

Informationen zur Zweiten Verordnung zur Änderung der Thüringer Beihilfeverordnung

Am 30. März 2016 wurde die Zweite Verordnung zur Änderung der Thüringer Beihilfeverordnung vom 25. Februar 2016 im Gesetz- und Verordnungsblatt verkündet (GVBl. S. 156). Die Verordnung ist am 1. April 2016 in Kraft getreten, soweit Artikel 2 nichts Abweichendes regelt. Die wesentlichen Änderungen sind nachstehend aufgeführt:

1. Standardtarif/Basistarif (§ 7 Abs. 2 ThürBhV)

Die Begrenzung des beihilfefähigen Betrages für die im Basis- oder Standardtarif Versicherten auf die Sätze des Basistarifs oder Standardtarifs verstieß laut Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. April 2014 (BVerwG 5 C 16.13; BVerwG 5 C 40.13) gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz. Deshalb wurde § 7 Abs. 2 ThürBhV, der bereits mit Rundschreiben des Thüringer Finanzministeriums vom 26. Juni 2014, Az. P1280A-91.002-14.2 (GVBl. S. 799) für nicht mehr anwendbar erklärt wurde, aufgehoben.

2. Kieferorthopädische Behandlung (§ 7 Abs. 10 ThürBhV)

Es wurde klargestellt, dass bei kieferorthopädischen Behandlungen die Aufwendungen für Mehrkosten, die über die Kosten für die Standardmaterialien hinausgehen, nicht beihilfefähig sind. Bei diesen Mehrkosten handelt es sich um medizinisch nicht notwendige Aufwendungen, die zwischen dem Leistungserbringer und dem Zahlungspflichtigen schriftlich zu vereinbaren sind.

3. Ambulante psychotherapeutische Behandlungen (§§ 9, 11 und 12 ThürBhV)

Die beihilfefähigen Leistungen, die im Rahmen von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen beihilfefähig sind, wurden überarbeitet. Dabei wurde u.a. auch neu geregelt, in welchen Fällen und in welchem Umfang Bezugspersonen im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen berücksichtigt werden können.

4. Arznei- und Verbandmittel (§ 18 ThürBhV)

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde § 18 ThürBhV, der die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel regelt, in drei Absätze unterteilt.

Absatz 1 regelt die beihilfefähigen Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukte. Dabei wird klarstellend bestimmt, dass es sich bei den beihilfefähigen Arzneimitteln um apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes handelt. Blut- und Harnteststreifen wurden ebenso wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dem Bereich der Arznei- und Verbandmittel zugeordnet. Für die beihilfefähigen Blut- und Harnteststreifen wird weiterhin kein Eigenbehalt erhoben.

Absatz 2 regelt entsprechend dem bisherigen § 18 Satz 2 und 3 ThürBhV die Beihilfefähigkeit von Kontrazeptionsmittel unverändert.

Absatz 3 regelt entsprechend dem bisherigen § 18 Satz 4 ThürBhV, welche Mittel nicht beihilfefähig sind. Von den nicht beihilfefähigen Mitteln nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 werden auch die Vitaminpräparate erfasst, die keine Fertigarzneimittel im Sinne des § 4 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes sind. Außerdem regelt Absatz 3 Satz 2 und 3, dass im Einzelfall die Aufwendungen für die ansonsten nicht beihilfefähigen Mittel, bei denen die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (z.B. Haarwuchsmittel, Mittel zur Regulierung des Körpergewichts), als beihilfefähig anerkannt werden können, wenn diese Mittel zur Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung eingesetzt werden, die eine Krankheit ist, und

1. es keine anderen Mittel zur Behandlung dieser Krankheit gibt oder
2. die anderen Mittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich nicht als wirksam erwiesen haben.

Dass diese Voraussetzungen vorliegen, ist durch eine medizinische Stellungnahme des behandelnden Arztes, die durch den Beihilfeberechtigten bei der Beihilfestelle vorzulegen ist, nachzuweisen.

5. Komplextherapien und integrierte Versorgung (§ 20 ThürBhV)

Neben den bisher beihilfefähigen Aufwendungen für Komplextherapien sind nunmehr auch Aufwendungen für die integrierte Versorgung beihilfefähig. Bei der integrierten Versorgung erfolgt die Behandlung der Patienten in vernetzten Strukturen. Dazu kooperieren Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und andere zur Versorgung der Patienten berechnete Leistungserbringer. Die integrierte Versorgung kommt bspw. bei der Behandlung von Volkskrankheiten (z.B. Diabetes mellitus, Bandscheibenerkrankungen) in Betracht. Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge ab. Werden die Leistungen für die integrierte Versorgung auf der Grundlage dieser Verträge erbracht und pauschal berechnet, sind die dafür entstandenen Aufwendungen beihilfefähig.

6. Hilfsmittel (Anlage 4 Nr. 1 zu § 21 ThürBhV)

In die Liste der beihilfefähigen Hilfsmittel wurde der Neurodermitis-Overall für Personen aufgenommen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (maximal zwei Overalls pro Jahr und bis zu 80 Euro je Overall).

7. Krankenhausleistungen bei Privatkliniken (§ 27 Abs. 2 ThürBhV)

Bei der stationären Behandlung in Privatkliniken, sind die Aufwendungen wie bisher beihilfefähig, wenn die Abrechnung mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz erfolgen kann (§ 27 Abs. 2 Nr. 1 ThürBhV). Kann die Abrechnung durch die Privatklinik nicht in dieser Form erfolgen, sind die Aufwendungen beihilfefähig, soweit sie täglich die folgenden Obergrenzen nach § 27 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 ThürBhV nicht übersteigen:

	Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben	Personen die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
bei vollstationärer Behandlung	333,20 Euro	426,10 Euro
bei teilstationärer Behandlung	282,40 Euro	333,50 Euro

Beihilfefähig sind außerdem folgende gesondert berechnete Wahlleistungen:

- a) wahlärztliche Leistungen (§ 27 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ThürBhV)
- b) Wahlleistung Unterkunft in einem Zweitbettzimmer bis zu 50,92 Euro pro abrechnungsfähigen Tag im Jahr 2016 (§ 27 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4)

Bei den gesondert berechneten Wahlleistungen ist wie bisher die Eigenbeteiligung zu beachten.

8. Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen (§ 28 ThürBhV)

Bei stationären Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen sind die Aufwendungen für die behördlich festgestellte notwendige Begleitperson nach § 28 Abs. 7 Satz 4 ThürBhV beihilfefähig. In diesen Fällen ist nunmehr auch der nachgewiesene Verdienstausschlag der Begleitperson beihilfefähig (§ 28 Abs. 7 Satz 5 ThürBhV).

9. Kuren (§ 29 Abs. 1 Nr. 7 ThürBhV)

Bei Kuren gelten durch Verweisung gleichfalls die Ausführungen unter Nummer 8 zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Begleitpersonen.

10. Leistungen in Pflegefällen (§§ 31 bis 37 ThürBhV)

Mit den Rundschreiben des Thüringer Finanzministeriums vom 13. Januar 2015 (GVBl. S. 399) und vom 4. März 2015 (GVBl. S. 651) wurde bereits vorab über die vorgenommenen Anpassungen der §§ 31 bis 37 ThürBhV an das Erste Pflegestärkungsgesetz informiert.

Außerdem wurde die Regelung des § 35 Abs. 3 ThürBhV, der die Gewährung von Beihilfe bei vollstationärer Pflege zu den Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten regelt, um die pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege erweitert. Dabei handelt es sich um die pflegebedingten Aufwendungen, die den beihilfefähigen Pauschalbetrag bei vollstationärer Pflege übersteigen.

11. Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen (§ 40 ThürBhV)

Die Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen nach § 40 ThürBhV wurden um folgende Leistungen ergänzt:

- a) Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen (Anlage 5 zu § 40 Abs. 1 ThürBhV):

- Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
- Früherkennungsuntersuchungen bei Minderjährigen im Alter von sieben bis siebzehn Jahren:
 - U 10 (sieben bis acht Jahre)
 - U 11 (neun bis zehn Jahre)
 - J 2 (16 bis 17 Jahre)
- Schutzimpfungen:
 - Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen
 - Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen
 - Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen, die das neunte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben

b) Früherkennungsprogramm (Anlage 6 zu § 40 Abs. 2a ThürBhV):

- Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem familiär erhöhten Brust- und Eierstockkrebsrisiko

12. Klinisches Krebsregister (§ 44 Abs. 2 ThürBhV)

Der neue Absatz 2 schafft die Rechtsgrundlage zur Beteiligung der Beihilfe an den Kosten klinischer Krebsregister nach § 65c SGB V.

Die Abwicklung der Kostenbeteiligung soll unmittelbar zwischen der Festsetzungsstelle und den jeweiligen Krebsregistern erfolgen. Eine Abrechnung mit den betroffenen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen erfolgt deshalb nicht.

13. Im Ausland entstandene Aufwendungen (§ 45 Abs. 2 Nr. 3 ThürBhV)

Der Betrag, ab dem für die im Ausland entstandenen Kosten die Beschränkung auf die in der Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten unterbleibt (Kostenvergleich), wurde für ärztliche und zahnärztliche Leistungen je Krankheitsfall von 550 Euro auf 1 000 Euro angehoben.

14. Verfahren (§ 50 ThürBhV)

Die verfahrensrechtlichen Regelungen des § 50 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3a ThürBhV treten erst am 1. Juli 2016 in Kraft. Diese Regelungen bestimmen u.a., dass im Bereich des Landes für die Beantragung die vom für das Beihilferecht zuständigen Ministerium herausgegebenen Formblätter in der jeweils geltenden Fassung zu verwenden sind und die übersandten Belege (z.B. Rechnungen, Rezepte) im Anschluss an die Versendung des Bescheides grundsätzlich von der Beihilfestelle vernichtet werden. Über die Einzelheiten zur Umsetzung dieser verfahrensrechtlichen Regelungen wird noch gesondert informiert.