Informationen zur dritten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

Mit der dritten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung, die am 20.09.2012 in Kraft tritt, wird das Beihilferecht an die aktuelle Rechtsprechung und an Veränderungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. Bisher in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift enthaltene Festlegungen werden in die Verordnung selbst überführt.

Insgesamt ergibt sich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige eine Vielzahl von Leistungsverbesserungen.

Eine Einschränkung der bisherigen Leistung erfolgt für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamtinnen und Beamte.

Der bisher nach § 47 Absatz 6 BBhV gewährte erhöhte Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Sachleistungen und Erstattungen der Krankenkassen ergeben, entfällt mit Inkrafttreten der dritten Verordnung zur Änderung der BBhV für neu eingestellte Beamtinnen und Beamte. Für bereits vor Inkrafttreten der Änderung freiwillig versicherte Beamtinnen und Beamte wurde eine fünfjährige Übergangsfrist geschaffen.

1 Die wichtigsten Änderungen im Überblick:

1.1 Schaffung einer Rechtsgrundlage für Pauschalabrechnungen auf der Grundlage von Vereinbarungen, die private Krankenversicherungen oder gesetzliche Krankenkassen mit Leistungserbringer abgeschlossen haben (§ 6 Absatz 3 BBhV)

Um Kostenersparnisse zu erzielen, werden immer mehr Vereinbarungen zwischen den privaten Krankenversicherungen oder den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern geschlossen. Die Abrechnung erfolgt gegenüber den Kostenträgern in pauschaler Form. Mit dieser Regelung können auch Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen diese Form ärztlicher Leistungen nutzen.

1.2 Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen (§ 6 Absatz 3 BBhV)

Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker richtet sich nach den in Anlage 2 genannten Höchstbeträgen. Sie fußen auf einer zwischen den Heilpraktikerverbänden und dem Bundesministerium des Innern geschlossenen Vereinbarung. Eine bundesweit flächendeckende Behandlung durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker innerhalb der Höchstbeträge ist nach Zusage der Heilpraktikerverbände gewährleistet. Werden Heilpraktiker in Anspruch genommen, die höhere Beträge in Rechnung stellen, gelten nur die Aufwendungen bis zur Höhe der in Anlage 2 vereinbarten Beträge als angemessen. Die übersteigenden Beträge sind nicht beihilfefähig.

1.3 Schaffung einer allgemeinen Härtefallregelung (§ 6 Absatz 7 BBhV)

Die Härtefallregelung konkretisiert den Anspruch auf Fürsorge für den Bereich der Beihilfe. Die BBhV ist so ausgestaltet, dass Krankheits- und Pflegekosten typischer-

weise nicht zu einer Gefährdung des amtsangemessenen Lebensunterhalts der Beamtin oder des Beamten und ihrer oder seiner Familie führen. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es allerdings, auch dann eine angemessene Beihilfe zu gewähren, wenn die in der BBhV vorgesehenen Voraussetzungen für die Gewährung einer Beihilfe nicht erfüllt sind, die Versagung einer Beihilfe aufgrund außergewöhnlicher Umstände des Einzelfalls aber eine besondere Härte für den Beamten bedeuten würde. An das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Ein besonderer Härtefall wird nicht bereits dann anzunehmen sein, wenn keine der besonderen Härtefallregelungen (zum Beispiel § 39 Absatz 2, § 47 oder § 50 BBhV) anwendbar ist. Es müssen besondere Umstände hinzukommen, die eine Ausnahme rechtfertigen. Kriterien können sein, dass eine angemessene Selbstvorsorge nicht gewährleistet werden kann oder jemand aus sonstigen Gründen unverschuldet in eine Notlage gerät, in der die Belastung mit Krankheits- oder Pflegekosten den amtsangemessenen Unterhalt der Beamtin oder des Beamten und ihrer oder seiner Familie gefährdet.

1.4 Kostenübernahme von Arbeitsunfähigkeits-/Bescheinigungen für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähige Angehörigen (§§ 8 Abs. 1, 12 und 14 BBhV)

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind mit einem Bemessungssatz von 100 % beihilfefähig. Hintergrund dieser Regelung, die grundsätzlich nur für Beihilfeberechtigte gilt, ist die Tatsache, dass der Dienstherr spätestens ab dem dritten Tag der Dienstunfähigkeit eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden Arztes fordert, die private Krankenversicherung entsprechende Aufwendungen aber nicht erstattet. Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Angehörige sind (zum persönlichen Bemessungssatz) beihilfefähig, wenn diese aus medizinischen Gründen erforderlich sind (zum Beispiel Sportbefreiungen für Kinder).

1.5 Verzicht auf die Bindung des Beihilfeanspruchs an die Beachtung der Pflicht zur Versicherung (§ 10 Absatz 2 BBhV-alt)

Der Nachweis des beihilfeergänzenden Krankenversicherungsschutzes wird nur noch benötigt, um bei der Beihilfefestsetzung sicherzustellen, dass die Summe der Erstattungen die Sachleistungen und Erstattungen nicht übersteigt. Ein Beihilfeanspruch besteht somit auch dann, wenn kein Krankenversicherungsschutz (mehr) besteht.

1.6 Eingeschränkte Leistungen bei vom Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen verursachten Abbruchs einer kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsels des Kieferorthopäden (§ 15 Absatz 2 BBhV)

Bei einem Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden, der allein durch die Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu vertreten ist, werden nur noch die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind. Medizinisch begründete oder durch beruflichen Umzug bedingte Wechsel der Kieferorthopäden liegen nicht in der Verantwortung der Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen und fallen damit nicht unter diese Regelung.

1.7 Gutachten für ambulante psychotherapeutische Maßnahmen (§ 18 BBhV)

Gutachten, die zum Zweck der Bewilligung ambulanter psychotherapeutischer Maßnahmen erstellt werden, werden nicht mehr von Gutachtern der Beihilfe, sondern denen der gesetzlichen Krankenversicherung angefertigt. Für diese gelten die gleichen Datenschutzregelungen wie für die Gut-achter der Beihilfe. Auch in der Vergangenheit waren die meisten Gutachter der Beihilfe auch für die gesetzliche Krankenversicherung tätig.

1.8 Überarbeitung der Regelung zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln (§ 22 BBhV)

Die Neufassung des § 22 passt die Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln an die aktuelle Rechtsprechung und die infolge des Arzneimittelneuordnungsgesetzes geänderte Rechtslage an. Die bisherigen Regelungen wurden dabei weitestgehend übernommen. Alle Ausführungen zur Beihilfefähigkeit, die bisher in den Verwaltungsvorschriften standen, wurden grundsätzlich in die Verordnung übernommen. Die Neuregelung stellt klar, dass der Begriff des Arzneimittels im Beihilferecht dieselbe Bedeutung wie im Arzneimittelrecht hat.

1.9 Überarbeitung der Regelung zur Vergleichsberechnung bei Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz beziehungsweise der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden (§ 26 Absatz 2 BBhV)

Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden, sind nach § 26 Absatz 1 BBhV immer beihilfefähig. § 26 Absatz 2 BBhV regelt ausschließlich die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach anderen Grundlagen abgerechnet werden.
Mit der Neuregelung im Absatz 2 soll eine bessere Einheitlichkeit der Anwendung erreicht werden. Für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen wird künftig die gleiche Berechnungsgrundlage zu Grunde gelegt, unabhängig davon, in welcher Stadt sich das Krankenhaus befindet. Es wird bei der Vergleichsberechnung nicht mehr auf das Krankenhaus der Maximalversorgung abgestellt.
Berechnungsgrundlage ist bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die Multiplikation der Bewertungsrelation der Hauptabteilung (DRG-Fallpauschalenkatalog) mit der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors (§ 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes, so genannter Bundesbasisfallwert). Durch den Ansatz der oberen Grenze des Bundesbasisfallwertes gelten alle sonstigen Zuschläge als mit abgegolten.
In allen anderen Fällen dient als Berechnungsgrundlage die Auswertung der Budgetvereinbarung 2009 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser. Dabei wurden für die Festlegung des beihilfefähigen Höchstbetrages jeweils der Mittelwert des Basispflegesatzes und der Maximalwert des Abteilungspflegesatzes zugrunde gelegt.

Die ergibt für

Volljährige		
vollstationär	Basispflegesatz Mittelwert Bund (64,39 Euro) und Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (229,41 Euro)	= 293,80 Euro
teilstationär	Basispflegesatz Mittelwert Bund (44,59 Euro) und Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (181,04 Euro)	= 225,63 Euro gerundet auf 225,60 Euro
Minderjährige		
vollstationär	Basispflegesatz Mittelwert Bund (64,39 Euro) und Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (314,85 Euro)	= 379,24 Euro gerundet auf 379,20 Euro
teilstationär	Basispflegesatz Mittelwert Bund (44,59 Euro) und Abteilungspflegesatz Maximalwert Bund (242,16 Euro)	= 286,76 Euro gerundet auf 286,80 Euro

1.10 Sicherung des Existenzminimums bei stationärer Pflege (§ 39 Absatz 2 BBhV)

Die gesetzliche und private Pflegeversicherung leisten insbesondere bei der stationären Betreuung in Pflegeheimen lediglich Zuschüsse zu den Aufwendungen. Den überschießenden Betrag müssen die Pflegebedürftigen aus ihren Einkommen bestreiten. Soweit die Einkommen dazu nicht ausreichten, übernahmen in der Regel die Sozialhilfebehörden die Kosten. Mit der Änderung der BBhV wird der Verweis von Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen auf die Sozialhilfe vermieden. Die Neuregelung vermeidet, dass pflegebedürftige Beihilfeberechtigte in unteren Besoldungsgruppen in eine wirtschaftliche Notlage geraten. Die Regelung sieht vor, dass ihnen von ihrem durchschnittlichen monatlichen Einkommen mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der nachstehenden monatlichen Beträge verbleibt. Dazu ist ein gesonderter Antrag zu stellen und das Einkommen nachzuweisen. Die Nummern 1 bis 3 tragen dabei dem unabweisbaren Bedarf für den Lebensunterhalt Rechnung. Die Bemessung ihrer Höhe richtet sich insbesondere nach den Kosten für die Beiträge der die Beihilfe ergänzenden Kranken- und Pflegeversicherung, einer notwendigen Wohnung für nicht pflegebedürftige Angehörige und den all-gemeinen Lebenshaltungskosten. Die moderate soziale Abstufung in Nummer 4 trägt der unterschiedlichen Alimentation Rechnung.

Übersicht über die Beträge nach § 39 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 BBhV

Betrag / Person		
Nr. 1	8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede Beihilfeberechtigte, jeden Beihilfeberechtigten, jede berücksichtigungsfähige Angehörige oder jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen, für die ein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 besteht.	367,54 €
Nr. 2	30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13, für eine Beihilfeberechtigte, einen Beihilfeberechtigten, eine Ehegattin, einen Ehegatten, eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 besteht.	1.378,26 €

Nr. 3	3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 besteht.	173,83 €
Nr. 4	3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten	je nach Besoldungs-gruppe

1.11 Erhöhter Bemessungssatz bei Versorgungsempfängern mit geringem Einkommen (§ 47 Abs. 2 BBhV)

Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit geringem Einkommen, die durch die Krankenversicherungsbeiträge besonders belastet sind, erhalten einen erhöhten Bemessungssatz. Der erhöhte Bemessungssatz konnte bisher immer nur für 2 Jahre bewilligt werden. Nunmehr ist eine Bewilligung jeweils für 3 Jahre möglich. Außerdem ist die Zustimmung des Bundesministeriums des Innern nicht mehr notwendig, es reicht die Zustimmung der jeweiligen obersten Bundesbehörde aus.

1.12 Abschaffung der Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 Prozent bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 47 Absatz 6 BBhV alt und § 58 Absatz 7 BBhV)

Die Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 Prozent bei freiwilligen Mitgliedern in der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt für Neufälle. Dieser Personenkreis erhält eine Beihilfe entsprechend dem persönlichen Beihilfebemessungssatz (50 oder 70 Prozent). Für bereits vor Inkrafttreten der Änderung freiwillig versicherte Beamtinnen und Beamte wurde eine fünfjährige Übergangsfrist geschaffen. Nach diesen fünf Jahren wird Beihilfe für diesen Personenkreis nur noch zum jeweiligen Bemessungssatz der oder des Beihilfeberechtigten gewährt, unabhängig davon, ob die gesetzliche Krankenkasse sich an den Kosten beteiligt hat oder nicht.

1.13 Berücksichtigung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel als allgemeine Härtefallregelung in die Belastungsgrenze (§ 49 Absatz 5 BBhV)

Mit der Regelung werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel als allgemeine Härtefallregelung in die Belastungsgrenze berücksichtigt. Die Härtefallregelung erfolgt gestaffelt nach sozialen Gesichtspunkten. Danach sind nach **Überschreiten der Belastungsgrenze** Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

a)	für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörige	8 Euro
b)	für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörige	12 Euro
c)	für Beihilfeberechtigte höherer Besoldungsgruppen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige	16 Euro

1.14 Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses (Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 BBhV)

Unter anderem bezieht sich bei der Anfertigung orthopädischer Einlagen die Beihilfefähigkeit auch auf eine dafür durchgeführte notwendige Ganganalyse und bei dem Hilfsmittel Orthonyxie-Nagelkorrekturspange auch auf die Anpassungen. Der Höchstbetrag für Hörgeräte, der auf 1 500 € angehoben wurde, gilt nur noch für Personen ab 15 Jahren. Eine darüber hinaus gehende Ausnahmeregelung wurde ebenfalls aufgenommen. Gleichzeitig wird die Tragedauer eines Hörgerätes auf mindestens fünf Jahre festgelegt.