

Erläuterung der wichtigsten beihilferechtlichen Änderungen

Seit 1. Juli 2015 in Kraft: Verbesserungen und Einschränkungen im Beihilferecht

Die Verordnung des Finanz- und Wirtschaftsministeriums (MFW) zur Änderung der Beihilfeverordnung vom 2.6.2015 (GBl. S. 379 ff) ist am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die guten Argumente, mit denen der Seniorenverband ö.D. BW und der BBW Beamtenbund Tariffunion versucht hatten, im Rahmen des Beteiligungsverfahrens eine Entschärfung der in dieser Änderungsverordnung enthaltenen Sparmaßnahmen im Bereich der Sehhilfen zu erreichen, wurden seitens des MFW leider nicht umgesetzt.

Neben redaktionellen Änderungen wurden durch die o.g. Verordnung folgende wichtige Änderungsmaßnahmen getroffen:

Kein amtsärztliches Gutachten mehr bei stationärer Behandlung in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation

Künftig genügt eine begründete Bescheinigung des behandelnden Haus- oder Facharztes über die medizinische Notwendigkeit einer solchen Behandlung. Die Bescheinigung soll vor Beginn der Maßnahme ausgestellt sein. Sie muss die Einrichtung bezeichnen, in der die Behandlung durchzuführen ist sowie die voraussichtliche erforderliche Dauer der Behandlung. Die ärztliche Aussage soll ferner begründen, weshalb stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. Anstelle der genannten formlosen ärztlichen Bescheinigung kann auch der beim Landesamt für Besoldung und Versorgung (LBV) vorgehaltene Vordruck LBV **353** <http://www.lbv.bwl.de/files/uploads/353.pdf> , angefordert werden, um diesen vom behandelnden Arzt ausfüllen zu lassen. Der am Schluss dieses Artikels beigefügte Vordruck LBV 353 kann auch telefonisch oder schriftlich beim LBV angefordert werden. Die ärztliche Bescheinigung ist zu gegebener Zeit zusammen mit den aus der stationären Reha-Behandlung resultierenden Rechnungsbelegen dem Beihilfeantrag beizufügen. Unverändert bedarf es einer vorherigen Anerkennung durch die Beihilfestelle, wenn die Maßnahme 30 Tage oder mehr dauert.

Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und für Suchtbehandlungen

Solche Aufwendungen sind bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung beihilfefähig. Die Beihilfestelle benötigt eine Bescheinigung der Einrichtung über die Höhe des niedrigsten Tagessatzes, die dem Beihilfeantrag zu gegebener Zeit beizufügen wäre. Das LBV hält hierfür den Vordruck LBV **352** vor <http://www.lbv.bwl.de/files/uploads/352.pdf> , der dort auch telefonisch oder schriftlich angefordert werden kann. Der genannte Vordruck ist am Schluss dieses Artikels als Muster beigefügt. Sofern die Einrichtung neben den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege auch die Aufwendungen für die ärztliche Behandlung, für Arzneimittel, für ärztlich verordnete Heilbehandlungen, für Kurtaxe und ärztlichen Schlussbericht zusammen in einem Pauschalbetrag abrechnet, ist diese Tagespauschale bis zu 200 Euro täglich beihilfefähig. Falls die Tagespauschale auch eine Vergütung für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhaltet, sind diese in der Tagespauschale enthaltenen Kostenanteile nicht beihilfefähig. Hierbei handelt es sich insbesondere um Gebühren für Telefon, Fernsehen, Internet, hotelähnliche

Dienste wie Einkäufe, Fahrservice usw. oder auch wenn die Kosten für eine nicht aus medizinischen Gründen anwesende Begleitperson damit abgegolten werden.

Erweiterung von Kurbezeichnungen auf den „Vater“-Bereich

Die bisherigen Müttergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren sind nunmehr auch auf den „Vater“-Bereich erweitert worden. Solche Kuren sind nach wie vor auch bei Versorgungsempfängern und den in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig, nicht jedoch – seit dem 1.4.2014 – ambulante Heilkuren.

Keine Mindestantragssumme mehr

Die bisherige Regelung, wonach eine Beihilfe nur dann gewährt wurde, wenn

- die mit dem Beihilfeantrag geltend gemachten Aufwendungen mindestens 300 Euro betragen haben oder
- der letzte Beihilfeantrag vor mehr als zwölf Monaten bei der Beihilfestelle eingegangen war,

ist nunmehr aufgehoben worden.

Diese Neuregelung hat den Vorteil, dass insbesondere Beihilfeberechtigte mit geringen Versorgungsbezügen nunmehr Beihilfeanträge mit einer relativ geringen Aufwandshöhe stellen können. Als nachteilig könnte die Neuregelung sich dann erweisen, wenn es hierdurch zu einem unverhältnismäßig hohen Anschwellen der Beihilfeantragsfrequenz bei der Beihilfestelle käme, die dann eine noch längere Antragsbearbeitungszeit nach sich ziehen könnte.

Erweiterung der Beihilfefähigkeit von wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungs- und Untersuchungsmethoden in Ausnahmefällen

Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden sind – je nach Art bzw. Indikation – entweder gar nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen nach Maßgabe der Anlage 1 zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähig, die im Wege der Verweisung (= Nr. 1.5.1 der Anlage zur BVO) auch im Beihilferecht des Landes Baden-Württemberg anzuwenden ist.

Infolge einer insoweit geänderten höchstrichterlichen Rechtsprechung hat der Verordnungsgeber die Beihilfavorschrift insoweit geändert, als bei Vorliegen einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankung wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nunmehr dann beihilfefähig sind, wenn

- a) zu deren Behandlung sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode sich noch nicht herausgebildet hat oder
- b) zu deren Behandlung wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden aus medizinischen Gründen nicht angewendet werden dürfen oder
- c) zu deren Behandlung bereits wissenschaftlich allgemein anerkannte Methoden ohne Erfolg eingesetzt wurden **und**
- d) es für die vom Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Erfolg der Heilung geben oder auch nur spürbare Hinweise auf den positiven Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall existieren.

Für den Nachweis, dass eine der vorgenannten Ausnahmen vorliegt, bedarf es eines amtsärztlichen Gutachtens.

Pauschalierung der beihilfefähigen Höchstbeträge für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)

Es gelten nunmehr folgende Regelungen:

Die beihilfefähigen Höchstbeträge für Sehhilfen wurden pauschaliert. Gleich geblieben sind die beihilfefähigen Beträge für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker (13 Euro) und für das Brillengestell (20,50 Euro). Nach wie vor ist die Neubeschaffung von Gestell und/oder Gläsern beihilfefähig, wenn seit dem letzten Kauf drei Jahre vergangen sind, wenn sich die Sehstärke geändert hat oder wenn die Gläser/das Gestell unbrauchbar geworden sind. Beihilfefähig sind entweder die Aufwendungen für eine Brille oder für Kontaktlinsen; nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen werden beide Sehhilfen parallel bezuschusst. Die u.g. Höchstbeträge gelten jeweils pro Glas bzw. pro Kontaktlinse und beinhalten alle Zusatzleistungen wie Entspiegelung, Tönung, Kunststoffglas. Beihilferechtlich wird nicht mehr zwischen sphärischen und zylindrischen Sehhilfen unterschieden.

Beihilfefähige Höchstbeträge für Sehhilfen ab 1. Juli 2015; je Glas/Kontaktlinse (KL)

Art der Sehhilfe	Bis +/- 6 dpt	Über +/- 6 dpt bis +/- 10 dpt	Über +/- 10 dpt
Einstärkenglas oder Einstärkenkontaktlinse	50 Euro je Glas/KL	75 Euro je Glas/KL	Rechnungsbetrag
Mehrstärkenglas oder Mehrstärkenkontaktlinse	205 Euro je Glas/KL	230 Euro je Glas/KL	Rechnungsbetrag

Zusätzlich zu den vorstehenden Beträgen sind beihilfefähig die Aufwendungen für:

- a) Lichtschutzgläser ab 25 Prozent Tönung** mit Sehschärfe und Vorliegen einer der in den insoweit noch zu erlassenden Verwaltungsvorschriften des MFW genannten Indikationen in Höhe von **30 Euro je Glas**,
- b) Phototrope Gläser ab 25 Prozent Tönung** mit einer Sehschärfe und Vorliegen einer der in den insoweit noch zu erlassenden Verwaltungsvorschriften des MFW genannten Indikationen in Höhe von **50 Euro je Glas**.

Im Weiteren sind beihilfefähig die Aufwendungen für

- Prismen in voller Höhe,
- Gläser von Schulsportbrillen mit Sehschärfe für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in voller Höhe.

Bei **Kontaktlinsenaustauschsystemen** gelten die in der vorstehenden Tabelle genannten Höchstbeträge bis zu deren Erreichen.

Palliativversorgung in Hospizen

Bei stationärer oder teilstationärer Palliativversorgung in Hospizen sind Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als sie der Preisvereinbarung dieser Einrichtungen mit einem Sozialversicherungsträger, – den zuschussfähigen Kosten nach § 39a SGB V – entsprechen. Zum Nachweis gegenüber der Beihilfestelle reicht eine entsprechende Bescheinigung des Hospizes.

Kein Vergleich mit Inlandskosten bei bestimmten ausländischen Krankenhausleistungen und bei ambulanten Behandlungen

Sowohl bei innerhalb der Europäischen Union (EU) als auch bei in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (= Norwegen, Island, Liechtenstein) oder der Schweiz entstehenden Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremde Personen regelmäßig höhere Preise als ansässigen Personen berechnet werden; die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge sind zu beachten.

Begrenzung der Beihilfe für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen privaten Krankenhäusern

Außerhalb der Europäischen Union (EU), der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (= Norwegen, Island, Liechtenstein) oder der Schweiz entstehende Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in dortigen **privaten** Krankenhäusern sind für höchstens 30 Tage in Höhe von bis zu nur **26 Euro** täglich beihilfefähig.

Pflegeberatung

Die Beihilfestelle trägt ihren Kostenanteil für eine Pflegeberatung (bei Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Ehegatten somit 70 %), wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder beantragt haben und erkennbar Hilfs- und Beratungsbedarf besteht. Der diesbezügliche Abrechnungsverkehr findet zwischen dem Träger der Pflegeberatung und der Beihilfestelle statt. Sollte dennoch die Pflegeberatungsrechnung dem Beihilfeberechtigten zugehen, wäre diese der Beihilfestelle zwecks Zahlung zu übersenden.

Vor dem 1. Juli 2015 entstandene Aufwendungen

Für vor dem 1. Juli 2015 entstandene Aufwendungen gelten die bisherigen beihilferechtlichen Regelungen.