

Informationen zur 9. Änderungsverordnung der Bundesbeihilfeverordnung und zur Aktualisierung der Beihilfeordnung für Priester im Bistum Magdeburg

Aufgrund der Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) zum 01.01.2021 muss auch die Beihilfeordnung für Priester im Bistums Magdeburg neugefasst werden.

Daraus ergeben sich folgende leistungsrechtlichen Änderungen?

1. Untersuchungen und Behandlungen durch Angehörige nicht mehr ausgeschlossen (§ 8 Absatz 1 BBhV)

Der bisherige Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder entfällt.

2. Kieferorthopädische Behandlung Erwachsener (§ 15a Absatz 2 BBhV)

Die Voraussetzung der erst im Erwachsenenalter erworbenen sekundären Anomalie bei kieferorthopädischer Behandlung Erwachsener entfällt. Die medizinische Notwendigkeit und die fehlende Behandlungsalternative sowie erhebliche Folgeprobleme sind weiterhin durch ein Gutachten zu bestätigen.

3. Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung (§ 16 Absatz 1 BBhV)

Entstandene Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung sind zu 60 Prozent beihilfefähig.

4. Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 18 Absatz 2 BBhV)

Mit 51 Euro wird ein Betrag für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung festgelegt. Eine Akutbehandlung kann nicht gleichzeitig mit anderen Therapieformen durchgeführt werden. Durchgeführte Akutbehandlungen werden auf das Kontingent anderer Psychotherapien angerechnet.

5. Aufnahme der Kurzzeittherapie (Psychotherapie) als Behandlungsform (§ 18a Absatz 6 BBhV)

Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Festsetzungsstelle und ohne Gutachterverfahren bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. In Anspruch genommene Sitzungen der Kurzzeittherapie sind bei fortdauernder Behandlung aber auf eine genehmigungspflichtige Psychotherapie anzurechnen.

6. Systemische Therapie als neues Verfahren für Erwachsene (§ 20a BBhV)

Die Systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Schwerpunkt auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf Interaktionen zwischen Familienmitgliedern und deren sozialer Umwelt liegt. Beihilfefähig sind im Regelfall 36

Sitzungen. Vor Beginn der Behandlung ist die Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstellegrund eines Gutachtens anzuerkennen.

7. Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nach stationären Behandlungen (§ 24 Absatz 5 BBhV)

Aufwendungen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Personen, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sind beihilfefähig.

8. Aufwendungen für Begleitpersonen bei stationärer Krankenhausbehandlung (§ 26 Absatz 2 BBhV und § 26a Absatz 2 BBhV)

Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses beihilfefähig, wenn eine Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht möglich ist.

9. Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern - Privatkliniken (§ 26a Absatz 1 BBhV)

Aufgrund einer Umstellung der Krankenhausvergütung in zugelassenen Krankenhäusern auf eine Kombination aus DRG-Fallpauschalen und tagesbezogenem Pflegeentgelt musste die beihilferechtliche Ermittlung des Höchstbetrages für Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung (Privatkliniken) angepasst werden und die Pflegepersonalkosten sind gesondert zu berücksichtigen.

Durch die Einführung des pauschalen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2020 sind die bisherigen festen Tagessätze nicht mehr anwendbar und die Vergleichsberechnung für den Höchstbetrag richtet sich nach dem PEPP-Entgeltkatalog.

10. Ärztliche Verordnung von Fahrten (§ 31 Absatz 2 BBhV)

Bei notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, zur Strahlentherapie oder Chemotherapie bei Krebsbehandlungen sind Aufwendungen künftig auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. 🟡

Fahrten für Behandlungen von Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, BI oder H sowie von Personen mit einem Pflegegrad 3 bis 5 wird eine ärztliche Verordnung ebenfalls nicht mehr benötigt. Allerdings muss der Anlass der Fahrt jeweils aus den eingereichten Belegen ersichtlich sein.

11. Fahrtkosten bei Rehabilitationsmaßnahmen und Aufwendungen für Begleitpersonen (§ 35 Absatz 2 BBhV)

Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in wohnortnahen Einrichtungen entfällt die bisherige Beschränkung der Fahrtkosten auf 200 Euro, stattdessen sind nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 Euro pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt beihilfefähig,

sofern kein kostenloser Transport durch die Einrichtung erfolgt, Taxikosten sind bei Rehabilitationsmaßnahmen nur bei gutachterlich bestätigter medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Begleitpersonen wird eindeutiger geregelt, die bisherige prozentuale Begrenzung der Unterkunftskosten entfällt. Die Aufwendungen sind allerdings nur beihilfefähig, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung gutachterlich bestätigt wird.

12. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 40a BBhV)

Bietet eine vollstationäre Pflegeeinrichtung oder eine Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

13. HIV-Präexpositionsprophylaxe (§ 41 Absatz 5 BBhV)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV, für Personen ab dem 16. Lebensjahr.

14. Bemessungssatz für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte (§ 47 Absatz 5 BBhV)

Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird die bis zum 19. September 2012 geltende Regelung des erhöhten Bemessungssatzes von 100 Prozent wieder eingeführt.

Eine Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 Prozent erfolgt nur dann, wenn eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Aufwendungen erfolgt. Leistungen und Erstattungen der Krankenkasse sind anzurechnen. Wenn keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wie z. B. bei sog. IGEL-Leistungen erfolgen, wird die Beihilfe zum Bemessungssatz festgesetzt. Ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen wird dabei nicht mehr berücksichtigt.

15. Visusverbessernden Operationen und Implantationen (Anlage 1 zu § 6 Absatz 2 BBhV)

Die beihilfefähigen Aufwendungen von visusverbessernden Maßnahmen, die nicht mit Sehhilfen ausgeglichen werden können, wie die chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung oder die Implantation einer Linse, sind zusammenfassend geregelt und die dafür notwendigen Voraussetzungen festgelegt. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

16. Beihilfefähigkeit von Perücken (Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 BBhV)

Es wird zwischen Kunststoff- und Echthaarperücken unterschieden. Der Zeitraum für eine erneute Beschaffung einer Kunststoffperücke wird auf ein Jahr und bei Echthaarperücken auf zwei Jahre verkürzt.

17. Beihilfefähigkeit von Sehhilfen (Anlage 11 zu § 25 Absatz 1 und 4 BBhV)

Die einschränkenden Vorgaben der Beihilfegewährung für Sehhilfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, entfallen. Bei Brillengläsern ist ein spezieller Visuswert oder eine Mindest-Dioptrienzahl zur grundsätzlichen Beihilfefähigkeit nicht mehr Voraussetzung.

Magdeburg, den 29.03.2021