

Die Beihilfekasse informiert

03.2013

Ausgabe 1/2013

Liebe Kundinnen und Kunden,

mit Inkrafttreten der zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW (BVO NRW) vom 09. Dezember 2012 und dritten Verordnung zur Änderung der BVO NRW vom 06. Januar 2013 sowie des Runderlasses des Finanzministeriums vom 16. November 2012 zum zahnärztlichen Gebührenrecht haben sich einige Änderungen im Beihilfenrecht ergeben.

Über die wesentlichen Aspekte informieren wir Sie nachfolgend:

I. **Änderung der BVO NRW zum 01. Januar 2013**

Die nachstehenden Ausführungen gelten für Aufwendungen, die im Wesentlichen nach dem 31. Dezember 2012 entstanden sind. Die Änderungen und Leistungsverbesserungen im Bereich der Pflegebeihilfen greifen teilweise bereits zum 30.10.2012.

1. Früherkennungsuntersuchungen

Die Beihilfefähigkeit von Früherkennungsuntersuchungen richtet sich nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 BVO NRW. In diese Regelung wurden nun - neben den bisherigen Untersuchungen - noch folgende Früherkennungsuntersuchungen aufgenommen:

- Jugendgesundheitsuntersuchungen
 - zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr
 - zwischen dem vollendeten 16. und vor Vollendung des 18. Lebensjahres
- Mammographie-Screening
 - ab dem 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres
- Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen
 - ab dem 50. Lebensjahr.

2. Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind beihilfefähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert - Koch - Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden. Darüber hinaus sind Grippeschutzimpfungen, Impfungen für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) sowie Impfungen, die in Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise stehen, beihilfefähig.

Impfungen gegen Rotaviren sind bislang nicht von der STIKO empfohlen und daher von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

3. Implantate

Der Indikationskatalog zur Anerkennung von Implantaten nach § 4 Absatz 2 b) BVO NRW ist zum 01.01.2013 dahingehend ergänzt worden, dass Aufwendungen für eine Freiendücke als beihilfefähig anerkannt werden können, sofern zumindest die Zähne 6, 7 und 8 fehlen.

In den Fällen, in denen keine Indikation zur Anerkennung des Implantates vorliegen, sind nunmehr bis zu 500 Euro je Implantat beihilfefähig. Diese Pauschale ist wie bisher auf maximal 8 Implantate (2 je Kieferhälfte) begrenzt.

Bei Reparaturen eines Implantates wurde die einheitliche Pauschale auf 300,- € je Implantat angehoben. Bereits vorher durch Implantate ersetzte Zähne, für die eine Beihilfe gewährt wurde, werden auf die Gesamtzahl angerechnet.

4. Neuropsychologische Therapie

Der neu eingefügte § 4 e BVO NRW regelt die Beihilfefähigkeit einer neuropsychologischen Therapie. Im Rahmen der Behandlung von akut erworbenen Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen (hirnorganischen Störungen), insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma sind die Aufwendungen grundsätzlich beihilfefähig, sofern sie von den entsprechenden Fachärzten erbracht werden.

5. Pflegebeihilfen

Aufgrund des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG) vom 23.10.2012 haben sich zum 30.10.2012 beziehungsweise 01.01.2013 Leistungsverbeserungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung ergeben, die sich auch auf das Beihilfenrecht auswirken und im Folgenden kurz dargestellt sind.

Allgemein beachten Sie bitte, dass die Feststellung der Pflegestufe und der zuerkannten Pflegeleistung durch die jeweilige private Pflegeversicherung beziehungsweise gesetzliche Pflegekasse erfolgt. Sofern Sie Pflegeleistungen bei uns geltend machen, reichen Sie bitte die Entscheidung Ihrer Pflegeversicherung beziehungsweise Pflegekasse (Leistungsbescheid) mit ein.

5.1 Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Personen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) die Voraussetzungen der **Pflegestufe 0** erfüllen, können ab dem 01.01.2013 Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege erhalten. Für diese Pflegebedürftigen können derzeit bis zu 225 Euro [bei Pflege durch geeignete Pflegekräfte, (Pflegedienst)] beziehungsweise bis zu 120 Euro [bei Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (zum Beispiel Ehegatten, Kinder)] monatlich als Beihilfe gezahlt werden.

Darüber hinaus können Beihilfen zu Aufwendungen im Zusammenhang mit einer sogenannten Kombipflege (bei Pflege durch Pflegedienst und geeignete Pflegekräfte) oder Verhinderungspflege (Ersatzpflege durch Pflegedienst), Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gewährt werden. Zusätzliche Leistungsansprüche im Rahmen einer Kurzzeitpflege und teilstationären Pflege bestehen dagegen nicht.

Für Pflegebedürftige der **Pflegestufen I und II** mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöhen sich die beihilfefähigen Pauschalbeträge im Rahmen der häuslichen Pflege zum 01.01.2013 wie folgt

- **Pflegestufe I**
um 215 Euro auf 665 Euro (bei Pflege durch geeignete Berufspflegekräfte) beziehungsweise um 70 Euro auf 305 Euro (bei Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen);
- **Pflegestufe II**
um 150 Euro auf 1.250 Euro (bei Pflege durch geeignete Berufspflegekräfte) beziehungsweise um 85 Euro auf 525 Euro (bei Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen).

5.2 Fortzahlung des Pflegegeldes bei Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege

Während einer Kurzzeitpflege oder einer Verhinderungspflege wird das Pflegegeld für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zur Hälfte fortgezahlt, sofern die Aufwendungen ab dem 30.10.2012 entstanden sind.

5.3 Anhebung der Altersgrenze in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Für Menschen mit Behinderungen, die im Rahmen einer Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Behindertenhilfe gepflegt werden, besteht ein Anspruch auf Beihilfe bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (bisher 18. Lebensjahr).

5.4 Ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige (Pflegestufe I, II oder III) in ambulanten Wohngruppen (gemeinsame Wohnung von mindestens drei Pflegebedürftigen mit häuslicher pflegerischer Versorgung) haben Anspruch auf Zahlung eines Wohngruppenzuschlages in Höhe von 200 Euro monatlich. Die Leistung wird pauschal und ohne Kostennachweis gewährt, sofern die Pflegeversicherung Leistungen erbringt. Der Anspruch auf häusliche Pflegeleistungen bleibt hiervon unberührt, das heißt der Wohngruppenzuschlag wird zusätzlich gezahlt.

Bei Gründung einer entsprechenden Wohngemeinschaft kann die pflegebedürftige Person zudem einen einmaligen Förderbetrag von maximal bis zu 2.500 Euro erhalten. Der Förderhöchstbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Pflegebedürftigen anteilig aufgeteilt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sind zusätzlich pro Person maximal 2.557 Euro (Höchstbetrag pro Wohngruppe: 10.228 Euro; Pflegeversicherung / Pflegekasse hat der Maßnahme zugestimmt) beihilfefähig.

Die vorstehenden Leistungen werden für Aufwendungen gewährt, sofern sie ab dem 30.10.2012 entstanden sind.

5.5 Beihilfefähigkeit von Vergütungszuschlägen

Die von stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichen Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge sind nunmehr auch beihilfefähig, wenn diese von Einrichtungen der teilstationären Pflege (Tagespflege und Nachtpflege) erhoben werden. Bisher war die Beihilfefähigkeit hier auf den vollstationären Bereich beschränkt.

5.6 Investitionskosten

Investitionskosten, die im Rahmen pflegebedingter Leistungen nach dem 31.12.2012 berechnet werden, **können** bei der Beihilfenfestsetzung **nicht mehr berücksichtigt werden**. Grundsätzlich besteht auch für Beihilfeberechtigte ein Anspruch auf Pflegewohngeld. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an die Verwaltungsabteilung der Pflegeeinrichtung.

5.7 Rehabilitationsempfehlung bei Prüfung der Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit kann der Gutachter der Pflegekasse eine Rehabilitationsempfehlung aussprechen, sofern dadurch die Pflegebedürftigkeit gemildert oder beseitigt werden kann. In diesem Falle können Beihilfen für eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme beantragt werden. Im Vorfeld reichen Sie in diesem Falle bitte die Mitteilung der Pflegeversicherung beziehungsweise Pflegekasse zwecks Bewilligung der Maßnahme bei uns ein.

5.8 Behandlungspflege für Tarifbeschäftigte

Aktive Tarifbeschäftigte, die vor dem 01.01.1999 eingestellt worden sind, erhalten in Geburtsfällen und Krankheitsfällen Beihilfen im Rahmen der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen an Tarifbeschäftigte (BVOTb NRW).

Im Rahmen dieses Informationsblattes möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass **bereits zum 01.01.2012** der Verordnungsgeber (Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen) die **Behandlungspflege für Tarifbeschäftigte im Pflegefall von der Beihilfe ausgeschlossen** hat. Für ehemalige Tarifbeschäftigte, die auf Basis des Ratsbeschlusses vom 30.04.1964, in der Fassung vom 19.12.2002, Beihilfen nach Maßgabe der BVO Tb NRW erhalten, gilt dieser Leistungsausschluss entsprechend. Für diese Art der Aufwendungen kann eine Versorgungslücke in Höhe des Beihilfemessungssatzes eintreten, sofern die private Krankenversicherung keinen Ergänzungstarif anbietet.

6. Rehabilitation

6.1 Familienorientierte Rehabilitation

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Familientherapie sind nach § 6 b BVO NRW grundsätzlich für höchstens 23 Tage einschließlich der Reisetage beihilfefähig, wenn ein Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr an einer schweren chronischen Erkrankung (Krebserkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation) leidet.

6.2 Sozialmedizinische Nachsorge

Unter den Maßgaben des § 6 c BVO NRW sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronischkranke oder schwerst-kranke Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (in Einzelfällen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) beihilfefähig, sofern dadurch die stationäre Maßnahme verkürzt oder die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung gesichert wird.

Die Aufwendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie von der Ortskrankenkasse am Wohnort des Beihilfeberechtigten mit dem Leistungserbringer vereinbart sind.

6.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining

Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport beziehungsweise ärztlich verordnetes Funktionstraining sind unter den folgenden, in § 6 d BVO NRW genannten Voraussetzungen, beihilfefähig

1. zur Vorbeugung einer Behinderung
2. zum Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme / Körperteile oder
3. im Anschluss an eine abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme nach §§ 6, 6 a oder 7 Absatz 4,

sofern die Maßnahmen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung durchgeführt werden.

Nach wie vor sind ausschließlich die in der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger der Sozialversicherung über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01. Januar 2011 (in der jeweils geltenden Fassung) genannten Maßnahmen und nur Gebühren beihilfefähig, die der Veranstalter für gesetzlich versicherte Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den Rehabilitationsträgern vereinbart hat.

II. Runderlass des Finanzministeriums zum zahnärztlichen Gebührenrecht vom 16.11.2012

Durch den Runderlass des Finanzministeriums vom 16.11.2012 (B 3100 - 3.1.6.2.A – IV A 4), der Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht enthält, wurde die Beihilfefähigkeit von erbrachten und abgerechneten zahnärztlichen Leistungen eingeschränkt. Die Stadt Köln macht sich diesen Runderlass bei der Auslegung der Gebührenordnung für Zahnärzte zu eigen. Aufgrund der umfangreichen Regelungen kann hier nur beispielhaft auf den Runderlass eingegangen werden. Der Runderlass wurde im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen (Ausgabe 2012, Nummer 29 vom 05.12.2012, Seite 697 bis 710) veröffentlicht und ist im Internet unter www.stadt-koeln.de/beihilfe/Download sowie im Intranet unter Personal – Beihilfe – Rechtsgrundlagen abrufbar.

Material für Provisorien / Praxiskosten

Die Kosten für die labortechnische Herstellung provisorischer Kronen und Brücken sind mit Ausnahme von Langzeitprovisorien nach den Nummern 7080 und 7090 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit den Gebühren abgegolten und daher nicht beihilfefähig. Die Kosten für die Langzeitprovisorien sind beihilfefähig, soweit eine Tragedauer von mindestens drei Monaten vorliegt.

Darüber hinaus sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für die Lagerhaltung abgegolten, sofern im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Nicht berechnungsfähig sind somit unter anderem auch die Kosten für Einmalartikel, Bohrer (anders bei Implantaten), Füllungsmaterial (am Patienten verwendetes plastisches Material), Mulltupfer, Nahtmaterial (außer atraumatisches Nahtmaterial), Wurzelkanalinstrumente (außer einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente), usw.

III. Allgemeine Hinweise

1. Internetauftritt der Beihilfekasse

Ab sofort ist die Beihilfekasse auch im Internet zu finden. Hier können Sie von zu Hause und unterwegs Antragsformulare, Vordrucke und Informationen rund um das Thema Beihilfe abrufen. Ebenso informieren wir Sie dort aktuell über unseren Bearbeitungsstand.

Besuchen Sie uns unter <http://www.stadt-koeln.de/beihilfe>.

2. Hinweise zum Antragsverfahren

Mit Infobrief 02/2012 vom 06.06.2012 haben wir Sie über die Umstellung der Beihilfekasse auf ein neues Abrechnungsverfahren informiert. Seither richten Sie Ihre Beihilfeanträge und sonstigen Schriftverkehr an die

Zentrale Scanstelle Beihilfe, 32746 Detmold.

Sofern Sie Ihren Schriftverkehr über die Rathauspost nach Detmold senden, achten Sie bitte darauf, dass Sie diese in einen verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „Zentrale Scanstelle Beihilfe – 32746 Detmold“ auf den internen Postweg geben. Irrläufer und eine verzögerte Bearbeitung lassen sich so vermeiden.

Für die Belegabrechnung verwenden Sie bitte die Ihnen bekannten Antragsvordrucke (Kurzantrag oder Langantrag). Hinweise zum Antragsverfahren finden Sie im Anhang.

3. Neues Formular zur Einreichung von Unterlagen et cetera

Im Rahmen der Serviceoptimierung wurde ein neuer landeseinheitlicher Vordruck entwickelt, den Sie für sonstigen Schriftverkehr mit Ihrer Beihilfestelle verwenden können. Wünschen Sie zum Beispiel ein Kostenanerkenntnis aus Anlass einer anstehenden Zahnbehandlung, möchten Sie eine stationäre Rehamaßnahme beantragen oder eine Unfallschilderung einreichen, so können Sie ab sofort den beigefügten Vordruck als Deckblatt verwenden. Bei vollständig ausgefülltem Vordruck stellen Sie die Maschinenlesbarkeit in der zentralen Scanstelle und damit eine klare Zuordnung sicher.

Sollten Sie noch Rückfragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beihilfekasse gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Beihilfekasse

Impressum:

Stadt Köln, Beihilfekasse (1100/3)
Der Geschäftsführer
Jakordenstr. 18 -20, 50668 Köln
Fax: 02 21 / 2 21 - 6 56 92 20
Email: beihilfe@stadt-koeln.de
Redaktion: Birgitt Paffrath und Daniel Esch
V. i. S. d. P.: Thomas Blaeser

Allgemeine Hinweise zum Antragsverfahren

ANHANG

Bitte beachten Sie nachstehende Hinweise im Rahmen der Antragstellung und bei sonstigem Schriftverkehr mit der Beihilfekasse der Stadt Köln:

1. Anschrift

Bitte richten Sie alle Anträge, Belege und sonstigen Schriftverkehr an die

Zentrale Scanstelle Beihilfe, 32746 Detmold.

An die Anschrift der Beihilfekasse der Stadt Köln adressierte Anträge und Schriftverkehrsvorgänge werden hier ungeöffnet gesammelt und an die Zentrale Scanstelle weitergeleitet. Dies führt zu einer leicht zeitverzögerten Bearbeitung, da die Bearbeitung grundsätzlich erst nach dem Einscannen in Detmold erfolgen kann.

2. Antragsformulare

Für Ihre Antragsstellung benutzen Sie bitte ausschließlich die Ihnen von der Beihilfekasse zur Verfügung gestellten Antragsvordrucke, da nur so eine Lesbarkeit Ihrer Unterlagen sichergestellt werden kann.

3. Sonstiger Schriftverkehr

Schriftverkehr, der sich nicht auf die Belegabrechnung bezieht, wie zum Beispiel

- die Einwendung (Widerspruch) zu einem Beihilfebescheid;
- die Anfrage nach einem Kostenanerkenntnis aus Anlass zum Beispiel einer Rehabilitationsmaßnahme, einer kieferorthopädischen Behandlung oder einer Implantatversorgung;
- die Vorlage angeforderter und oder ergänzender Unterlagen (zum Beispiel Versicherungsnachweis, Vollmacht, Rentenbescheid et cetera);
- sonstige Mitteilungen Ihrerseits;

ist ebenfalls an die Scanstelle in Detmold zu richten. Für die Einreichung entsprechender Vorgänge steht Ihnen ein gesondertes Formular als allgemeines Anschreiben hierfür zur Verfügung.

4. Nichtscanbare Unterlagen

Unterlagen, die nicht scanbar sind, zum Beispiel Röntgenbilder, Gebissabdrücke, CD's et cetera werden von der Zentralen Scanstelle an die Beihilfekasse weitergeleitet.

5. Keine Rücksendung von Unterlagen

Ihre Belege werden elektronisch eingelesen und nach Ablauf einer bestimmten Frist vernichtet. Eine Rücksendung Ihrer Unterlagen, Belege et cetera im Rahmen der Beihilfebearbeitung erfolgt nicht mehr! Reichen Sie daher bitte **ausschließlich Kopien** beziehungsweise Zweitexemplare ein. Für die Nachvollziehbarkeit des Beihilfebescheides (zum Beispiel bei Kürzungen) empfiehlt es sich, eine Kopie der eingereichten Belege in Ihren Unterlagen aufzubewahren.

6. Aufbewahrungspflicht entfällt

Die Pflicht, Belege 3 Jahre lang nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren, entfällt mit der Einführung der elektronischen Erfassung.

7. Belegkopien

Kopieren Sie bitte einseitig und stets nur einen Beleg (zum Beispiel Rezept) auf ein Blatt.

8. Kein Heften – Klemmen – Kleben

Fügen Sie Ihre Belege dem Antrag bitte lose bei. Heften, klemmen oder kleben Sie Ihre Belege nicht an den Antrag. Dies führt zu vermeidbaren Aufwendungen und verzögert die Bearbeitungszeit.

9. Beihilfenummer stets angeben

Geben Sie bei jeder Korrespondenz mit der Beihilfekasse bitte immer Ihre korrekte Beihilfenummer an, da diese ein wichtiges Zuordnungskriterium darstellt. Für die aktiven und ehemaligen städtischen Bediensteten beginnt die Beihilfenummer mit einem einheitlichen Gemeindeschlüssel, Ziffer 31500. Ihre Beihilfenummer finden Sie jeweils auf der 1. Seite Ihres Beihilfebescheides sowie auf dem jeweiligen Bescheid beigefügten Kurzantrag aufgedruckt. Ihre Beihilfenummer ist auch auf Ihrer Entgeltabrechnung aufgeführt.

10. Beihilfeanträge von Ehegatten

Ehegatten mit jeweils eigenem Beihilfeanspruch reichen Ihre Beihilfeanträge bitte in separaten Umschlägen ein.

11. ambulante Psychotherapie – besonderes Antragsverfahren

Im Rahmen eines einzuleitenden Gutachterverfahrens betreffend einer ambulanten Psychotherapie ist der Bericht des behandelnden Therapeuten beziehungsweise der behandelnden Therapeutin von diesem beziehungsweise dieser ausschließlich in dem hierzu von der Beihilfekasse zur Verfügung gestellten besonderem Umschlag (orange, gekennzeichnet mit Aufdruck „vertrauliche Arztsache“) an die Scanstelle in Detmold zu senden. Hiermit wird gewährleistet, dass der Bericht ungeöffnet an die Beihilfekasse weitergeleitet wird und dann von hier an den Gutachter, ebenfalls ungeöffnet, übermittelt wird. Nähere Informationen und die erforderlichen Antragsunterlagen erhalten Sie bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beihilfekasse.

12. Keine Briefmarken oder frankierten Rückumschläge beifügen

Bitte fügen Sie den Abrechnungsunterlagen oder Zuschriften weder Briefmarken noch frankierte Rückumschläge bei.