Zehnte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

(Stand: April 2024)

Die Zehnte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) wurde am 13. März 2024 im Bundesgesetzblatt verkündet (Teil I Nr. 92). Die Änderungen treten überwiegend am 1. April 2024 in Kraft.

1. Worum geht es in der Zehnten Änderungsverordnung?

Mit der 10. Änderungsverordnung erfolgen wichtige Neuerungen und Konkretisierungen zur Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen und damit zur Geltendmachung von Beihilfeleistungen.

Hervorzuheben sind etliche Verfahrenserleichterungen, wie dem Wegfall der bisherigen Befristung bei wiederkehrenden Zahlungen für Aufwendungen in Pflegefällen, der Verlängerung der Antragsfrist von einem Jahr auf drei Jahre sowie dem Wegfall des Gutachterverfahrens im Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen.

Daneben werden Regelungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung wirkungsgleich bzw. in Anlehnung an diese in die BBhV übertragen. Dazu gehören gesonderte Anspruchsgrundlagen für digitale Gesundheitsanwendungen, die Übergangspflege im Krankenhaus und die außerklinische Intensivpflege.

2. Was sind die wesentlichen Änderungen ab dem 1. April 2024?

a) Verlängerung der Antragsfrist (§ 54 Abs. 1 BBhV)

Die Antragsfrist von einem Jahr für die Gewährung von Beihilfe wird auf drei Jahre verlängert. Maßgeblich sind weiterhin das Rechnungsdatum und das Eingangsdatum der Rechnungsbelege bei der Beihilfestelle.

Die Neuregelung gilt in den laufenden Beihilfeverfahren für alle noch nicht bestandskräftig entschiedenen Beihilfeanträge.

b) Vorlage von Wahlleistungsvereinbarungen (§ 51 Abs. 3 BBhV)

Die generelle Verpflichtung zur Vorlage der Wahlleistungsvereinbarungen bei gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen und der Unterkunft während einer Krankenhausbehandlung entfällt und erfolgt nur auf Verlangen der Beihilfestelle.

c) Einheitlicher Höchstbetrag für Wahlleistung Unterkunft in zugelassenen und nicht zugelassenen Krankenhäusern (§ 26 Abs. 1 BBhV und § 26a Abs. 1 BBhV)

Für die Wahlleistung Unterkunft in zugelassenen Krankenhäusern und in Privatkliniken gilt ein pauschaler täglicher Höchstsatz. Aufgrund unübersichtlicher Ausstattungs- und Variantenvielfalt von Zweibett-Unterkünften in Krankenhäusern war bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung nicht absehbar, welche Kosten von der Beihilfe erstattet werden.

Als Basis gilt künftig der tägliche Durchschnittsbetrag für ein Zweibettzimmer in Deutschland. Dies ergibt einen Höchstbetrag von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors. Der bisherige Abzugsbetrag von 14,50 Euro entfällt. Eine Differenzierung zwischen Einbett- und Zweibettzimmer findet nicht statt.
Der neue Höchstbetrag ist durch die jährliche Anpassung des Basisfallwerts dynamisiert. Die Anpassung erfolgt regelmäßig zum 1. April eines Jahres. Der Betrag wird im gesonderten Merkblatt Krankenhaus und im Internet kommuniziert.

Aktuell (bis zum 31. März 2024) würde ein täglicher beihilfefähiger Höchstbetrag von 49,21 Euro für die Wahlleistung Unterkunft gelten.

d) Übergangspflege im Krankenhaus (§ 26b BBhV)

Wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder andere Pflegeleistungen nicht erbracht werden können, sind Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, für zehn Tage beihilfefähig.
Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft im Rahmen der Übergangspflege.

e) Verweis auf Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie zu Medizinprodukten (§ 22 Abs. 1 BBhV)

Die bisherige Anlage 4 zu § 22 Abs. 1 BBhV entfällt, da neu hinzugekommene Medizinprodukte nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zur Anpassung der BBhV zunächst nicht beihilfefähig waren.

Durch den direkten Verweis auf die jeweils gültige Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gilt immer wirkungsgleich der aktuelle Stand.

f) Verweis auf Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie zu nicht beihilfefähigen Lifestyle Arzneimitteln (§ 22 Abs. 2 BBhV)

Die bisherige Anlage 5 zu § 22 Abs. 2 Nr. 1 BBhV zu nicht beihilfefähigen Arzneimitteln, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen, nahm bisher zeitversetzt auf die Regelung der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Bezug.

Aufgrund des direkten Verweises auf Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie entfällt Anlage 5 der BBhV.

g) Verweis auf Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie zu nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel (§ 22 Abs. 2 BBhV)

Neu hinzugekommene Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, waren zunächst bei Ausnahmetatbeständen nicht beihilfefähig, bis das Beihilferecht wieder aktualisiert worden ist.

Statt der gesonderten Regelung in Anlage 6 zu § 22 Abs. 2 Nr. 3 Buchst. c) BBhV erfolgt ein direkter Verweis auf Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Beihilfefähigkeit von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

h) Eigenbehalte für nicht verfügbare Arzneimittel (§ 49 Abs. 1 BBhV)

Erfolgt in der Apotheke auf Grund Nichtverfügbarkeit eines Arzneimittels ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen einer geringeren Packungsgröße, weil es innerhalb angemessener Zeit nicht beschafft werden kann, so mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen nur einmalig um einen Eigenbehalt auf der Grundlage der Packungsgröße, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung.

i) Modifizierte Eigenblutbehandlung (Anlage 1 zu § 6 Abs. 4 BBhV)

Beihilfefähig sind Aufwendungen für eine modifizierte Eigenblutbehandlung im Bereich der Zahnheilkunde für die Behandlung mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und plättchenreiches Fibrin (PRF) nach Extraktion eines Zahnes oder mehrerer Zähne sowie im Bereich der Augenheilkunde für die Behandlung mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff bei einer trockenen Glandulae tarsales.

j) Anpassung des Heilmittelverzeichnisses (Anlage 9 zu § 23 Abs. 1 BBhV)

Die beihilferechtlichen Höchstbeträge für Heilmittel in den Bereichen Physiotherapie, Podologie und Ernährungstherapie werden an die jeweiligen Höchstpreise im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst.

k) Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen (§ 36 Abs. 1 BBhV)

Bei voranerkennungspflichtigen stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit entfällt das obligatorische Gutachterverfahren.

Die Voranerkennung erfolgt stattdessen aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung zur medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme. Nur in Ausnahmefällen wird die Beihilfestelle ein Gutachten beauftragen, etwa bei wiederholter Rehabilitationsmaßnahme innerhalb von vier Jahren.
Bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie ist die Bescheinigung zur Notwendigkeit auch durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten möglich.

l) Versorgung einer pflegebedürftigen Person bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 38c Abs. 2 BBhV)

Um den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen für Pflegepersonen zu stärken, haben pflegebedürftige Personen ab dem 1. Juli 2024 entsprechend § 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson in Anspruch genommen werden.

m) Wiederkehrende Zahlungen zu Aufwendungen in Pflegefällen (§ 51 Abs. 2 BBhV)

Die bisherige Befristung der wiederkehrenden Zahlungen zu pflegebedingten Aufwendungen von maximal 12 Monaten entfällt und ist damit ohne regelmäßige Antragstellung unbefristet möglich. Voraussetzung ist, dass die Aufwendungen in gleichbleibender Höhe anfallen.

Die Beihilfe kann daher zur Pauschalbeihilfe zum häuslichen Pflegegeld sowie bei anerkanntem Hausnotruf und pauschalem Bedarf für Pflegeverbrauchshilfsmittel monatlich wiederkehrend gezahlt werden. Das Vorliegen der Voraussetzungen wird regelmäßig geprüft, etwa durch den Nachweis für Beratungsbesuche.

Bei vollstationärer Pflege ist eine wiederkehrende Zahlung durch die Abhängigkeit der zustehenden Beihilfe von den Einnahmen und dem selbst zu tragenden Eigenanteil weiterhin für maximal 12 Monate im Kalenderjahr möglich.

n) Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (§ 27 Abs. 2 BBhV)

Die ambulant erbrachte psychiatrische häusliche Krankenpflege kann neben entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten auch von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten verordnet werden.

o) Außerklinische Intensivpflege (§ 27a BBhV)

Aufwendungen für eine außerklinische Intensivpflege sind beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, die eine ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert. Der besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege wird durch eine ärztliche Verordnung oder die Feststellung durch eine gesetzliche oder private Krankenversicherung nachgewiesen.

Beihilfefähig sind die Kosten auch dann, wenn die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgt.

p) Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 25a BBhV)

Aufwendungen für Digitale Gesundheitsanwendungen sind nach dem neuen § 25a BBhV beihilfefähig, wenn diese von einer Ärztin, einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten verordnet worden sind.

Beihilfefähig sind die im Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgeführten digitalen Gesundheitsanwendungen bis zu den Kosten für die Standardversion.

q) Digitale Pflegeanwendungen (§ 38g Abs. 2 BBhV)

Beihilfefähig sind Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen (DiPA) bei häuslicher Pflege entsprechend § 40a SGB XI unter der Voraussetzung, dass die Notwendigkeit der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen durch die private oder soziale Pflegeversicherung anerkannt wurde.

Beihilfefähig sind zudem ergänzende Unterstützungsleistungen durch einen Pflegedienst bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen. Insgesamt sind die Aufwendungen zusammen bis zur Höhe von monatlich 50 Euro beihilfefähig.

r) Aufwendungen für Geräte bei Nutzung telemedizinischer Leistungen (§ 6 Abs. 4 BBhV)

Aufwendungen für telemedizinische Leistungen (z. B. Videosprechstunden) sind grundsätzlich beihilfefähig, da die BBhV diese nicht ausschließt. Nicht beihilfefähig sind hingegen Kosten für die Beschaffung und den Betrieb haushaltsüblicher Kommunikationsmittel (z. B. Internetanschluss, Smartphone oder Laptop), da diese regelmäßig nicht nur auf die Nutzung der telemedizinischen Maßnahme ausgelegt sind und zur allgemeinen Lebensführung gehören.

Medizinisch-technische Geräte zur Fernkontrolle (z. B.

Transmitter zur Übertragung von Daten implantierter Medizinprodukte) sind von dieser Regelung nicht umfasst.

s) Beihilfefähige Hilfsmittel (Anlage 11 zu § 25 Abs. 1 und 4 BBhV)

Nach ärztlicher Verordnung sind Aufwendungen für ein Blutdruckmessgerät, Farberkennungsgerät und ein Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe beihilfefähig.

t) Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (§ 18 Abs. 2 BBhV)

Aufwendungen für eine Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung als niederschwelliger Zugang zu einem psychotherapeutischen Behandlungsangebot sind als neue Behandlungsform je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig.

u) Behandlungsumfang ambulanter psychotherapeutischer Leistungen (§§ 18, 18a BBhV)

Es wird klargestellt, dass eine Gruppenbehandlung unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl auch mit einer Behandlungsdauer von 50 Minuten durchgeführt werden kann.
Die beihilfefähigen Leistungen bei einer psychotherapeutischen Behandlung von Personen vor Vollendung des 21. Lebensjahres und Menschen mit geistiger Behinderung wurden neu gefasst:

» Beihilfefähig sind zwei zusätzliche probatorische Sitzungen.
» Unter Einbeziehung von Bezugspersonen sind bei Gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung zusätzlich 100 Minuten, bei einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sechs zusätzliche Sitzungen und bei einer Kurzzeittherapie sechs zusätzliche Sitzungen beihilfefähig.

v) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe (§ 28 Abs. 1 BBhV)

Der Bezugswert und der Faktor zur Berechnung des beihilfefähigen Höchstbetrags für eine Familien- und Haushaltshilfe ändern sich. Die Aufwendungen sind künftig bis zur Höhe des 1,17-fachen Betrages des Mindestlohns beihilfefähig. Ab 1. April 2024 gilt damit ein Betrag von bis zu 15 Euro pro Stunde.

w) Fahrtkosten bei Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 34 Abs. 5 BBhV)

Bei Hin- und Rückfahrt zu ambulanten Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sind die Kosten für Fahrten, die durch die Rehabilitationseinrichtung selbst oder durch einem von diesem beauftragten Dienstleister durchgeführt werden, bis zu 10 Euro pro Behandlungstag beihilfefähig.

x) Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko (§ 41 Abs. 3 BBhV)

Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis dritten Grades beruht.

Beihilfefähig sind nach Maßgabe der Anlage 14 Aufwendungen für Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung, genetische Untersuchung, intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen.

y) Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko (§ 41 Abs. 4 BBhV)

Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen beihilfefähig, wenn die erbliche Belastung auf einem Verwandtschaftsverhältnis ersten bis zweiten Grades beruht.
Beihilfefähig sind nach Maßgabe der Anlage 15 Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebsdiagnostik, genetische Analyse (Untersuchung auf Keimmutation), Früherkennungsmaßnahmen.

z) Kryokonservierung (§ 43 Abs. 7 BBhV)

Aufwendungen für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sind ohne Zustimmung der obersten Dienstbehörde beihilfefähig, wenn diese wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu

können. Die Aufwendungen für eine Kryokonservierung können jedoch höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung als beihilfefähig anerkannt werden.

3. Welche Änderungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft?

a) Bezugszeitpunkt der Einnahmen bei vollstationärer Pflege (§ 39 Abs. 3 BBhV)

Für die Berechnung der einkommensabhängigen Mehrleistung bei vollstationärer Pflege ist nicht mehr der Zeitpunkt der Antragstellung maßgeblich, sondern die im Kalenderjahr vor dem Entstehen der pflegebedingten Aufwendungen erzielten Einnahmen.
Betrachtet werden damit die durchschnittlichen Einnahmen des Vorjahres zum jeweils abzurechnenden Pflegemonat.

b) Berücksichtigung der Einkünfte der beihilfeberechtigten Person aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit (§ 39 Abs. 3 BBhV)

Neben den Dienstbezügen oder Versorgungsbezügen der beihilfeberechtigten Person sowie deren Altersrenten sind auch etwaige Einkünfte aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit nach § 2 Abs. 2 Einkommensteuergesetz für die Mehrleistung bei vollstationärer Pflege zu berücksichtigen. Bei Einkünften aus selbständiger Arbeit ist dies damit der Gewinn und bei Einkünften aus nicht selbständiger Arbeit der Überschuss der Einnahmen über den Werbungskosten.

Durch den Verweis in § 50 Abs. 1 BBhV sind die Einkünfte aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit ebenfalls bei der Ermittlung der Belastungsgrenze anzusetzen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen zu unseren Sprechzeiten unter 0391 62570-699 gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Beihilfeumlagekasse
beim Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt

Allgemeiner Hinweis: Aufbau und Inhalt des Merkblattes orientiert sich an den einschlägigen Merkblättern und veröffentlichten Informationen des Bundesverwaltungsamtes [BVA-Merkblätter (bund.de)] unter Berücksichtigung der in Sachsen-Anhalt einschlägigen landesrechtlichen Regelungen.