



Entwurf

Stellungnahme

des dbb

zu dem

Entwurf einer Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)

Vorbemerkungen

Nach den Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 17. Juni 2004, Az. 2 W 50.02) müssen die Rechtsgrundlage sowie die wesentlichen Strukturprinzipien der Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen durch Gesetz bestimmt werden. Die bisherigen Beihilfevorschriften genügen diesen Anforderungen nicht, sind formell rechtswidrig und dürfen nach den Vorgaben des Bundesverwaltungsgericht lediglich übergangsweise weiter angewandt werden. Nachdem nunmehr bald drei Jahren verstrichen sind, ohne dass der Gesetzgeber die Vorgaben der Rechtsprechung erfüllt hat, ist inzwischen ein erheblicher Handlungsdruck entstanden. Der dbb geht deshalb davon aus, dass die zur Umsetzung notwendige Rechtsgrundlage im Bundesbeamtengesetz mit den wesentlichen Strukturprinzipien ebenfalls zeitnah verabschiedet wird, um die bestehende Rechtsunsicherheit zu beseitigen.

Mit der vorgelegten Bundesbeihilfeverordnung - BBhV – findet in weiten Teile eine zukunftsweisende Neuordnung statt. Formal wird die grundsätzlich angestrebte Vereinfachung und der klare Aufbau begrüßt, ohne die grundsätzlichen Strukturen – mit Ausnahme des „Basistarifs“ - zu verändern. Positiv herauszuheben sind insbesondere

- die Änderungen bei der Implantatversorgung,
- die Beihilfefähigkeit von Familien- und Haushaltshilfen,
- die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung für preisgünstige Arzneimittel, für die Festbeträge festgelegt sind sowie die
- Übergangsregelung für studierende Kinder, die im Wintersemester 2006/2007 immatrikuliert waren. Diese Kinder bleiben bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich Zeiten des Wehr- und Ersatzdienstes berücksichtigungsfähige Angehörige.

Negativ zu beurteilen sind

- die Herausnahme der ambulanten Heilkuren aus dem Beihilfekatalog,
- die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie insbesondere die
- Folgeregelungen aus der wirkungsgleiche Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Einführung des Basistarifs.

Weiter sollen grundsätzlich die Regelungen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) übertragen werden. Besondere Bedeutung hat dabei der zum 1. Januar 2009 einzuführende Basistarif. Diese weitgehende Veränderung des Krankenversicherungsschutzes mit der grundsätzlich zu begrüßenden Versicherungspflicht birgt für Beamte und Versorgungsempfänger noch nicht abschätzbare Risiken.

Neben den Leistungseinschränkungen und Belastungen im System der Beihilfe (nicht übernommene Leistungen und Zuzahlungen etc.) ist die Entwicklung der Beiträge zur privaten Krankenversicherung der bestimmende Faktor im eigenständigen Krankensicherungssystem der Beamten und Versorgungsempfänger. Negative Veränderungen in der Betragsentwick-

lung wirken sich unmittelbar auf das Niveau der Alimentation aus. Der Dienstherr muss sicherstellen, dass der Beamte nicht mit erheblichen Aufwendungen belastet bleibt. Diese Wechselwirkung der Fürsorgepflicht des Dienstherrn mit dem Alimentationsprinzip kann bei der Beurteilung der gesamten Veränderungen nicht unberücksichtigt bleiben.

Heute ist davon auszugehen, dass mit der Einführung des Basistarifs die Beiträge zur PKV nach Angaben des PKV-Verbandes im Anhörungsverfahren zur Gesundheitsreform um ca. 30 % ansteigen können. Insbesondere für Beamte und Versorgungsempfänger in unteren Besoldungsgruppen verschärft sich damit die Gesamtbelastung nicht unerheblich. Dieser Gesamtzusammenhang darf bei der Bewertung der Veränderungen im Einzelnen nicht außer Acht gelassen werden.

Problematisch sind verschiedene Verweise auf die Sozialgesetzbücher. Dies macht es immer schwerer, den Leistungsumfang der Beihilfe direkt aus dem eigenständigen Text zu entnehmen; besonders bei den Pflegeleistungen wird dies besonders deutlich. Bei geringerer Verständlichkeit ist zu erwarten, dass es zu Mehrarbeit in den Beihilfefestsetzungsstellen führen wird, da der Beratungsbedarf und Missverständnisse zunehmen werden.

Neben den oben genannten Veränderungen ergeben sich an vielen Stellen weitere Veränderungen im Detail, sodass die Folgewirkungen, besonders für Einzelfallkonstellationen, nicht abschätzbar sind.

Ebenso wird mit der „Neufassung“ die Chance vertan, beihilferechtliche Fehlentwicklungen im Zuge der 27. und 28. Allgemeinen Verwaltungsvorschrift, zum Beispiel bei der wirkungsgleichen Übertragung der so genannten „Praxisgebühr“ auf Beihilfeberechtigte, zu korrigieren. Unberücksichtigt bleibt, dass die Betroffenen sowohl als Steuerzahler als auch durch die PKV-Beiträge die erheblich günstigeren Beitragssätze der GKV mitfinanzieren, ohne dass sie vergleichbare Ansprüche im Rahmen der Beihilfe als Ausgleich erhalten. Während Nachteile grundsätzlich übertragen werden, ist es nicht selbstverständlich, dass auch vorteilhafte Regelungen aus der GKV übertragen werden. Dies ist auf Dauer nicht durchzuhalten.

Redaktionell ist generell anzuregen, die Worte „Genehmigung“ bzw. „vorherige Genehmigung“ der Einheitlichkeit und Rechtssicherheit wegen durch das Wort „Zustimmung“ zu ersetzen. Damit würden sich die Beihilfavorschriften im Einklang mit den Begriffsbestimmungen des BGB befinden. Nach § 183 BGB ist die Zustimmung vorher zu erklären. Die Genehmigung ist gemäß § 184 BGB eine nachträgliche Einwilligung. In den Beihilfavorschriften ist in Fällen der „Genehmigung“ stets die vorherige Einwilligung (Zustimmung) gemeint. Daher sollte eine redaktionelle Korrektur durchgeführt werden. Z. B. ist bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen nach § 14 BBhV die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vorgesehen. Das kann nur bedeuten, dass derartige Behandlungen nur nach Zustimmung der Beihilfestelle beihilfefähig sind. Bisher war für diesen Bereich weder eine Zustimmung noch die Vorlage von Heil- und Kostenplänen vorgesehen; ähnliches gilt für Krankenhausleistungen in Krankenanstalten, die weder nach dem Krankenhausentgeltgesetz noch nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen.

Mit den bisherigen Gesundheitsreformen war es bereits notwendig, Leistungsverschlechterungen durch Zusatztarife in der privaten Krankenversicherung aufzufangen. Beihilfeberechtigte sind hierbei weitgehend auf die PKV angewiesen, bei der sie versichert sind. Dies er-

schwert ergänzende Absicherungen zusätzlich, da der Beihilfeberechtigte seiner bisherigen PKV, die alle Krankheitsdaten über ihn verfügbar hat, ausgeliefert ist. So ist es auch erklärlich, dass der Beihilfeberechtigte auch bei den bisherigen Zusatztarifen mit Risikozuschlägen belastet worden ist. Im Vergleich zu den GKV-Versicherten bestand für diese die Möglichkeit, sich neben ihrer GKV in einer PKV mit Zusatztarifen zu versichern, ohne dass die GKV-Daten des Versicherten an die PKV abgegeben hat. Bei diesen Zusatztarifen handelte es sich in der Regel um besonders günstige Angebote, die vom Kostenaufwand her unter den Angeboten der PKV lagen.

Für Beihilfeberechtigte, die in den ab 1. Januar 2009 einzuführenden Basistarif der privaten Krankenversicherung wechseln bzw. faktisch wechseln müssen, soll sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Trägern der Beihilfe und den kassenärztlichen und bundeskassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Gebührenregelungen richten. Durch diese Einschränkung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen – analog der bisherigen Regelung für Standardtarifversicherte – erhalten künftig Beihilfeberechtigte, die den Basistarif wählen, geringere Beihilfeleistungen als Personen, die im „Normaltarif“ der PKV versichert sind. Diese genauen Auswirkungen sind bisher nicht wirklich absehbar.

Für die neu eingeführte Übergangsregelung für studierende Kinder ist zudem festzuhalten, dass damit lediglich eine Kompensation der Mehrfachbelastung für Beamte durch das Steueränderungsgesetz 2007 erfolgt.

Zu den §§ im Einzelnen

Zu § 1 Anwendungsbereich

Die Formulierung „*die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist*“ erweckt den Eindruck einer kleinen „Zugabe“ des Dienstherrn und legitimiert damit weitgehende Eingriffe. Dies wird der Bedeutung des eigenständigen Beihilfesystems nicht gerecht und verschiebt den Schwerpunkt der Kostenträgerschaft einseitig in die Sphäre der Beamten und Versorgungsempfänger. Deshalb wäre eine Klarstellung wünschenswert – im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts – , dass die Beihilfe den Beamten von der durch die Besoldung nicht gedeckten notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang freistellt und der Dienstherr sicherstellen muss, dass Beamte nicht mit erheblichen Aufwendungen belastet bleiben, die er über die Eigenvorsorge nicht absicherbar sind. Neben der (in der Regel) freiwilligen ergänzenden privaten Krankenversicherung stellt die Beihilfe das zentrale Krankensicherungssystem der Beamten dar, das sich bewährt hat.

Zu § 2 Begriffsbestimmungen

Alternativ wird angeregt, dass die Definition von Begriffen, die nicht wiederholt verwendet werden, jeweils bei den Einzelvorschriften erfolgt. Dies würde die Praktikabilität erhöhen.

Zu § 3 Beihilfeberechtigte Personen

Die Trennung der Bestimmungen über beihilfeberechtigte Personen (§ 3) und Beihilfeberechtigung (§ 5) ist unzweckmäßig bzw. erschwert das Verständnis. Dieses ist mit der bisherigen Regelung in § 2 Abs. 1 und Abs. 2 BhV klarer geregelt, da die weiteren Voraussetzungen direkt angefügt sind.

Bisher galt bei der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten die Mutter dieses Kindes ebenfalls als berücksichtigungsfähige Angehörige. Diese Regelung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 BhV findet sich in der BBhV nicht wieder. Mit der Einführung der Basiskrankenversicherung soll zwar grundsätzlich gewährleistet sein, dass diese Mutter krankenversichert ist. Probleme bei der Absicherung können zukünftig jedoch für nicht in Deutschland wohnende Mütter auftreten. Diese Lücke – wenn auch sicherlich bei geringen Fallzahlen – sollte noch geschlossen werden.

Zu § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige

Künftig ist der Ehegatte des Beihilfeberechtigten nur dann berücksichtigungsfähiger Angehöriger, wenn dessen Gesamtbetrag der Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Entstehung der Aufwendungen 10.000 € (bislang 18.000 € nach § 5 Abs. 4 Nr. 3 BhV) nicht übersteigt. Durch eine Übergangsregelung (§ 55) wird eine Verschlechterung ausgeschlossen, solange die bisherige Einkommensgrenze nicht – auch nur einmalig – überschritten wird. Dann soll die neue, stark abgesenkte Grenze greifen (Kürzung um ca. 44 %; Einkommen von durchschnittlich 833 € / Monat).

Der Dienstherr verkennt dabei offenbar die heutigen Gegebenheiten. Um in der jetzigen wirtschaftlichen Gesamtsituation die Existenz einer Familie sichern zu können, bedarf es – insbesondere wiederum in den unteren Besoldungsgruppen – des weiteren Einkommens des Ehepartners.

Das Problem verschärft sich zudem mit der neu eingeführten Abgeltungssteuer. Mit der Unternehmenssteuerreform 2008 unterliegen ab dem Jahr 2009 Einkünfte aus Kapitalvermögen wie Zinsen, Dividenden oder private Veräußerungsgewinne der Abgeltungssteuer in Höhe von 25 % zzgl. Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer. Damit kann sich private Vorsorge, durch einmalige Einkünfte schnell negativ auswirken und die Kosten für die Absicherung in Krankheitsfällen erheblich ansteigen lassen. Dies kann nicht Ziel der Absenkung des zu berücksichtigenden Einkommens von Ehegatten sein. Deshalb wäre zumindest eine Ausgleichsregelung für kurzfristige Einkommensveränderungen bzw. für Kapitalerträge, die der Alterssicherung dienen, dringend geboten.

Zu § 6 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

Zukünftig soll die Beihilfe zu den Aufwendungen für ein berücksichtigungsfähiges Kind demjenigen gewährt werden, der das Kindergeld erhält. Dadurch wird die bisherige Entscheidungsfreiheit der Eltern, die beide beihilfeberechtigt sind, in nicht notwendiger Weise eingeschränkt (siehe § 14 Absatz 1 Satz 3 BhV). Die Beihilfe beantragt in der Regel derjenige Elternteil, bei dem die Kinder leben. Dieser trägt auch die Kosten im Rahmen der Vorauszahlung bis zur Erstattung. Deshalb sollte – insbesondere bei getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten – derjenige die Beihilfe beantragen können, der die Kosten vorauszahlt. Die

angestrebte Regelung kann somit dazu führen, dass der Vorauszahlende die Erstattung beim anderen Elternteil einfordern muss. Dies sollte vermieden werden.

Bei zwei und mehr Kinder-Familien entfällt künftig die Wahlfreiheit für den höheren Beihilfebemessungssatz, da dieser ebenfalls an die Kindergeldberechtigung anknüpfen soll. Dies kann insbesondere mit der damit verbundenen Folge einer ggf. notwendigen Höherversicherung in der PKV zu Mehrbelastungen führen, die bislang nicht gegeben war.

Zu § 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Zu Abs. 1

Grundsätzlich sind Aufwendungen nur beihilfefähig, sofern diese notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. Untersuchungen und Behandlungen sind darüber hinaus nur beihilfefähig, wenn sie notwendig sind und nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode durchgeführt werden. Die Regelung kehrt insoweit den bisherigen Grundsatz um, wonach Aufwendungen solange beihilfefähig waren, bis diese ausdrücklich ausgeschlossen wurden. Eine Einschätzung, wie sich diese Änderung für die Praxis der Beihilfegewährung auswirkt, kann sich erst bei der Anwendung zeigen.

Zum Verfahrensrecht bei Verneinung der Beihilfefähigkeit ist darauf hinzuweisen, dass GKV-Versicherte sich im Widerspruchsverfahren zusätzlich z. B. an die Geschäftsführung seiner GKV wenden kann, bevor das Klageverfahren beginnt. Diese Möglichkeit besteht für Beihilfeberechtigten nicht, zudem ist das Klageverfahren vor dem Verwaltungsgericht kostenpflichtig. Insofern bestehen für die Beihilfeberechtigten schlechtere Ausgangspositionen, ihre Interessen durchzusetzen.

Zu Abs. 3

Die Formulierung in Absatz 3 lässt den Schluss zu, dass die Einholung von medizinischen Gutachten durch die Festsetzungsstelle in jedem Fall der Zustimmung durch den Beihilfeberechtigten bedarf. Nach der derzeitigen Regelung ist dies nur erforderlich, wenn zur Einholung eines Gutachtens personenbezogene Daten weitergegeben werden müssen. Bei dieser Regelung sollte es zur Vermeidung erhöhten Verwaltungsaufwands bleiben. Darüber hinaus muss die Bestimmung auch auf jeweils berücksichtigungsfähige Angehörige ausgedehnt werden, da nur diese selbst die Weitergabe ihrer Daten autorisieren können.

Zu § 10 Ausschluss der Beihilfe

In § 10 Nr. 2 Satz 2 BBhV sind bei der Zuschussgewährung zum Krankenversicherungsbeitrag die Regelungen für Sach- und Dienstleistungen anzuwenden. Diese Formulierung ist ungenau und es wird angeregt dies durch die Formulierung „Zuschuss seitens eines Arbeitgebers ... zum Krankenversicherungsbeitrag in der GKV“ zu ersetzen. Sonst wären Zuschüsse zum Krankenversicherungsbeitrag in der PKV davon betroffen, ohne dass Ansprüche auf Sach- oder Dienstleistungen zustehen. Auch ist vorliegende Formulierung nicht in Einklang mit § 47 Abs. 4 BBhV zu bringen.

Zu § 14 Zahnärztliche Leistungen

Der nunmehr notwendige Heil- und Kostenplan bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen ist beihilfefähig. Dies stellt eine sachgerechte und positive Erweiterung dar. Mit dem Heil- und Kostenplan wird dem Beihilfeberechtigten eine transparente und belastbare Kalkulationsgrundlage an die Hand gegeben. Die Notwendigkeit und der Umfang der Behandlung sowie die damit verbundenen finanziellen Belastungen werden besser kalkulierbar. Mittel- und langfristig wird dies sowohl zur Stärkung der Eigenverantwortung als auch zu einer sach- und zielgenauen Mittelverwendung beitragen.

Zu § 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Es wird begrüßt, dass die Indikationen für implantologische Leistungen gelockert wurden, da nun – unabhängig von einer Indikation – grundsätzlich die Aufwendungen für zwei Implantate beihilfefähig sind.

Unter der Voraussetzung, dass eventuelle Durchführungshinweise zur BBhV nichts Gegenteiliges bestimmen, ist insbesondere die Aufhebung der Begrenzung der Beihilfefähigkeit auf maximal vier Implantate je Kiefer bei bestimmten Indikationen zu befürworten. Die bisherigen Voraussetzungen führten zu einer hohen finanziellen Belastung der Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Zu § 17 Zahnärztliche Leistungen bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf

Bedenken begegnet, dass der Dienstherr die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamte auf Widerruf erneut unverändert gelassen hat.

Zu § 18 Soziotherapeutische Leistungen

Begrüßt wird die Neuaufnahme der Soziotherapie in den Beihilfekatalog. Damit wird eine sinnvolle Leistung der GKV (§ 37a SGB V) nunmehr auch auf die Beihilfe übertragen.

Zu § 23 Arznei- und Verbandsmittel

Zu Abs. 3

Die Einführung der Regelung, wonach bestimmte Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, von der Zuzahlung befreit sind, war längst überfällig und wird grundsätzlich befürwortet. Damit wird zeitlich verspätet die entsprechende positive Regelung aus der GKV vom April 2006 (Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung vom 26.04.2006) übertragen.

Zu Abs. 4

Der Dienstherr übersieht, dass PKV-versicherte Beihilfeberechtigte mit ihren Versicherungsbeiträgen zu einer stetigen Fortentwicklung auf dem Sektor der Humanmedizin beitragen, von der auch die GKV-Versicherten profitieren. Der Dienstherr zwingt mit seinen Regelungen zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln mit besonderen Wirkungsweisen die Beihilfeberechtigten daher in eine benachteiligende Position. Grundsätzlich ist bei der Konsultierung

eines zweiten Arztes in der Regel keine Abweichung zu erwarten. Zudem muss der zusätzliche Verwaltungsaufwand beachtet werden.

Da der Beihilfeberechtigte keine Fachkenntnis besitzt, besteht auf jeden Fall die Gefahr, dass er unverschuldet in eine Beihilfefalle läuft. Konsequenterweise müsste diese Bestimmung, dass ein Konziliararzt bei der Verordnung bestimmter Medikamente hinzugezogen werden muss, im Ärzte- oder Apothekergesetz verankert werden.

Zu § 24 Heilbehandlungen

Nach § 24 Abs. 2 BBhV können Heilbehandlungen von geringem oder umstrittenem therapeutischen Wert von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen werden. Da der Patient nicht über die notwendigen Kenntnisse verfügt, diese ausgeschlossenen Behandlungen zu erkennen, bedarf es einer Ergänzung der Bestimmung des Inhalts, dass der BMI ermächtigt wird, diese von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Behandlungsmethoden verbindlich bekannt zu machen.

Obwohl im Wortlaut gegenüber der BhV unverändert, ist die Vorschrift des § 24 BBhV und Anlage 4 i. V. m. § 7 Abs. 1 BBhV zu beanstanden. Die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilbehandlungen sind seit Jahren vom BMI unverändert gelassen worden. Gleichzeitig sind die Kosten für Heilbehandlungen aufgrund der allgemeinen Kostensteigerungen gestiegen. In der Folge kommen die in Rechnung gestellten Kosten der Heilpraktiker und die Kostenerstattung durch die Beihilfe nicht mehr zur Deckung. Eine dynamische Ausgestaltung der Höchstbeträge wäre aus diesem Grund angebracht.

Zu § 25 Komplexeleistungen

Der im § 25 BBhV enthaltene Begriff der „Komplexeleistungen“ ist weitgehend unbekannt. Eine Klarstellung zur besseren Verständlichkeit wäre wünschenswert

Zu § 27 Krankenhausleistungen

Ungeachtet der bisherigen Rechtsprechung zu Vergleichsberechnungen bei Behandlungen in Privatkliniken sind diese in bestimmten Fällen nicht hinnehmbar. Der Dienstherr ignoriert, dass Kliniken zunehmend in private Trägerschaft übergehen und dabei zwischen den Kostenträgern unterschiedliche Bedingungen ausgehandelt werden.

Sofern dem Beihilfeberechtigten im Umkreis von mehreren Kilometern keine alternative Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung steht und zwischen der aufnehmenden Klinik sowie privaten Versicherungsunternehmen Verträge bestehen, wonach die privat Versicherten zwingend im Bereich für Privatpatienten untergebracht werden müssen, ist eine solche Regelung unbillig. Denn der Beihilfeberechtigte hat zur Vermeidung von Gesundheits- oder Lebensgefahren keine Möglichkeit, eine andere Behandlungsmöglichkeit zu wählen. Auch insoweit besteht Handlungsbedarf.

Darüber hinaus kann aus dem Entwurf nicht klar entnommen werden, ob in den Fällen, in denen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei oder mehr Betten umfassen, als gesonderte Unterkunft aber nur Einbettzimmer angeboten werden, wie bisher

nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV dennoch ein Zweibettzimmerzuschlag beihilfefähig wäre. Es ist ebenfalls nicht ersichtlich, ob Aufwendungen für eine notwendige Begleitperson im Sinne des geltenden Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV auch in Zukunft beihilfefähig sein sollen.

Zu Abs. 2

Satz 2 des Entwurfs stellt eine weitere Einschränkung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen dar. Insbesondere die vorherige Prüfung der Kosten vor der Behandlung stellt für Kranke eine unverhältnismäßige Belastung in dieser Situation dar. Trotzdem wird die Schutzwirkung für die Beihilfeberechtigten vor überhöhten Abrechnungssätzen in einigen privaten Kliniken nicht verkannt.

Zu § 28 Häusliche Krankenpflege

Aus der Begründung zu Absatz 3 ist zu entnehmen, dass nur Angehörige nach § 2 Nr. 1 BBhV für eine häusliche Krankenpflege in Frage kommen. Bisher ist nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV der Personenkreis anders definiert. Bei der Festlegung des Personenkreises muss sichergestellt sein, dass auch alle bisher in der BhV genannten Personen umfasst sind (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV). Außerdem ist nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 Buchstabe b) BhV eine für die Pflege gewährte Vergütung durch Angehörige bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen auch dann beihilfefähig, wenn wegen der Pflege eine halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird. Die Formulierung nach Absatz 3 Nr. 2 lässt den Schluss zu, dass eine Vergütung für die Pflege in Zukunft nur noch dann gewährt werden soll, wenn der pflegende Angehörige eine Vollzeitbeschäftigung aufgibt. Eine Klarstellung hierzu wäre wünschenswert.

Zu § 29 Familien- und Haushaltshilfe

Die Modifizierung der Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe sind positiv zu beurteilen. Jedoch ist auch hier die Verweisung auf das Recht der GKV zu monieren. Wünschenswert – auch zu einer besseren Verständlichkeit – wäre die Nennung von Betragsgrenzen, zu denen die Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig sein soll. Die Aufwendungen hier noch mit einem Selbstbehalt zu belegen ist auch aus familienpolitischen Gründen kritikwürdig.

Zu § 31 Fahrtkosten

Nach dem geltenden Hinweis 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 9 BhV können bisher bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen auch Aufwendungen für Besuchsfahrten eines Elternteils zum Besuch des in das Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden. Nach Absatz 2 BBhV werden derartige Aufwendungen nicht mehr als beihilfefähig anerkannt. Dies muss auch in Zukunft aus familienpolitischen Gründen gewährleistet sein.

Die Fahr- und Flugkosten für eine Behandlung außerhalb der Europäischen Union (§ 31 Abs. 3 Nr. 1 BBhV), die grundsätzlich nicht beihilfefähig sind, können aus zwingenden medizinischen Gründen als beihilfefähig anerkannt werden. Hier ist ebenfalls eine Regelung der vorherigen Zustimmung nicht enthalten, aber offenkundig gemeint. Diese Regelung ist neu.

Die vielfältigen Voraussetzungen für Fahrtkosten erfordern zudem ein hohes Maß an Verwaltungsaufwand, der nicht zum Ziel der Entbürokratisierung passt.

Zu § 33 Anschlussheil-/Suchtbehandlung

Nach Absatz 1 sollen Aufwendungen für Anschlussheil-/Suchtbehandlungen nur dann beihilfefähig sein, wenn sich die Maßnahme an einen Krankenhausaufenthalt anschließt oder im „engem Zusammenhang“ mit einer Krankenhausbehandlung steht. Darüber hinaus wird gefordert, dass die Einrichtungen für die Behandlung entsprechend spezialisiert sein müssen und die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen sollen. Hier besteht Erklärungsbedarf.

Die nach Absatz 2 Satz 2 des Entwurfs geforderte Voranerkennung der Anschlussheil-/Suchtbehandlung sollte fallen gelassen werden. Sie wäre nicht sachgerecht, da ein Voranerkennungsverfahren aus tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht immer eingehalten werden könnte. Es sollte bei der bisherigen Regelung im Hinweis 7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV verbleiben.

Bei der Anschlussheil-/Suchtbehandlung (§ 33 BBhV) ist nach Absatz 2 die Genehmigung (ob vorherige oder nachträgliche Genehmigung ist hier nicht ausgeführt worden) erforderlich. Diese Anschlussheilbehandlungen wurden bisher als Rehabilitationsmaßnahmen nach stationären (meist operativen) Behandlungen durchgeführt und waren nicht genehmigungspflichtig.

Zu § 34 Rehabilitationsmaßnahmen

Der Wegfall der ambulanten Heilkur begegnet erheblichen Bedenken. Hielt sich die Beteiligung des Dienstherrn an den Kosten für eine Heilkur schon bisher in Grenzen, ist die nun erfolgte Einschränkung durch den Dienstherrn nicht nachvollziehbar. Diese Regelung ist mit der Pflicht des beihilfeberechtigten Beamten, zur Erhaltung seiner Gesundheit und Arbeitskraft beizutragen, unvereinbar. Insoweit sind auch Vergleiche zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich. Die zwingende Vorschrift „stationäre Maßnahme“ kann zu medizinisch und wirtschaftlich unsinnigen Ergebnissen führen. Es sollte eine Ausnahmeregelung geschaffen werden, für Berechtigte, die in unmittelbarer Nähe zu einer Reha – Klinik wohnen.

Zu bedauern ist, dass es dem Dienstherrn noch nicht gelungen ist, Rehabilitationsmaßnahmen im ambulanten Bereich (zum Beispiel „Coronarsportgruppen“) als beihilfefähige Leistungen einzustufen. Die beispielhaft angeführte Maßnahme hat sich im Bereich der GKV in den letzten Jahren etabliert und ist zu einem festen Bestandteil in der Nachsorge des Herzinfarkts geworden. Entgegen der Tendenz, sich beim Beihilferecht verstärkt am Recht der GKV zu orientieren, ist hier eine positive GKV-rechtliche Regelung nicht übernommen worden.

Grundsätzlich ist es nicht angemessen, unter diesen Gesichtspunkten bei Heilkuren von einer schwierigen Abgrenzung zwischen Rehabilitationsmaßnahme und Freizeitinteressen zu sprechen. Angesichts der beabsichtigten Heraufsetzung der Pensionsaltersgrenze auf das 67. Lebensjahr sind mehr noch als bisher Vorsorgemaßnahmen zur Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich. Hierbei sollte sich der Dienstherr im Rahmen seiner Fürsorgepflicht

beteiligen, zumal die Krankenkassen schon länger Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsvorsorge für ihre Mitglieder finanziell bezuschussen bzw. ganz übernehmen.

Die in Nr. 5 Buchstabe c) vorgesehene Verkürzung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung anlässlich einer Mutter-Kind-Kur von bisher 3 Wochen auf nunmehr 20 Behandlungstage stellt eine schleichende Reduzierung der Leistungen dar.

Zu § 35 Voraussetzung für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme

§ 7 Abs. 3 Nr. 2 BhV sieht bei Notwendigkeit einer sofortigen Einlieferung zur stationären Behandlung in ein Sanatorium die Ausnahmemöglichkeit einer nachträglichen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle vor. Diese Möglichkeit ist in Nr. 3 der BBhV nicht mehr vorgesehen, ist aber weiterhin dringend geboten.

Zu § 36 Pflegebedürftigkeit

Für den Antrag auf Pflegebeihilfe nach § 36 Abs. 3 BBhV muss ein Gutachten über die Pflegebedürftigkeit beigebracht werden. Der dbb geht davon aus, dass wie bisher die Vorlage des entsprechenden Bescheides der Pflegekasse genügt, damit keine widersprechenden Entscheidungen der Pflegekasse und der Beihilfestelle ergehen können.

Zu § 38 Stationäre Pflege

Der Eigenanteil bei stationärer Pflege bei mehreren Beihilfeberechtigten bis Besoldungsgruppe A 9 soll nunmehr 30 % statt bisher 25 % betragen, was für diesen Personenkreis eine Verschlechterung bedeutet. Dies sollte bei der bisherigen Staffelung belassen werden.

§ 9 Abs. 7 Satz 7 BhV sieht bei Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, die den Eigenanteil übersteigen, in dieser Höhe eine Beihilfezahlung vor. Nach dem Entwurf der BBhV sollen diese Aufwendungen künftig nur noch beihilfefähig sein – die Begründung geht jedoch weiterhin von einer vollen Beihilfe in Höhe des übersteigenden Betrages aus – dies wäre im Sinne der bestehenden Regelung redaktionell zu klären.

Zu § 40 Vorsorgemaßnahmen

Die Überschrift „Vorsorgemaßnahmen“ ist medizinisch unrichtig und sollte durch „Früherkennung“ ersetzt werden. Im Text der BBhV ist mit wenigen Ausnahmen auch von Früherkennung die Rede. Im Übrigen wird im Zusammenhang mit dem Wegfall der Heilkur damit argumentiert, dass Vorsorgemaßnahmen nicht bezuschusst werden.

Zu § 42 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

Nach dem Hinweis 9 zu § 6 Abs. 1 Nr. 2 BhV sind Aufwendungen für hormonelle Mittel zur Kontrazeption auch über das 20. Lebensjahr hinaus beihilfefähig, wenn sie als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet worden sind. Dies ist nach dem Entwurf der BBhV nicht mehr vorgesehen und sollte geklärt werden.

Nach bisherigem Recht sind aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation auch die Aufwendungen für Krankenhausleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV oder die Unterkunftskosten bei notwendigen auswärtigen ambulanten Leistungen nach § 6 Absatz 1 Nr. 10 a BhV beihilfefähig. Abs. 4 BBhV sollte deshalb entsprechend ergänzt werden.

Zu § 43 Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

Nach § 43 BBhV können die aus dem Erbe und die von dem Verstorbenen bereits bezahlten, aber noch nicht mit der Beihilfe abgerechneten Kosten zusätzlich als Beihilfe abgerechnet werden. Dies ist eine zu begrüßende Erweiterung.

Zu § 45 Andere Leistungen

Die bisher nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 BhV vorgesehene Beihilfefähigkeit von Aufwendungen des vom Organspender nachgewiesenen Verdienstauffalls sollte auch in die Neufassung der BBhV aufgenommen werden.

Zu § 46 Bemessung für Beihilfe

§ 14 Abs. 3 BhV sieht für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden, eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes um 20 % auf höchstens 90 % vor. Eine entsprechende Regelung sieht die BBhV unter Hinweis auf zu erwartende Regelungen zum Basistarif in der PKV nicht mehr vor. Auf eine Beibehaltung dieser Regelung sollte im Interesse der Betroffenen, die sonst eine nicht zu vertretende Deckungslücke hinnehmen müssen, hingewirkt werden. Der noch zu schaffende Basistarif darf nicht als Argument zur Streichung jeglicher Fürsorgeleistungen herangezogen werden.

zu Abs. 2:

Die vorgesehene Neuregelung in § 46 BBhV lässt diesen erhöhten Beihilfesatz nur noch für den auch kindergeldberechtigten Elternteil zu. In vielen Familien bezieht der Vater das Kindergeld, die Mutter hat die Begünstigung bei der Beihilfe auf sich gezogen, da die Beiträge für Frauen höher sind, als die der Männer. Dies bedeutet für die Praxis, dass viele Mütter die Krankenversicherungsleistungen erhöhen müssen und damit auch die Kosten.

zu Abs. 6:

Die in § 46 Abs. 6 BBhV beabsichtigte Regelung darf nicht als leere Worthülle verstanden werden, sondern muss mit Leben erfüllt. Die bisherigen Beihilfevorschriften enthielten ebenfalls Regelungen, die bisher mangels Durchführungshinweisen oder näherer Regelungen unanwendbar geblieben sind.

Zu § 47 Abweichender Bemessungssatz

Der § 47 Abs. 2 Buchstabe b BBhV ist wegen der Erhöhung des Bemessungssatzes in Zusammenhang mit § 12 Abs. 1 c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (in der Fassung des GKV-

WSG) zu sehen. Weil aber die Entscheidung auf zwei Jahre begrenzt worden ist und ggf. nicht verlängert werden kann, führt die dann zwangsläufige Erhöhung des prozentualen Erstattungssatzes der Krankenversicherung wegen des weiter fortgeschrittenen Lebensalters zu einer ständig erhöhten Belastung für die zukünftigen Beiträge. Auch hier wird der künftige Basistarif als Bewertungsgrundlage herangezogen, obwohl noch gar nicht absehbar ist, wie dieser durch die PKV ausgestaltet werden wird. Darüber hinaus ist die vorgesehene Befristung auf höchstens zwei Jahre nicht akzeptabel.

Die Vorschrift regelt Härtefälle, in denen der Bemessungssatz erhöht werden kann. Bei Schwerstbehinderten kann bereits nach bisherigem Beihilferecht ein 80-prozentiger Risikozuschlag auf die beihilfekonforme Restkostenversicherung in der PKV erhoben werden. Die Neuregelung würden Schwerstbehinderten nur weiter helfen, wenn diese unter die besonderen Ausnahmefälle der neuen Fallgruppe des § 47 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a) fielen.

Die Härtefallregelung des § 47 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b) benachteiligt insbesondere Versorgungsempfänger mit geringem Einkommen, indem sie als Maßstab für die Beitragsbelastung auf den Basistarif, d. h. auf GKV-Leistungen verweist. Gefordert ist jedoch ein sozialverträglichere Regelung, die die Härtefälle deutlich ausweitet.

Zu § 49 Eigenbehalte

Zu Abs. 1

§ 49 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a) regelt den Eigenbehalt von 10 € je Kalendertag bei vollstationären Krankenhaus- und Reha-Leistungen. Nach bisherigem Beihilferecht war der Eigenbehalt sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berechnen. Diese Regelung benachteiligt Beihilfeberechtigte zum einen bei Berechnung des Aufnahme- und Entlassungstages als einem Tag und zum anderen bei Verlegungen, wenn der Eigenbehalt für den Verlegungstag zwei Mal berechnet wird, obwohl es sich um ein- und denselben Kalendertag handelt. Eine Neuregelung, die die aufgezeigten Belastungen ausgleicht, ist im Entwurf eines BBhV nicht enthalten.

Zu Abs. 2

Die Einführung eines quartalsweisen Abzugs von 10 € für jede erste Inanspruchnahme eines Heilpraktikers ist unverständlich. Als vergleichbares Instrument zur so genannten „Praxisgebühr“ für die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen im Bereich der GKV eingeführt, ist der Ansatz bei Leistungen eines Heilpraktikers systemwidrig; im Zweifel zumindest der Gruppe der ärztlichen Behandlung zuzurechnen.

Grundsätzlich sollte die doppelte Kürzung bei Wahlleistung (Zweibettzimmer) um 14,50 € gekürzt sowie der Krankenhausbehandlung nochmals um 10 € überdacht werden. Die Gesamtkürzung liegt also bei fast 25 € und das ist zuviel. So viel macht die häusliche Ersparnis, sollte es sie überhaupt geben, nicht aus.

Neben den grundsätzlichen Vorbehalten des dbb gegen die „Praxisgebühr“ wird zudem auf das fortbestehende Problem der „doppelten Praxisgebühr“ für gesetzlich Versicherte Beamte hingewiesen.

Zu § 50 Belastungsgrenzen

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Eigenbehalte entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes berücksichtigt (§ 50 BBhV) Nach der bisherigen Regelung des § 12 Abs. 2 BhV wurden die Abzugsbeträge in voller Höhe bei der Berechnung der Belastungsgrenze berücksichtigt. Um unbillige Belastungen zu vermeiden sollte es zumindest bei der alten Regelung bleiben.

Zu § 51 Antragsverfahren

Die Einführung weiterer Möglichkeiten zur Beantragung von Beihilfen unter Verwendung elektronischer Medien – unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Erfordernisse – ist als zeitgemäß zu begrüßen. Allerdings darf der Dienstherr sich nicht vollständig auf diese Antragsweise zurückziehen, da nicht bei allen Beihilfeberechtigten die Nutzung dieser Medien unterstellt werden kann.

Bedenken bestehen hinsichtlich der Neuregelung über die Rücksendung von Belegen. Zwar gilt der Grundsatz, dass Beihilfe nur gewährt wird, wenn dem Beihilfeberechtigten auch eine finanzielle Belastung entstanden ist. Es ist jedoch realitätsfremd, angesichts stetig steigender Kosten bei gleich bleibender Einkommenssituation zunächst die Zahlung der Rechnungen zu verlangen. Mithin reichen Beihilfeberechtigte in der Regel Rechnungen mit höheren Beträgen zuerst bei der Beihilfestelle und ihrer privaten Krankenversicherung ein und begleiten sie nach Erhalt der Erstattung.

Zu § 52 Geheimhaltungspflicht

In jedem Fall muss sichergestellt werden, dass, bevor Daten weitergegeben werden, der Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige über die beabsichtigte Weitergabe informiert wird.

Zu § 53 Festsetzungsstellen

Der vorliegende Entwurf folgt zeitlich auf die erfolgte Verlagerung einer Vielzahl von Beihilfestellen des Bundes an das Bundesverwaltungsamt. Dadurch wird es in den entlasteten Behörden sukzessive keine Fachkompetenz im Beihilferecht sowie keine aktuellen Erfahrungswerte aufgrund der praktischen Anwendung mehr geben. Die bisher erfolgreich praktizierte persönliche und kompetente Beratung vor Ort entfällt damit zukünftig ebenfalls.

Zu § 54 Ausschlussfrist

Eine Verlängerung der Ausschlussfrist sollte geprüft werden, da gerade bei Krankheiten die Geltendmachung von Ansprüchen nicht immer einfach ist. Gerade in dieser Hinsicht benötigen Kostenerstattungssysteme mehr Zeit. Dies könnte sich mit der noch einzuführenden Gesundheitskarte ggf. in Zukunft ändern.

Zu § 55 Übergangs- und Schlussvorschriften

Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte in die Übergangs- und Schlussvorschriften eine Regelung aufgenommen werden, die die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen regelt, die vor dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung begonnen wurden und die über diesen Zeitpunkt hinaus fortgeführt werden.

Zu § 56 Inkrafttreten

a) berücksichtigungsfähigen Ehegatten – Übergangsvorschrift; vgl. § 4

b) Übergangsregelung zum Steueränderungsgesetz 2007

Für die neu eingeführte Übergangsregelung für studierende Kinder ist festzuhalten, dass damit lediglich eine Kompensation der Mehrfachbelastung für Beamte durch das Steueränderungsgesetz 2007 erfolgt. Mit dieser Einschränkung wird die beihilferechtliche Korrektur jedoch begrüßt. Wünschenswert wäre jedoch, dass der Beihilfebemessungssatz (46 Abs. 2 BBhV) bei 2 und mehr Kindern ebenfalls noch einbezogen würde. Dies wollen z. B. die Länder Baden-Württemberg und Hessen ergänzend umsetzen.