeberechtigt waren. Beihilfeberechtigte ohne oder mit einem berücksichtigungsfähigen Kind erhalten Beihilfe in Höhe von 50 % der beihilfefähigen Pflegeleistungen. Beihilfeberechtigte mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern erhalten Beihilfe in Höhe von 70 % der beihilfefähigen Pflegeleistungen; der Bemessungssatz von 70 % gilt auch für pflegebedingte Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Werden diese beihilfeberechtigten Beamten zu Versorgungsempfängern betragt auch bei ihnen selbst der Bemessungssatz der beihilfefähigen Pflegeleistungen 70 %.

Die Änderungen zu den Nummer 1 bis 10 wirken sich auf die Aufwendungen aus, die nach Inkrafttreten der Änderungsverordnung entstanden sind; auf die Rechnungsstellung kommt es dabei - mit Ausnahme bei Arzneimitteln - nicht an.

Diese Mitteilung dient der allgemeinen Information und begründet keine Rechtsansprüche.

Ihr
Landesamt für Besoldung
und Versorgung Baden-
Württemberg

Fellbach im Januar 2014“

*(Quelle: LBV-Homepage
Vom 20.1.2014 „Aktuelles“)*

Anmerkungen zu den vorstehenden Informationen des LBV

Zu Nr. 1: Ambulante Heilkuren

Da solche Aufwendungen bei Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Angehörigen künftig nicht mehr beihilfefähig sind, kommen hierfür ersatzweise in Betracht:

- Ärztlich verordnete Heilbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Bäder, Massagen usw.) sowohl am Wohnort oder in dessen näherer Umgebung als auch in als beihilferechtlich anerkannten Kurorten im Ausland (z.B. Abano Terme, Ischia, Galzignano und Montegrotto in Italien) (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 BVO). Beihilfefähig sind in diesen Fällen nur die Aufwendungen für die vorgenannten Heilbehandlungen („Anwendungen“) und für das ärztliche Honorar,
- stationäre Kuren in Reha-Einrichtungen, wobei die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung allerdings nur in Höhe von 26 Euro pro Tag beihilfefähig sind (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 BVO) und
- stationäre Behandlungen in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Erfordernis: amtsärztliches Gutachten. Unterkunft, Verpflegung und ärztlich verordnete Heilbehandlungen sind nur bis zur Höhe des Tagessatzes für Sozialversicherte beihilfefähig.

Zu Nr. 3: Auslandsaufwendungen

Dieser Abschnitt regelt ausschließlich die Notfallversorgung im Ausland, bei der eine Vergleichsberechnung nicht notwendig ist. Auch bei sonstigen ambulanten Behandlungen und stationären Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern in Staaten der Europäischen Union (EU) ist regelmäßig ein Vergleich mit den Inlandskosten nicht durchzuführen.

Zu Nr. 5: Beihilfe zum Todesfall

- Aufwendungen, die bis zum Tod des Beihilfeberechtigten entstanden sind (Arztrechnungen, Rezepte usw.):

Hierbei ist zwingend

- ein Erbschein oder
- eine vom Nachlassgericht beglaubigte Kopie des vom Nachlassgericht eröffneten Testaments oder Erbvertrags - zusammen mit dem Eröffnungsprotokoll - dem Beihilfeantrag beizufügen. In diesem Fall sind Rechnungsduplikate oder Rechnerkopien ausreichend.

- Aufwendungen, die aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstanden sind (Bestattungskosten)

Es sind (nur) Originalbelege vorzulegen, die die Beihilfestelle wieder zurücksendet.

Zu Nr. 6: Familien- und Haushaltshilfe

Hierbei entstehende Aufwendungen sind bei unseren Mitgliedern insofern regelmäßig nicht beihilfefähig, als im Haushalt mindestens ein Kind vorhanden sein muss, welches das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Zu Nr. 7: Beihilfe zu Fahrkosten (Taxi)

In Nr. 7 sind im Hinblick auf beihilfefähige Taxikosten im Nahbereich auch Fahrten zu Behandlern genannt worden, „bei denen eine Grunderkrankung nach einem vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine vergleichbar hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist.“ Hierunter sind Krankheitsfälle körperlicher oder psychischer Art zu verstehen, die mindestens wöchentlich eine Behandlung über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr notwendig machen. Auch psychotherapeutische Behandlungen können unter diese Regelung fallen. Das Vorliegen der genannten zeitlichen Voraussetzungen ist in der Notwendigkeitsbescheinigung des Behandlers zum Ausdruck zu bringen.

Zu Nr. 9 Beihilfe zur Fahrkosten bei Behandlung in einer Privatklinik

Der höchstbeihilfefähige Betrag hinsichtlich der Fahrkosten nach Maßgabe des § 10 a Nr. 4 BVO beläuft sich auf 120 € für die einfache Entfernung, somit auf 240 € für die Hin- und Rückfahrt.