



# **E n t w u r f**

## **S t e l l u n g n a h m e**

**des dbb**

**zu dem**

**Entwurf einer dritten Verordnung**

**zur Änderung der Verordnung über die Gewährung von  
Beihilfe**

**in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen**

**(Bundesbeihilfeverordnung - BBhV)**



Die nunmehr vorliegende dritte Änderungsverordnung zur Bundesbeihilfeverordnung enthält eine Vielzahl von unterschiedlichen Einzelregelungen, die für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes sowohl positive als auch negative Wirkungen mit sich bringen: Für den dbb sind dabei besonders die Regelungen zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln sowie die Abschaffung des Beihilfebemessungssatzes von 100 Prozent für freiwillig gesetzlich krankenversicherte Beamte problematisch; positiv hervorzuheben sind die Verbesserung im Bereich der stationären Pflegeleistungen – hier setzt die Fürsorgepflicht des Dienstherrn an einer wichtigen Stelle Prioritäten. Mit diesen Weiterentwicklungen gibt der Dienstherr Bund positive Signale zur Weiterentwicklung des eigenständigen Beihilfesystems, die auch Muster für viele Länder sein können.

Als beachtenswert sieht der dbb die neu vereinbarten Gebührensätze für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker an, die gemeinsam mit den Heilpraktikerverbänden vereinbart wurden. Hier muss nunmehr die Praxis zeigen, dass sich der eingeschlagene Weg über vertragliche Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern, der privaten Krankenversicherungen sowie der Beihilfe von allen Beteiligten angenommen wird.

Zentraler Kritikpunkt an dieser dritten Änderungsverordnung bleibt jedoch die Problematik der freiwillig gesetzlich krankenversicherten Beamtinnen und Beamten. Hier sieht der dbb trotz der grundsätzlichen Öffnungsaktion der PKV mit begrenzten Risikozuschlägen weiterhin Probleme; so müsste für alle Fälle eine alternative Absicherung in der PKV sichergestellt sein und ein Verweis auf den Basistarif mit den stark abgesenkten Abrechnungssätzen stellt aus Sicht des dbb keine ausreichende Lösung dar. Gerade dieser als „Auffangtarif“ ausgestaltete Basistarif, der in der Regel zum Höchstbetrag angeboten wird, ist in Preis und Leistung – insbesondere für verheiratete Beihilfeberechtigte – nicht akzeptabel. Deshalb appelliert der dbb, § 47 Abs. 6 BBhV in der bisher gültigen Fassung zu belassen. In diesem Zusammenhang verweist der dbb auf das bereits im Jahr 2004 im Innenausschuss vorgestellte – und gerade heute Lösungswege aufzeigende – Modell der Teilkostenversicherung für gesetzlich krankenversicherte Beamtinnen und Beamte, das eine Lösung für diesen Personenkreis beinhalten würde.

Im Rahmen dieser Stellungnahme möchte der dbb die Möglichkeit nutzen, um auf weitere Punkte der Bundesbeihilfevorschriften hinzuweisen, die bei unseren Mitgliedern für Kritik sorgen: Dies bezieht sich auf die Jahresfrist zur Geltendmachung von Beihilfe sowie den Verzicht auf die Rücksendung von Kopien, insbesondere bei Arzneimitteln.

Zu den Vorschriften in Artikel I im Einzelnen:

### **Zu § 6 (Verträge mit Leistungserbringern)**

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen betrifft sowohl die Beihilfe und damit die Dienstherrn als auch die Kosten der privaten Krankenversicherung der Beamten und Versorgungsempfänger. Ein Ansatz, dem entgegenzuwirken, stellen vertragliche Vereinbarungen mit den Leistungserbringern dar.



Erste Erfahrungen werden bei den Rabatten zu Arzneimitteln im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes gesammelt – sowie seit Oktober 2011 – mit dem Vertrag mit den Verbänden der Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern. Hierbei gilt es sicherzustellen, dass die freie Wahl des behandelnden Heilpraktikers bzw. der behandelnden Heilpraktikerin grundsätzlich erhalten bleibt.

#### **Zu Abs. 6 (Maßnahmen zur Früherkennung bzw. Vorsorge)**

Die Schaffung der Möglichkeit, Maßnahmen zur Früherkennung bzw. Vorsorge in Form von einmaligen oder laufenden Beteiligungen des Bundes als Beihilfeträger an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen zu fördern, wird begrüßt. Der dbb geht dabei davon aus, dass sichergestellt wird, dass die einzelnen Einrichtungen oder Stellen des Bundes, die Beihilfe gewähren, ausreichend finanziell ausgestattet werden.

#### **Zu § 8 (Beihilfefähigkeit von Attesten für berücksichtigungsfähige Angehörige)**

Zum ausdrücklichen Ausschluss von Attesten und Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Angehörige wird angeregt, dass diese besonders für Kinder – falls diese verpflichtend von Schulen oder von Behörden eingefordert werden – ebenfalls als beihilfefähig berücksichtigt werden sollten.

#### **Zu § 10 (Vererbbarkeit des Beihilfeanspruchs; Nachweis des ergänzenden Versicherungsschutzes)**

Die Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Vererblichkeit der Beihilfe (Urteil vom 29. April 2010 – Az.: 2 C 77/08) wird begrüßt. Dies schafft sowohl für die Erben als auch die Leistungserbringer Klarheit, wie die bis zum Tode angefallenen Krankheitskosten ordnungsgemäß abgerechnet werden können.

Ebenso begrüßt wird der Verzicht des Nachweises des beihilferechtlichen Krankenversicherungsschutzes für die grundsätzliche Beihilfegewährung. Diese Koppelung sieht der dbb als nicht erforderlich an; Regelungen zum Vollzug der Versicherungspflicht wären inhaltlich dem Versicherungsvertragsgesetz – und somit für alle Personengruppen gleichermaßen – zuzuordnen.

#### **Zu § 14 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen)**

An dieser Stelle soll nochmals an die Notwendigkeit erinnert werden, für berücksichtigungsfähige Angehörige oder Kinder die Kosten für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu übernehmen, da das Erfordernis solcher Bescheinigungen grundsätzlich weder von den berücksichtigungsfähigen Angehörigen noch den Kindern gesteuert werden kann.

#### **Zu § 15 (Kieferorthopädische Behandlungen: Wechsel des Kieferorthopäden)**

Bei kieferorthopädischer Behandlung oder beim Wechsel des Kieferorthopäden oder der Kieferorthopädin muss sichergestellt werden, dass bei einer Bindung der Kosten an den Heil- und Kostenplan die Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden. Ein Wechsel des Kieferorthopäden kann aus Gründen eines Umzugs oder aufgrund der Behandlungsqualität



erforderlich werden. Gegebenenfalls anfallende Doppel- bzw. Zweituntersuchungen können in diesen Fällen nicht dem Beihilfeberechtigten angelastet werden.

### **Zu § 22 (Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln)**

Die Frage der Gestaltung der Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln stellt für die Beihilfeberechtigten eine grundsätzliche Herausforderung dar: Diese war in der Vergangenheit äußerst schwer verständlich. Weder die behandelnden Ärzte noch die Apotheken können in allen Fällen korrekte Auskünfte erteilen. Beispiele hierfür sind die vielfältigen Probleme mit Festbetragsarzneimitteln bzw. mit dem Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, soweit diese in Therapiestandards eingegliedert werden. Deshalb stellt sich die Frage, ob die nunmehr gefundene Regelung in der Praxis diese Probleme beseitigen kann und im Zusammenspiel mit der Härtefallregelung den Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts standhalten kann.

Grundsätzlich unterscheidet die Neugliederung vier nicht beihilfefähige Gruppen:

- Arzneimittel, die überwiegend zur Erhöhung der Lebensqualität dienen (mit Ausnahmen),
- verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung z. B. von Erkältungskrankheiten/Mund- und Rachenerkrankungen, Verstopfungen oder Reisekrankheiten,
- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und die jeweiligen Ausnahmen sowie
- hormonelle Mittel.

Diese Gliederungsform erscheint als ein durchaus gangbarer Weg; Probleme sind aber weiterhin bei den jeweiligen Ausnahmeindikationen zu erwarten, z. B. beim Begriff des Therapiestandards.

Die Regelung zu Festbetrags-Arzneimitteln, die nunmehr in der Verordnung selbst enthalten ist und damit dem Gesetzesvorbehalt nachkommt, soll den formal-rechtlichen Einwänden entgegenwirken, was bislang zu vielen Irritationen unter den Beihilfeberechtigten gesorgt hat. Anlage 10 fasst die gesamten Festbetragsarzneimittel zu speziellen Arzneimittelfestbetragsgruppen zusammen. Dabei werden folgende grundsätzliche Mittel unterscheidenden:

- Mittel mit denselben Wirkstoffen,
- Mittel mit pharmalogisch therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen sowie
- Mittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen.

Trotz dieser klaren Gliederung ist nicht davon auszugehen, dass der Arzt oder ein Apotheker diese Regelungen ausreichend erklären bzw. eine Verordnung so darauf abstimmen kann, dass möglichst keine Eigenbehalte beim Patienten verbleiben.



Hinzu kommt gerade bei Generika das Problem, das Marktangebot zu überblicken sowie ggf. abweichende allergische Reaktionen, wenn Unverträglichkeiten gegenüber dem im Generikaprodukt verwendeten preiswerteren Trägerstoffen vorliegen.

### **Zur Beihilfefähigkeit der Integrierten Versorgung**

Die Aufnahme der Vorschrift zur Beihilfefähigkeit von integrierter Versorgung in das Beihilferecht wird begrüßt. Damit kann sichergestellt werden, dass eine qualitätsgesicherte, Sektor übergreifende bzw. fachübergreifend vernetzte Behandlung von Patienten erfolgen kann. Die zwischen den Leistungserbringern und der privaten bzw. der gesetzlichen Krankenkasse geschlossenen Verträge, erleichtern die Abrechnung der Beihilfe. Positiver Nebeneffekt ist, dass durch diese neue Versorgungsform auch mit Kosteneinsparungen zu rechnen ist. Dies gilt für die besonders häufig verbreiteten Krankheiten wie die Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Bandscheibenerkrankung.

### **Zu § 26 Abs. 2 (Behandlung in Privatkliniken)**

Die Umstellung der Abrechnungsmodalitäten für Behandlungen in Privatkliniken erscheint als ein gangbarer Weg. Mit dem Verzicht auf die Vergleichsberechnung mit den Werten des nächsten Maximalversorgers und nunmehr Bezugnahme auf die obere Korridorgrenze des Wertes für Krankenhäuser, wird eine neutrale Kostengröße als Vergleichsmaßstab benannt. Dies bietet sowohl den Leistungserbringern Klarheit bei der Abrechnung und hilft hoffentlich auch den Beihilfeberechtigten dabei, dass eine schnelle Abwicklung der Rechnungen erfolgen kann. Dabei geht der dbb davon aus, dass dann, wenn bei Behandlungen in Privatkliniken eine Umsatzsteuer berechnet wird, diese ebenfalls von der Beihilfe getragen wird. Eine Klarstellung wäre ggf. hilfreich.

### **Zu § 27 (häusliche Krankenpflege)**

An dieser Stelle wird die Klarstellung begrüßt, dass in Zusammenhang mit Aufwendungen für die Beatmungspflege ohne zeitliche Begrenzung häusliche Krankenpflege gewährt wird.

### **Zu § 39 (Vollstationäre Pflege; insbesondere Berechnung Eigenanteil)**

Zentraler Bestandteil der Neufassung des § 39 zur vollstationären Pflege stellt die Berechnung des Eigenanteils dar. Hierbei wird neu definiert, in welchem Umfang Pflegeleistungen, die über die nach § 39 Abs. 1 hinausgehen, Verpflegung sowie Unterkunftskosten einschließlich der Investitionskosten beihilfefähig sind. Hierzu wird das bislang praktizierte Modell grundsätzlich modifiziert. Ziel ist dabei zu vermeiden, dass Beamte und Versorgungsempfänger in den unteren Besoldungsgruppen in eine Notlage geraten und damit auf Sozialhilfe angewiesen wären. Die Neuregelung differenziert nach Personen, die der vollstationären Pflege bedürfen bzw. welche zusätzlich einen eigenen Haushalt führen müssen. Über Abs. 3 Nr. 5 soll zudem eine Abstufung im Hinblick auf die amtsangemessene Besoldung der beihilfeberechtigten Person erfolgen. Dies entspricht zwischen ca. 60 € und 189 € in Bereich der A-Besoldung. Insgesamt ist zu hoffen, dass diese Regelung geeignet ist, entsprechenden Verfahren in diesem Bereich zur amtsangemessenen Alimentation vorzubeugen.



### **Zu § 47 Abs. 6 (Bemessungssatz für freiwillig gesetzlich Versicherte)**

Die Reduzierung des Beihilfebemessungssatzes für freiwillig gesetzlich krankenversicherte Beamte und Versorgungsempfänger stellt einen zentralen Kritikpunkt an der 3. Änderungsverordnung dar; besonders deshalb, weil dieser Personenkreis den gesamten Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung alleine trägt und damit den Dienstherrn schon seit langem entlastet.

Mit der Änderung sind eine Vielzahl von Fragen und Problemen verbunden. Eine Wechselmöglichkeit in die PKV müsste für alle Familienmitglieder sichergestellt sein – und das nicht nur in den Basistarif der privaten Krankenversicherung. Dieser ist aufgrund der Beitragsstruktur – die Kalkulation orientiert sich am Höchstbeitrag der GKV – sowie des Leistungskatalogs und des Abrechnungssatzes nicht empfehlenswert. Für Beamte und Versorgungsempfänger, die sich zum Verbleib in der GKV entscheiden, wird es auch problematisch sein, den ergänzenden Teil der Leistungen noch zu akzeptablen Preisen nachversichern zu können.

Aus diesem Grund fordert der dbb, auf diese Änderung gänzlich zu verzichten.

Zur grundsätzlichen Problematik der gesetzlich krankenversicherten Beamten und Versorgungsempfänger wird auf die langjährigen Vorschläge des dbb zur Teilkostenversicherung verwiesen. Damit können sowohl die Interessen des eigenständigen Beihilfesystems als auch die der freiwillig gesetzlich versicherten Beamten und Versorgungsempfänger in Einklang gebracht werden. Zumindest müsste an eine Übergangsregelung für bestehende freiwillig in der GKV versicherte Beamtinnen und Beamte gedacht werden, da diese in der Regel wegen fortgeschrittenen Alters nicht mehr die Möglichkeit haben, ergänzende Tarife zu bezahlbaren Konditionen abzuschließen.

### **Zu § 48 (Nachweis des Krankenversicherungsschutzes)**

Durch diese Änderung ergibt sich für die Beihilfeberechtigten keine Erleichterung beim Nachweis des Krankenversicherungsschutzes gegenüber dem Dienstherrn. Diese Regelung hat jedoch nur Auswirkungen auf die 100%-Grenze und nicht mehr auf die Beihilfegewährung insgesamt.

### **Zu § 49 (Verzicht auf Eigenbehalte bei bestimmten Arzneimitteln)**

Die Möglichkeit, Arzneimittel, deren Apothekenverkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens 30 Prozent niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, ohne Eigenbehalte beziehen zu können, wird begrüßt.

### **Zu § 50 (Neuregelung der Härtefallregelung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel)**

Mit dieser Regelung sollen die Vorgaben des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. Juni 2008 (Az.: 2 C 2/07) umgesetzt werden. Dies führt zu einer differenzierten Belastungsgrenze für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel und die sonstigen Aufwendungen. Hierzu ist festzustellen, dass das gewählte Verfahren dazu führt, dass alle Beihilfeberechtigten trotzdem weiter einen Großteil der Aufwendungen selbst zu tragen haben. Die Staffelung nach einfachem/mittlerem Dienst, gehö-



benem Dienst und höherem Dienst berücksichtigt jedoch noch nicht die unterschiedliche Inanspruchnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Dies kann unabhängig von der Besoldungsgruppe zu weiteren besonderen Belastungen führen. Deshalb ist fraglich, ob mit dieser Regelung die Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts vollumfänglich umgesetzt werden.

### **Zu § 51 (Ausdehnung der Abschlagsregelung für Aufwendungen in Pflegefällen)**

Die Verlängerung der Abschlagszahlungen für Pflegefälle auf 12 Monate stellt in der Praxis eine deutliche Erleichterung für die Beihilfeberechtigten bzw. deren Betreuer dar. Bei Abschlagszahlungen besteht jedoch grundsätzlich die Möglichkeit der Überzahlung und der Folge der Rückforderung durch den Dienstherrn. Deshalb wird angeregt, bei der Abschlagsgewährung auf diesen Umstand besonders hinzuweisen.