

Beihilfeänderungen (Beihilfekürzungen) im Bereich

- der zahntechnischen Leistungen
- Rehabilitationsmaßnahmen (Reha) und Kuren (positives Urteil)
- **Arzneimittel** (Verbesserungen bei Vitamin- und Mineralstoffpräparaten)

Inhalt:

- Was ändert sich bei der Beihilfe?
- Worauf muss ich achten?
- Was kann ich selbst tun?
- Wer kann mich dabei unterstützen und beraten?

Beihilfeänderung

Beispiel für die Erstattung der zahntechnischen Leistungen

Beihilfe von 50% bzw. 70 % (bei mehreren Kindern oder im Ruhestand)

Gesamtkosten z.B. für ein Gebiss = 16.000,- €

Beihilfefähig sind nur noch 70 % der **zahntechnischen Laborleistungen**.
Davon wird der geltende Beihilfesatz übernommen.

Bei Beihilfe von 50 %

Zahnarztkosten / Behandlungs- kosten	Beihilfe übernimmt bei 50%	Krankenkasse übernimmt bei 50%	Eigenanteil
6.000,-	3.000,-	3.000,-	Kein Eigen- anteil
Zahntechnische Leistungen / Laborkosten	Beihilfefähig nur 70%	Krankenkasse übernimmt 50 %	Eigenanteil
10.000,-	70 % von 10.000,- = 7.000,- davon 50 % = 3.500,-	= 5.000,-	= 1.500,- €

Bei Beihilfe von 70 %

Zahnarztkosten / Behandlungs- kosten	Beihilfe übernimmt bei 70%	Krankenkasse übernimmt bei 30%	Eigenanteil
6.000,-	4.200,-	1.800,-	Kein Eigen- anteil
Zahntechnische Leistungen / Laborkosten	Beihilfefähig nur 70%	Krankenkasse übernimmt bei 30 %	Eigenanteil
10.000,-	70 % von 10.000,- = 7.000,- davon 70 % = 4.900,-	30% von 10.000,- = 3.000,- = 3.000,-	= 2.100,- €

Gravierende Einschnitte in der Beihilfe und Erfolg beim größten privaten Krankenversicherer im Beamtenbereich

Die Landesregierung hat 2013 die Erstattungsmöglichkeiten in der Beihilfe bei den zahntechnischen Laborleistungen (Material- und Arbeitskosten) stark gekürzt. Es sind seither nur noch 70 % der zahntechnischen Leistungen beihilfefähig.

Das bedeutet bei **Gesamtkosten z.B. für ein Gebiss von 16.000,- €**, davon **zahntechnischen Leistungen von 10.000,-** und bei einer Beihilfeberechtigung von 50% einen Eigenanteil von **1.500,-**, bei einer Beihilfeberechtigung von 70 % einen Eigenanteil von **2.100,- €**.

Der größte private Krankenversicherer im Beamtenbereich, **die Debeka**, teilte ihren Versicherten mit, dass diejenigen Versicherten, die einen BE 1 Tarif abgeschlossen haben, mit einer zusätzlichen Kostenübernahme von zahntechnischen Leistungen, die nicht von der Beihilfe übernommen werden, in Höhe von 1.125,- € für die ersten drei Übergangsjahre und dann jährlich mit bis zu 3.075,- € rechnen können.

Allen Versicherten, die nicht den BE1 Tarif haben wurde lediglich ein neuer Tarif C mit vorheriger Gesundheitsprüfung und monatlichen Kosten von ca. 50,- € angeboten.

Nachdem mir auf den Schwerbehindertenversammlungen im Land immer wieder Lehrkräfte mitteilten, dass sie nach der Gesundheitsprüfung keine Zusatzversicherung (auch nicht den teureren Tarif C) abschließen konnten und somit in einem Teilbereich unversichert seien, habe ich an den Hauptvorstand der Debeka geschrieben.

Die Debeka hat daraufhin eingelenkt und einen neuen Tarif nur für die Versicherung der zahntechnischen Leistungen angeboten, verzichtet dabei auf eine **allgemeine** Gesundheitsprüfung und schließt ausdrücklich **keine** Person vom Versicherungsschutz mehr aus.

Hinweis:

Inzwischen haben wir erfahren, dass weitere private Krankenversicherer wie die Süddeutsche Krankenversicherung SDK, die Signal-Iduna, die Allianz Private Krankenversicherung, und die DBV-AXA Versicherungsgruppe Zusatzversicherungen für die zahntechnischen Leistungen ihrer Mitglieder anbieten.

Was kann ich tun?

Was können Sie tun, wenn ihre private Krankenversicherung Ihnen keine Zusatzversicherung für die zahnärztlichen Leistungen anbietet oder ihnen auf Grund der Gesundheitsprüfung überhaupt keine Versicherungsmöglichkeit bietet:

Sie können sich an den neutralen und außergerichtlichen Ombudsmann für die privaten Krankenversicherer wenden.

Ombudsmann
für private Kranken- und Pflegeversicherungen
Postfach 060222
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de
Tel. 0800-255 04 44, Fax: 030-20 45 89 31

Sollte zusammen mit dem Ombudsmann keine für Sie akzeptable Lösung gefunden werden, so bieten einige Versicherer eine Zahnzusatzversicherung an.

Weitere Informationen geben dazu die **Verbraucherzentrale** (Peter Griebel, Referent für Versicherungen bei der Verbraucherzentrale Tel. 0900-1-77 444-3); Versicherungsberater oder Versicherungsmakler.

Hinweis:

Da ich kein Beihilfe- oder Versicherungsspezialist bin, kann ich Sie **weder** beraten **noch** Anfragen und Mails zum Thema Beihilfe beantworten. Ich bitte dafür um Verständnis.

Kurt Wiedemann



Baden-Württemberg

DIE HAUPTVERTRAUENSPERSON DER SCHWERBEHINDERTEN LEHRKRÄFTE AN GRUND-, HAUPT-, WERKREAL-, REAL-, GEMEINSCHAFTS- UND SONDERSCHULEN BEIM MINISTERIUM FÜR KULTUS, JUGEND UND SPORT

Hauptvertrauensperson GHWRGS beim Kultusministerium
Baden-Württemberg • Postfach 10 34 42 • 70029 Stuttgart

Debeka-Krankenversicherungsverein a. G.
Herrn Vorstandsvorsitzender
Uwe Laue
Postfach 30 03 55
56027 Koblenz

Stuttgart 29.11.2013
Durchwahl 0711 279-2753
Telefax 0711 279-2879
Name Kurt Wiedemann
Gebäude Königstr. 19 a
Aktenzeichen HVP-GHWRGS-0374.2
(Bitte bei Antwort angeben)

Beihilfeveränderungen in Baden-Württemberg

- Tarif BE 1 2. Besonders berechenbare zahntechnische Laborleistungen
- Neu Tarif BC mit Gesundheitsprüfung

Sehr geehrter Herr Vorstandsvorsitzender Laue,

das Land Baden-Württemberg hat seine Beihilfeverordnung verändert, so dass das Land bei den Beihilfeberechtigten nur noch von 70 % der zahntechnischen Laborleistungen den jeweiligen Beihilfesatz übernimmt.

Die Debeka hat ihren Versicherten mit dem bisherigen Tarif BE 1 mitgeteilt, dass sie von den nicht durch die Beihilfe abgedeckten Betrag für jedes Kalenderjahr bis zu 3.075,00 € an Kosten übernimmt, in den ersten beiden Jahren nach Änderung der Beihilfe jedoch nur bis zu 1.125,00 € pro Jahr. Dafür entstehen dem Versicherten keine Beitragsmehrkosten.

Für die Versicherten, die nicht den Tarif BE 1 abgeschlossen haben, gibt es diese Möglichkeit so nicht.

Hier bieten Sie lediglich einen neuen Tarif BC an, der mehr Leistungen enthält, wesentlich teurer ist und zusätzlich eine Gesundheitsprüfung umfasst.

Durch diese Gesundheitsprüfung ist es einer Reihe von Ihren langjährigen Versicherten unmöglich das Risiko der Restkosten bei den zahntechnischen Leistungen zu versichern. Dies ist nicht akzeptabel.

Da ein großer Anteil der verbeamteten Lehrkräfte und der weiteren Landesbeamten bei der Debeka versichert ist, bitten wir Sie zu prüfen:

- Kann den langjährig Versicherten neben dem neuen Tarif BC mit mehr Leistungen und einer Gesundheitsprüfung
 - ein zusätzlicher **und günstiger Zusatztarif** - von der Debeka angeboten werden, der **lediglich** die von der Beihilfe nicht abgedeckten **zahntechnischen Laborleistungen** umfasst.
- Damit könnte auch die generelle Gesundheitsprüfung entfallen und so langjährige Versicherte nicht vom zusätzlichen Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.
- Sollte Ihnen dies, trotz intensiver Prüfung, nicht möglich sein, so bitten wir für Ihre langjährigen Versicherten - beim Abschluss des Ergänzungstarifs BC - wenigstens auf eine erneute Gesundheitsprüfung zu verzichten.

Wir bitten Sie hiermit die genannten Alternativen zu prüfen und uns bis zum Jahresende über das Ergebnis Ihrer Prüfung zu unterrichten.

Wir werden dann die beamteten Lehrkräfte und über unsere weiteren Vertretungen auch die anderen Landesbeamten über Ihre Antwort unterrichten.

Mit freundlichen Grüßen



Kurt Wiedemann
HVP GHWRGS



Versichern • Bausparen

Krankenversicherungsverein a. G.

Hauptverwaltung
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18
56058 Koblenz

Hauptvertrauensperson GHWRGS beim
Kultusministerium Baden-Württemberg
Herrn Wiedemann
Postfach 10 34 42
70029 Stuttgart

Herr Nelius - KV/G ne-ph
Telefon (02 61) 4 98 - 1101
Telefax (02 61) 4 98 - 1155
Internet: www.debeka.de

12. Dezember 2013

Einschränkung der Beihilfe für zahntechnische Laborleistungen in Baden-Württemberg

Ihr Schreiben vom 29. November 2013, Az.: HVP-GHWRGS-0374.2, unser Telefonat vom 11. Dezember 2013

Sehr geehrter Herr Wiedemann,

wie in unserem Telefonat vom 11. Dezember 2012 angekündigt, wollen wir Ihnen die besprochenen Punkte noch einmal schriftlich darlegen.

Sie hatten das Problem geschildert, dass Beihilfeberechtigte, die in Baden-Württemberg den Tarif BE1 nicht abgeschlossen haben, die neu entstandene Deckungslücke im Bereich der zahntechnischen Laborleistungen nicht schließen können, da sie aufgrund der Gesundheitsprüfung abgelehnt würden. In diesem Zusammenhang führten Sie den neuen Unisex-Tarif BC an, für dessen Abschluss eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist.

Wir denken, wir haben eine gute Nachricht für Sie: denn wir haben bei dem Konzept der Unisex-Tarife genau solche Fälle berücksichtigt. Aus diesem Grunde haben wir den Beihilfeergänzungstarif BG konzipiert, der ausschließlich Leistungen für den Bereich der zahntechnischen Laborleistungen bei Zahnersatz und für Behandlungen im Ausland vorsieht. Die Gesundheitsprüfung für diesen Tarif umfasst nur eine Frage, die sich auf den Bereich Zahnersatz bezieht. Ablehnungen des Tarifs BG werden nicht vorgenommen. Daher kann jeder Beamte, der die neu entstandene Beihilfelücke in Baden-Württemberg absichern will, den Tarif BG abschließen.

Voraussetzung für den Abschluss des Tarifs BG ist jedoch der Wechsel des gesamten Versicherungsschutzes in die so genannte Unisex-Welt. Das heißt konkret, dass der Versicherungsschutz beispielsweise von den Tarifen P und Z in die Tarife B, WL und BG umgestellt werden muss. Inwieweit es aufgrund des Wechsels in die Unisex-Tarife zu Beitragserhöhungen für die betroffenen Mitglieder kommt, hängt sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht ab. Da die Unisex-Tarife Mehrleistungen enthalten, ist für diese zwar eine Gesundheitsprüfung notwendig, jedoch kann es auch hier in keinem Fall zu Ablehnungen kommen.

Wir empfehlen den betroffenen Versicherten, sich mit der für sie zuständigen Geschäftsstelle in Verbindung zu setzen, um die Beiträge für die Umstellung zu erfragen. Bei sonstigen Rückfragen stehen wir Ihnen ebenfalls unter der im Briefkopf genannten Rufnummer zur Verfügung.

Wir hoffen, sehr geehrter Herr Wiedemann, dass wir Ihnen in Ihrem Anliegen weiterhelfen konnten. Daher betonen wir nochmals an dieser Stelle, dass wir keinen Versicherten aus Gesundheitsgründen ausschließen und allen eine Kompensation des weggefallenen Beihilfeanspruchs im Bereich der zahntechnischen Laborleistungen zur Verfügung stellen.

Mit freundlichen Grüßen



Laue

5.8.13 „Auf Vermerke in der Zahnarztakte achten“

Herr Griebble, ist eine private Zahnzusatzversicherung grundsätzlich empfehlenswert?

Die private Zahnzusatzversicherung ist eine „Kann-Versicherung“. Sie kann dann interessant sein, wenn man wichtigere Sparten wie etwa die Haftpflicht- und Berufsunfähigkeitsversicherung bereits abgeschlossen hat. Wenn dann noch Geld zur Verfügung steht, kann man sich überlegen, solch einen Vertrag einzugehen. Dabei sollte man jedoch bedenken, dass man das Geld, das man für die Police bezahlt, auch ansparen kann. Wenn später einmal höhere Zahnarztkosten anfallen sollten, kann diese Anlage herangezogen werden.

Für wen ist so eine Versicherung sinnvoll?

Für Menschen, die sich schervun, Geld konsequent zur Seite zulegen – ebenso für Leute, die wissen, dass ihre Zähne familienbedingt nicht die besten sind oder die nicht so diszipliniert ihre Zähne pflegen. Wer aber eine gute Zahnhygiene betreibt, reduziert die Gefahr, dass größere Zahnarztkosten entstehen.

Und wie ist das bei Kindern? Lohnt sich die Zahnzusatzversicherung bei ihnen?

Da Kinder oft kieferorthopädisch versorgt werden müssen, kann man sich das überlegen. Es gibt kostspielige Behandlungen, die nicht vollständig oder gar nicht von der Krankenkasse bezahlt werden. Aber auch hier gibt es wichtigere Versicherungen – vor allem die Kinderinvaliditätsversicherung.

Worauf sollte man allgemein bei der Auswahl achten? Zunächst ist es gut, wenn man prüft, welche Leistungen man überhaupt benötigt – sollen etwa Implantate

Interview Der Experte Peter Griebble berät Verbraucher bei der richtigen Wahl der Zahnzusatzversicherung. Denn die Kosten variieren sehr stark.

te mitversichert sein. Man sollte darauf schauen, wie hoch die Erstattungssätze sind, also wie viel Prozent der anfallenden Kosten auch wirklich übernommen werden und welche jährlichen Höchstgrenzen bestehen. Auch sollte man darauf achten, auf welchen Betrag sich die Erstattungssätze beziehen und wie sich der Kassenzuschuss auswirkt. Unterschiede bei den Wartezeiten können bedeutsam sein. Manche Verbrauchern ist es zudem wichtig, dass keine Einschränkungen bezüglich bestimmter Behandlungsmethoden und der Zahnarztwahl bestehen.

Was kostet eine Zahnzusatzversicherung?

Das ist ganz individuell. Je umfassender die verbinten Erstattungssätze und Bedingungen, desto höher sind natürlich auch die Beiträge. Die Kosten sind sehr davon abhängig, in welchem Alter der Vertrag abgeschlossen wird – die Spanne reicht von wenigen Euro bis zu 50 Euro und mehr im Monat.

Welche Probleme treten häufiger bei der Kosten-erstattung auf?

Versicherer behaupten gerne, die Behandlung wäre vor Abschluss des Versicherungsvertrages begonnen worden.

Dann müsste der Versicherer nicht leisten. Grundla-ge für eine solche Behauptung können Vermerke in der Zahnarztakte sein, die der Versicherer im Schadensfall einseht. Selbst wenn der Zahnarzt in der Vergangenheit ein Thema nur angesprochen hatte, wird versucht, dies für eine Leistungsablehnung zu nutzen. Es ist daher empfehlenswert, vor Abschluss den Zahnstatus mit dem Zahnarzt abzuklären.

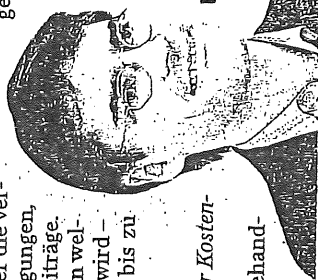
Wie groß ist denn die Nachfrage nach Zahnzusatzver-sicherungen?

Die Abschlusszahlen in dieser Sparte sind steigend, ebenso die Beratungsnachfrage dazu bei uns.

Es gibt eine Flut an privaten Zahnzusatzversicherun-gen. Wie verschafft man sich da einen Überblick?

Der Vergleich zwischen den einzelnen Angeboten ist schwierig, weil die Unterschiede und Ausdifferen-zierungen so groß sind. Ohne einen Tarifvergleichs-rechner geht kaum etwas. Einen Überblick über den Markt, die Möglichkeiten und die verschiedenen An-gebote können Versicherungsberater, Versicherungsmakler oder die Verbrau-cherzentrale geben.

Das Gespräch führte Nora Stöhr.



Berater Peter Griebble (47) ist Referent für Versicherungen bei der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg. Seine Pro-motion hat er im Fach Wirtschafts-wissenschaften abgelegt. noa

Privattarife unter der Lupe

Südd. Zeit. 27.14

Die Rating-Agentur Assekurata bewertet die Leistungen von Krankenversicherern

Köln – Wer eine private Krankenversicherung (PKV) hat und sich in einer Privatklinik behandeln lässt, fühlt sich bei den Kosten auf der sicheren Seite. Doch oft droht eine unangenehme Überraschung. Privatkliniken sind deutlich teurer als die öffentlichen Krankenhäuser. Nicht alle Privaten tragen aber die höheren Kosten. Das sagen sie auch so in ihren Versicherungsbedingungen, aber versteckt und verklausuliert.

„Die Kunden müssen dann ein Drittel der Rechnung selbst bezahlen“, weiß Reiner Will. Bei einer Krankenhausbehandlung kommt da schnell ein hoher Betrag zusammen. Will ist Geschäftsführer der Rating-Agentur Assekurata in Köln. Sie bietet Versicherern als neue Dienstleistung die Analyse und Bewertung von PKV-Tarifen an. „Wir haben uns die anderen Produktvergleiche angeschaut und dort eine Lücke gesehen“, sagt Will. Viele Vergleiche und Ratings orientieren sich zu stark am Preis, kritisiert Will.

Assekurata stellt dagegen den Leistungsumfang in den Mittelpunkt und prüft, ob ein Kunde tatsächlich die Leistungen erhält, die zu einem Standard-, Kom-

fort- oder Top-Schutz in der PKV gehören sollten. Gleichzeitig prüft das Unternehmen auch die Kalkulationen der bewerteten Anbieter, um die Stabilität der Beiträge einschätzen zu können.

Ein Privattarif muss mindestens das erstatten, was auch die gesetzlichen Kassen bezahlen, und zusätzliche Leistungen bieten, findet Will. Das ist häufig nicht der Fall, gerade bei sogenannten Billigtarifen. So zahlen manche Anbieter nicht für die ambulante Psychotherapie oder bei Hilfsmitteln wie Rollstühlen und Prothesen nur für veraltete oder einfache Modelle.

Zwar versucht der PKV-Verband durch die Empfehlung von Mindeststandards, hier Abhilfe zu schaffen. Um auf Nummer sicher zu gehen, sollten sich Kunden aber vor Abschluss einer Police genau nach dem Leistungsumfang erkundigen. Dabei kommt es auch auf persönliche Vorlieben an. Wer auf Alternativmedizin setzt, sollte abklären, ob sie abgedeckt ist.

Assekurata hat 30 Leistungsbereiche in der Vollversicherung und 20 beim Pflegegeld definiert, die verschieden gewichtet in die Bewertung nach Schulnoten ein-

fließen – abhängig davon, wie häufig eine Leistung vorkommt und welche finanzielle Belastung für den Kunden sie bedeutet.

Die Unternehmen bezahlen für die Bewertung zwischen 9500 Euro und 16 500 Euro. Das Ergebnis können sie mit einem Siegel nach außen dokumentieren, was wohl nur tun wird, wer gut abschneidet. Das war bei der Allianz Private Krankenversicherung der Fall, die als erste das neue Verfahren durchlaufen hat. Bei drei weiteren Versicherern waren die Ergebnisse weniger erfreulich.

Assekurata hofft, dass vermehrte Nachfragen von Kunden und Maklern nach Qualitäts-Bewertungen langfristig das Interesse an dem Siegel erhöhen und damit für mehr Transparenz im Markt sorgen. „Es ist nicht ausgeschlossen, dass wir auf Dauer den Markt etwas bewegen können“, sagt Birgit König, Chefin der Allianz Private Kranken.

ILSE SCHLINGENSIEPEN

Druckkontrollelement der SV Zeitungsdruck GmbH



I N F O R M A T I O N S B L A T T

der Schwerbehindertenvertretung und des Personalrats

Hinweise zu Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren

Bei Rehamaßnahmen und Kuren gibt es immer wieder Probleme bei der Kostenübernahme bzw. der vollständigen Erstattung der entstehenden Kosten bei Beamtinnen und Beamten durch die Beihilfe und die private Krankenversicherung.

Bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die gesetzliche Krankenversicherung und den Rentenversicherungsträger.

Da sich zudem die Bedingungen für die Kostenübernahme der genannten Kostenträger immer wieder verändern bzw. durch diese auch neu interpretiert werden, können wir keinerlei verbindliche Aussagen zu der Kostenübernahme machen.

Wichtig!

Vor einer Rehamaßnahme oder einer Kur muss deshalb **vorher und schriftlich** abgeklärt werden:

- Welche Sätze für Arztleistungen, Behandlungen, Anwendungen, Unterkunft und Verpflegung berechnet die gewünschten Reha- und Kureinrichtung?
- Wer übernimmt welche Kosten und in welcher Höhe?

Bei Beamtinnen und Beamten

- mit der privaten Krankenversicherung
- mit der Beihilfe

Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

- mit der gesetzliche Krankenversicherung
- mit dem Rentenversicherungsträger

Gegebenenfalls muss auch noch mit der gewünschten Einrichtung verhandelt werden. Die Vereinbarungen immer schriftlich bestätigen lassen.

I N F O R M A T I O N S B L A T T

der Schwerbehindertenvertretung und des Personalrats

Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren

1. **Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 7 Beihilfeverordnung (BVO)** („Beihilfe bei Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen“)

Im Folgenden wird dargestellt, wie bei der Beantragung einer **stationären Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 7 Beihilfeverordnung** (früher „Sanatoriumskur“) vorgegangen werden kann.

- **Wichtig!** Hier werden nur die einzelnen Ablaufschritte für das Vorgehen bei der Beantragung einer Rehamaßnahme geschildert. Die **finanziellen Folgen/Kosten** müssen **stets** vorher geklärt und schriftlich bestätigt werden.
Bei Beamtinnen und Beamten mit der Beihilfestelle (Landesamt für Besoldung und Versorgung) und der privaten Krankenversicherung.
Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Rentenversicherungsträger.

- 1.1 Suchen eines **geeigneten Hauses**, das die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt.
 - a) Kurverwaltung eines Badeortes um Übersendung eines Prospektes (Gästeinformation) bitten.
 - b) Geeignetes Haus aussuchen (im Prospekt steht meist "beihilfefähig").
- 1.2 Beim **Landesamt für Besoldung und Versorgung** nachfragen, ob das gewählte Haus § 7 BVO entspricht. Dies kann telefonisch geschehen - um einen **schriftlichen** Bescheid bitten
Man erhält vom LBV einen schriftlichen Bescheid, in dem dargestellt ist, welche Kosten erstattet werden, und was alles zu beachten ist.
- 1.3 Beim **Haus- oder Facharzt ein Attest** besorgen mit folgendem Inhalt:
 - a) Diagnose
 - b) Notwendigkeit der stationären Maßnahme mit Begründung
 - c) Dauer der Maßnahme (3 Wochen, 4 Wochen; 6 Wochen)
 - d) In welchem Haus? (Name und Anschrift des Hauses)
- 1.4 Beim **Gesundheitsamt**
Beschaffung eines amtsärztlichen Zeugnisses zur Vorlage beim LBV zum Antrag auf Gewährung einer Beihilfe für eine medizinische Rehabilitation. Dazu muss das haus- bzw. fachärztliche Attest vorgelegt werden.
- 1.5 **Terminabsprache**
mit dem Amtsarzt, zu welchem Zeitpunkt diese Maßnahme erforderlich ist, (ob sofort, also auch während der Schulzeit, ein Teil in den Ferien oder ganz in den Ferien) **man gilt als krank (Krankschreibung durch den einweisenden Arzt)**.
- 1.6 Nur bei einer Dauer der Maßnahme von **30 Tagen und mehr!** (wir empfehlen dies stets)
Vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle erforderlich.
Amtsärztliches Attest an die Beihilfestelle senden und um Genehmigung der Maßnahme bitten.
- 1.7 **Antritt und Durchführung** der stationären Rehabilitationsmaßnahme.
- 1.8 **Abrechnung** mit der Beihilfestelle unter Vorlage des amtsärztlichen Gutachtens
- 1.9 **Krankenversicherung:**
Parallel dazu ist ein Genehmigungsverfahren bei der Krankenversicherung erforderlich, will man nicht einen großen Teil der Kosten aus der eigenen Tasche bezahlen.
- 1.10 **Bemerkungen:**
Bei Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 7 BVO ist die medizinische Betreuung häufig erheblich besser als bei Kuren gemäß § 8 BVO. Außerdem können meist sämtliche Anwendungen im Hause durchgeführt werden.

Keine »Deckelung« der Beihilfe bei Behandlungen in Reha-Einrichtungen

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg entscheidet: »Deckelung« verstößt gegen das Grundgesetz

Mit Urteil vom 07.01.2014 (Az.: 13 K 2449/13) hat das Verwaltungsgericht Stuttgart (VG) entschieden, dass die in § 7 Abs. 7 Satz 4 BVO (alt) vorgesehene »Deckelung« der beihilfefähigen Aufwendungen für Behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen gegen Art. 33 Abs. 5 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) verstößt.

Kurt Schulz

Der hierauf gestellte Antrag des Landesamts für Besoldung und Versorgung Ba.-Wü. (LBV) auf Zulassung der Berufung gegen das genannte Urteil wurde durch Beschluss des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg (VGH) vom 14.03.2014 (Az.: 2 S 212/14) abgelehnt. Das genannte Urteil, das sich im Übrigen auf die Aussagen im Urteil des VGH vom 28.09.2011 (Az.: 2 S 1082/11) stützt, dem ein vergleichbarer Sachverhalt zugrunde lag, ist somit rechtskräftig geworden.

Nach der oben genannten Beihilfenvorschrift ist die Summe der in einer Rehabilitationseinrichtung entstandenen Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Pflege, Heilbehandlungen (zum Beispiel Krankengymnastik, Bäder usw.) und Arzneimittel nur bis zur Höhe des für Sozialversicherte vereinbarten Tagessatzes der Einrichtung beihilfefähig. Diese Regelung führte in der Vergangenheit und führt auch noch gegenwärtig häufig zu enorm hohen Selbstgehalten bei den beihilfeberechtigten Personen.

Die genannte Kostengrenze beruht auf der Annahme des Verordnungsgebers, dem Beihilfeberechtigten sei es ohne Weiteres möglich, mit den für seine Behandlung in Betracht kommenden Rehabilitationseinrichtungen eine Preisvereinbarung zu treffen, die der zwischen der jeweiligen Einrichtung und dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung entspricht. Nach Auffassung der beiden oben genannten Gerichte ist diese Vorstellung des Verordnungsgebers angesichts der schwachen Marktposition des einzelnen Beihilfeberechtigten gegenüber den in Betracht kommenden Rehabilitationseinrichtungen lebensfremd. Diese Einschätzung des VGH beruht darauf, dass ihm aufgrund der Vielzahl der bei ihm anhängig gewesenen Verfahren, die die Abrechnungspraxis der Rehabilitationseinrichtungen gegenüber den Beihilfeberechtigten zum Gegenstand hatten, bekannt ist, dass die Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation den Beihilfeberechtigten im Regelfall höhere Kosten berechnen als den gesetzlich Versicherten. Auch wenn den Beihilfeberechtigten in etwa derselbe Pauschalsatz berechnet wird (was häufig der Fall ist), beinhaltet der Tagessatz für die Beihilfeberechtigten im Regelfall nur die Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege. Arzneimittel sowie – insbesondere – sämtliche Heilbehandlungen werden dagegen den Beihilfeberechtigten zusätzlich in Rechnung gestellt, während diese



Leistungen bei den gesetzlich Versicherten vom pauschalen Tagessatz umfasst sind.

Nach der Rechtsprechung der beiden oben genannten Gerichte verstößt die in § 7 Abs. 7 Satz 4 BVO (alt) vorgesehene »Deckelung« der beihilfefähigen Aufwendungen somit insoweit gegen Art. 33 Abs. 5 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG, als Leistungen für notwendige und angemessene Heilbehandlungen nach der oben genannte Beihilfevorschrift in erheblichem Umfang nicht von der Beihilfe übernommen werden.

Inzwischen hat sich der Seniorenverband öffentlicher Dienst Ba.-Württ. e.V. an das Finanz- und Wirtschaftsministerium (MFW) gewandt und die Frage gestellt, ob und ggf. inwieweit der Verordnungsgeber bereit ist, die Aussagen im Urteil des oben genannten VG i.V.m dem genannten Beschluss des VGH beihilferechtlich umzusetzen. Sobald eine diesbezügliche

Antwort des MFW vorliegt, wird hierüber berichtet werden.

Bis dahin wird denjenigen Beihilfeberechtigten, bei denen weiterhin beihilferechtliche Kürzungen der genannten Art vorgenommen werden, empfohlen, hiergegen – unter Bezugnahme auf das eingangs zitierte Urteil des VG Stuttgart i.V.m. mit dem dort genannten Beschluss des VGH – Widerspruch beim LBV zu erheben.

Fazit

- ▣ Eine »Deckelung« der beihilfefähigen Aufwendungen für Behandlungen in stationären Reha-Einrichtungen, wie es die bis zum 31.03.2014 gültige und auch die seit dem 01.04.2014 neu gefasste Vorschrift des § 7 Abs. 7 BVO vorsieht, verstößt nach Auffassung der VGH gegen das in Art. 33 Abs. 5 GG genannte Gebot der Berücksichtigung der hergebrachten

Grundsätze des Berufsbeamtentums und gegen den in Art. 3 Abs. 1 GG manifestierten Gleichheitsgrundsatz.

- ▣ Bis zur Klärung des Umstands, ob und ggf. in welcher Weise das MFW beihilferechtliche Konsequenzen aus der hier in Rede stehenden Rechtsprechung ziehen wird, ist den von dieser beihilferechtlichen Regelung betroffenen Beihilfeberechtigten zu empfehlen, bei entsprechenden Beihilfekürzungen Widerspruch gegen insoweit belastende Beihilfebescheide zu erheben. Beachten Sie bitte, dass Satz 4 in § 7 Abs. 7 BVO (alt) ab dem 1.4.2014 durch den gleichlautenden Satz 6 ersetzt worden ist. ▣



Kurt Schulz
Dipl.-Verwaltungswirt
Weilheim/Teck

Verbesserungen erreicht

Die Deckelung der Beihilfe für Rehabilitationen ist aufgehoben. Bisher waren in der Beihilfeverordnung (BVO) die Summe der beihilfefähigen Unterbringungs- und Behandlungskosten in einer Rehabilitationseinrichtung auf dem mit Sozialversicherten vereinbarten Tagessatz begrenzt. Diese Regelung führte zu teilweise hohen Selbstbehaltungen. Der Verwaltungsgerichtshof hat am 14.03.2014 festgestellt, dass diese Regelung gegen die sogenannten „hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums“, Art. 33 Abs. 5 GG in Verbindung mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz, Art. 3 GG verstößt. Der Gesetzgeber muss nun die BVO rechtskonform anpassen. Das Ministerium für Finanzen und

Wirtschaft (MFW) hat am 31.07.2014 das LBV davon unterrichtet, dass spätestens im Widerspruchsfalle nach dieser Entscheidung verfahren wird. GEW-Mitglieder, die bei Reha-Maßnahmen Probleme mit der Erstattung durch die Beihilfe haben, können sich an ihre zuständige GEW-Rechtsschutzstelle wenden. Leider sind damit die Kostenerstattungsprobleme, die viele Betroffene bei ihrer privaten Krankenversicherung haben, nicht gelöst. Diese können in aller Regel wegen der Vertragsgestaltung nicht rechtlich gelöst werden.

Auch die Begrenzung der Beihilfe bei Versicherung im Standard- und Basis tariff ist aufgehoben. Beamteninnen und Beamten, die keine beihilfeergänzende

private Krankenversicherung, sondern nur die Grundabsicherung im Standard- oder Basistarif haben, erhielten seither deutlich geringere Beihilfeleistungen. Nach einem unter GEW-Rechtsschutz der Landesrechtsschutzstelle Berlin für ein Mitglied erstrittenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (5 C 16.13 und 5 C 40.13) ist diese unterschiedliche Behandlung rechtswidrig. Auch in diesem Punkt muss der Gesetzgeber die BVO verbessern. Das MFW hat das LBV angewiesen, im Vorgriff entsprechend zu verfahren. Sollten GEW-Mitglieder betroffen sein, bitte an ihre GEW-Rechtsschutzstelle wenden. ¶

Alfred König

GEW/Landesrechtsschutzstelle

Arzneimittel – neueste Rechtsprechung des VGH Baden-Württemberg

Verbesserungen im Beihilferecht bei Vitamin- und Mineralstoffpräparaten, Medizinprodukten und Nahrungsergänzungsmitteln

Der Beitrag befasst sich mit den aus der neuesten Rechtsprechung des VGH Baden-Württemberg resultierenden Änderungen im Beihilferecht des Landes bezüglich der Aufwendungen für Vitamin- und Mineralstoffpräparate sowie für Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel.

Kurt Schulz

Durch die am 1.1.2009 in Kraft getretene Änderungsverordnung zum Beihilferecht wurden strenge Voraussetzungen bezüglich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Vitamin- und Mineralstoffpräparate sowie für Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel geschaffen. Das Urteil des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 2.8.2012, Az.: 2 S 2631/10 hat diese Verfahrensweise bemängelt und das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft (MFW) veranlasst, die Beihilfestelle des Landesamts für Besoldung und Versorgung (LBV) anzuweisen, bereits im Vorgriff auf die insoweit zu ändernde Beihilfavorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 2 BVO

und die hierzu ergangenen Verwaltungsvorschriften künftig wie folgt zu verfahren:

Vitamin- und Mineralstoffpräparate

Sofern diese Präparate verschreibungspflichtig sind, sind sie beihilfefähig. Bei in der vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie herausgegebenen »Roten Liste« aufgeführten, jedoch nicht verschreibungspflichtigen Präparaten ist ein Attest des behandelnden Arztes einzuholen. Wenn die Präparate nicht in der »Roten Liste« aufgeführt sind, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass es sich nicht um Arzneimittel im beihilferechtlichen Sinne handelt, es sei denn, dass Anhaltspunkte vorliegen, die eine ab-

weichende Beurteilung rechtfertigen. In Zweifelsfällen ist ein Attest des behandelnden Arztes einzuholen.

Medizinprodukte

Bei arzneimittelähnlichen Medizinprodukten ist davon auszugehen, dass es sich um beihilferechtliche Arzneimittel handelt. Wenn ein Medizinprodukt in der »Roten Liste« enthalten ist, liegt grundsätzlich ein arzneimittelähnliches Medizinprodukt vor. Soweit konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein in der »Roten Liste« genanntes Medizinprodukt keine beihilferechtliche Arzneimitteleigenschaft besitzt, kann Beihilfe hierzu nicht gewährt werden. Sofern ein nicht in der »Roten Liste« genanntes Medizinprodukt ein Arzneimittel im beihilferechtlichen Sinne darstellt, ist Beihilfe zu gewähren. Auf eine Apothekenpflichtigkeit der Medizinprodukte kommt es nicht an.

Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel

Die formale, lebensmittelrechtliche Einordnung eines Präparats als Nahrungsergänzungsmittel bzw. als diätetisches Lebensmittel stellt ein sehr starkes Indiz dafür dar, dass von dem Präparat keine therapeutische Wirkung ausgeht und es somit kein Arzneimittel im beihilferechtlichen Sinne darstellt. Demnach ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die zwingend als solche deklarierten Nahrungsergänzungsmittel und diätetischen Lebensmittel auch weiterhin grundsätzlich nicht gegeben, soweit nicht konkrete Anhaltspunkte dafür

* vorliegen, dass es sich um ein beihilferechtliches Arzneimittel handelt, welches zur Behandlung einer konkreten Krankheit erforderlich ist. In Zweifelsfällen ist ein Attest des behandelnden Arztes einzuholen. Die Beihilfestelle hat darauf zu achten, dass die Ablehnung der Beihilfefähigkeit nicht mit der formalen Einordnung des Präparats, sondern mit der fehlenden Arzneimitteleigenschaft begründet wird.

Die vorstehenden Regelungen gelten auch für alle noch nicht bestandsmäßig abgeschlossenen Fälle.

Fazit

- In Zweifelsfällen, ob entsprechend der neuesten diesbezüglichen Rechtsprechung
- Vitamin- und Mineralstoffpräparate,
- Medizinprodukte oder
- in Ausnahmefällen auch Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel beihilfefähig sind, wird empfohlen, den verordnenden Arzt zu bitten, ein die medizinische Notwendigkeit begründendes Attest auszustellen, das dem Rechnungsbeleg und sodann dem Beihilfeantrag beizufügen wäre.

- Sofern in der Vergangenheit Widersprüche gegen die beihilferechtliche Nichtanerkennung der hier in Rede stehenden Aufwendungen erhoben worden sind, über die noch nicht bestandskräftig entschieden wurde, sollte unter Hinweis auf das o.g. VGH-Urteil hierzu Beihilfe beantragt werden. □