

Neues vom Vorstand ERH

Hauptmann a.D. und
Stabshauptmann d.R.
Albrecht Kiesner,
Vorsitzender ERH

Oberstabsfeldwebel a.D.
Armin Komander,
Stellvertretender
Vorsitzender ERH



Liebe Mitglieder,

der 1. Januar ist in der Regel ein Stichtag, an dem sich für die Bürger so einiges ändert. In diesem Jahr waren Homeoffice-Pauschale, Grundrente und Wegfall des Solidaritätszuschlages die großen Botschaften. Nahezu unbemerkt wurde aber auch die ePA eingeführt – die elektronische Patientenakte, nicht zu verwechseln mit EPa, der beinahe gleichnamigen kulinarischen Geschenkbox für Aktive.

Seit Jahresbeginn kann die ePA also theoretisch von gesetzlich Versicherten freiwillig genutzt werden. Die Betonung liegt auf „freiwillig“, niemand wird gezwungen. Zum Anfang wird die elektronische Patientenakte in circa 200 ausgewählten Arztpraxen genutzt, ab Juli soll sie dann schrittweise für Ärzte, Zahnärzte, Apotheken und Physio-

therapeuten freigeschaltet zu werden, Kliniken folgen etwas später.

In der Akte können Gesundheitsinformationen wie Befunde, Röntgenbilder oder Medikamentenpläne gespeichert werden. Nach wie vor wird das sensible Thema „Datenschutz“ dabei kontrovers diskutiert. Mithilfe dieser Patientenakte sollen unter anderem Doppeluntersuchungen vermieden werden. Die Ärzteschaft ist gespalten, viele Fachärzte lehnen sie ab. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Zur Beruhigung der Patienten muss gesagt werden: Die Kassen speichern die Daten auf Servern in Deutschland, der Patient allein hat die Verfügungsberechtigung, die Krankenkassen haben keinen Zugriff. Der Patient legt fest, wer die Daten einsehen kann und wer darauf zugreifen darf.

Und die Privatpatienten und Beihilfe-

berechtigten? Meine Anfrage beantwortete der Dachverband der privaten Krankenversicherungen wie folgt:

„Für Privatversicherte (und damit auch für Beihilfeberechtigte) soll es im Zusammenhang mit der ePA mindestens die Leistungen geben, die es auch in der GKV gibt. Geplantes Einführungsdatum für den Start der ePA für Privatversicherte ist der 1. Januar 2022. Details zur Ausgestaltung können wir Ihnen daher aktuell noch nicht geben.“

Da die Patientenakte in Form einer App auf dem Smartphone laufen soll (für den PC gibt es eine vergleichbare Lösung), wäre es aus meiner Sicht schon wünschenswert, eine einheitliche Plattform mit identischer Menüführung und gleichem Aufbau für alle Privatversicherer zu schaffen. Ich fürchte aber, dass es zu individuellen Lösungen kommen wird.

Unterm Strich denke ich aber: Die ePA ist ein Schritt in die richtige Richtung. Man darf gespannt sein.

Mit besten Grüßen aus „Lockdown Bavaria“

Ihr

Albrecht Kiesner

Tiefgreifende Änderungen in der Beihilfe

Konsequentes Engagement des DBwV hat sich gelohnt.

Von Thomas Kamenzky

Regelmäßig wird die Bundesbeihilfenvorschrift (BBhV) überarbeitet, und wir als Verband begleiten diese Vorhaben im Sinne der Beihilfeberechtigten. Zum Jahreswechsel war es wieder soweit und die nächste Änderung ist in Kraft getreten, mittlerweile die neunte. Und so viel möchte ich an dieser Stelle vorwegnehmen: Es sind wirklich viele und vor allem weitreichende Änderungen. Auf was Sie sich genau freuen dürfen, möchten wir im Folgenden beleuchten.

Anhebung der 17 000-Euro-Einkommensgrenze auf 20 000 Euro

Ehe- und Lebenspartner von Beihilfeberechtigten können in der Beihilfe berücksichtigt werden, solange ihr Einkommen eine festgelegte Grenze nicht überschreitet. Diese lag seit 2009 unverändert bei 17 000 Euro jährlich. Der Verband fordert schon seit Langem, dass dieser Wert an die Entwicklung des Rentenniveaus der letzten Jahre angeglichen – also angehoben – werden muss.

Darüber hinaus muss man beachten, dass jedes Plus in der Rente ein Heranrücken an die Einkommensgrenze mit sich bringt. Ein schleichendes „Raus-

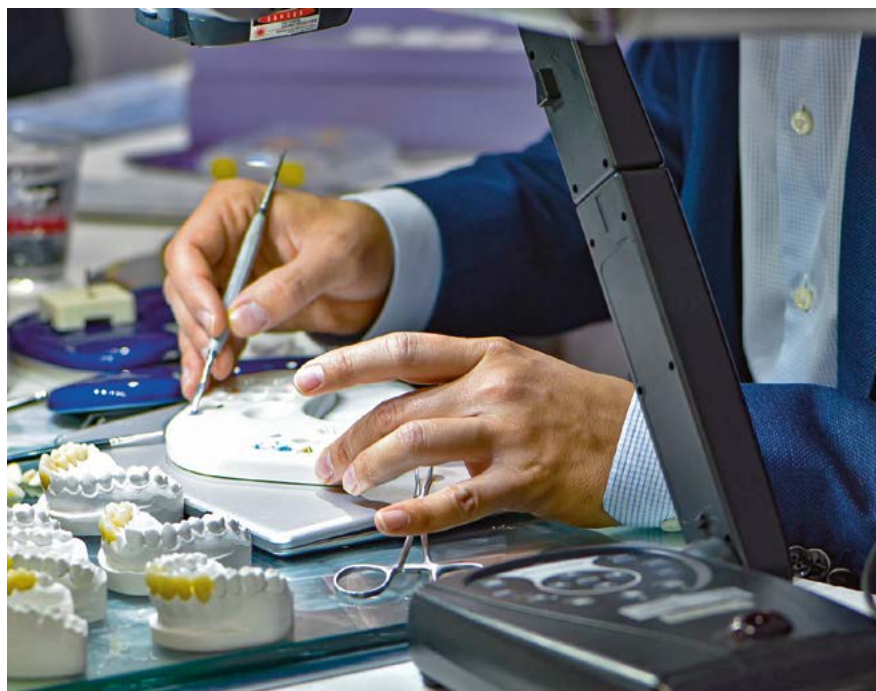


Foto: Pixabay

Die Deckungslücke hinsichtlich der Labor- und Materialkosten bei der Finanzierung des Zahnersatzes ist nun deutlich geringer.

rutschen“ aus der Einkommensgrenze droht (und damit aus der Beihilfe). Um das zu verhindern, haben wir zusätzlich eine permanente Kopplung an die Rentenanpassungen gefordert. Das Ministerium hat sich gegen beide Überlegungen lange verwehrt. Unsere langen und stetigen Bemühungen haben sich hier schlussendlich aber gelohnt: die Einkommensgrenze wurde nun auf 20 000 Euro angehoben. Wohl gemerkt war der DBwV der einzige Verband, der diese Forderung immer wieder erhoben hat und nicht müde wurde, diese in den Verbändebeteiligungsgesprächen stets zu thematisieren. Und was uns noch viel mehr freut: Die Norm wird ab 2024 mit der alljährlichen Rentenanpassung der Deutschen Rentenversicherung fest verknüpft. Das beschriebene „Rausrutschen“ allein durch eine steigende Rente ist damit ab sofort nicht mehr zu befürchten. Für die in der Beihilfe berücksichtigten Ehepartner ist das ein Riesengewinn.

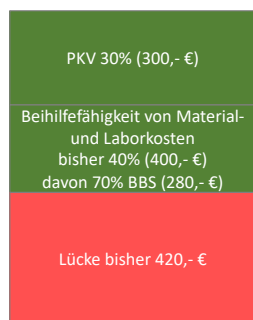
Brillen

Ein anderer Meilenstein ergibt sich im Bereich der Sehhilfen. Hier waren Brillengläser in einem bestimmten finanziellen Rahmen bisher nur für Personen beihilfefähig, die das 18. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten oder die unter einer starken Sehbeeinträchtigung leiden. Nunmehr fallen diese Restriktionen komplett weg. Ab sofort sind somit Brillengläser für Personen jeglichen Alters und unabhängig vom Grad der Sehschwäche beihilfefähig. Eine medizinische Notwendigkeit muss weiterhin gegeben sein und es werden nur die Brillengläser und Kontaktlinsen, nicht aber der Brillenrahmen, in die Beihilfefähigkeit einbezogen. Für die Beihilfefähigkeit der Brillengläser und Kontaktlinsen gelten bestimmte Höchstbeträge, die Sie in der Anlage 11 der BBhV wiederfinden.

Zahnersatz

Bei Zahnersatz lassen sich die Rechnungspositionen grundsätzlich in zwei Bereiche aufteilen. Zum einen in die Arbeitsleistung des behandelnden Zahnarztes, zum anderen in die so genannten Material- und Laborleistungen. Bei den Material- und Laborleistungen gibt es die Besonderheit, dass nicht der volle Betrag als beihilfefähig anerkannt wird, sondern bisher nur 40 Prozent der Kosten. Nach Anwendung des jeweiligen Beihilfebemessungssatzes (zum Beispiel bei einem Versorgungsempfänger 70 Prozent) bleibt eine spürbare Deckungslücke. Dieser 40-Prozent-Satz für die Material- und Laborleistungen wird nun auf 60 Prozent angehoben und die finanzielle Eigenlast damit erkennbar reduziert. In vielen Fällen kann der sogenannte Bei-

Beispiel eines Versorgungsempfängers mit einer Rechnung für Material- und Laborkosten in Höhe von 1.000,- Euro, einem Beihilfebemessungssatz (BBS) von 70 Prozent und einer ergänzenden privaten Krankenversicherung (PKV) in Höhe von 30 Prozent.



Alte Regelung bis Ende 2020: Deckungslücke im Beispiel 420,- €



Neue Regelung ab 2021: Deckungslücke im Beispiel auf 280,- € reduziert

hilfeergänzungstarif diese finanzielle Lücke dämpfen. Aber nicht jeder hat beziehungsweise bekommt einen solchen Zusatztarif. Insbesondere Personen, die zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen einen Beihilfeergänzungstarif nicht mehr vertraglich vereinbaren können, werden die Leistungserhöhung sehr begrüßen.

Beihilfeergänzungstarif

Der Begriff Beihilfeergänzungstarif ist rechtlich nicht geschützt. Der Leistungsumfang variiert von Versicherung zu Versicherung und auch innerhalb der Tarifgenerationen. Fragen Sie im Zweifel (am besten schriftlich) nach dem Leistungsumfang im Bereich Zahnersatz im Beihilfeergänzungstarif Ihres Versicherers nach. In einigen Tarifen ist der Teil „Material- und Laborleistungen“ mit einem festen Prozentsatz versichert. Dieser lehnt sich dann an die bisherige Bestimmung an und ergänzt so die reduzierte 40 Prozent Material- und Laborleistungen um 60 Prozent. Da zukünftig aber 60 Prozent beihilfefähig sind – sind nur noch 40 Prozent Ergänzung notwendig. Bitte prüfen Sie in dem Fall, in Zusammenarbeit mit Ihrem Versicherer, die Konsequenzen. Ein Wechsel in einen anderen Beihilfeergänzungstarif kann eine Möglichkeit sein. Achtung: Nicht der Beihilfebemessungssatz ändert sich, sondern der beihilfefähige Prozentsatz für Material- und Laborleistungen.

Freiwillig GKV-Versicherte

Der allgemeingültige Beihilfebemessungssatz galt bis hierher auch für Personen in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bei einem Versorgungsempfänger liegt dieser beispielsweise bei 70 Prozent. Nunmehr wird dieser Bemessungssatz für die freiwillig GKV-Versicherten auf 100 Prozent angehoben. Hintergrund ist die Tatsache, dass dieser Personenkreis im Regelfall einen höheren Beitragsaufwand im Vergleich zu den pflichtversicherten Personen hat

und folglich dieser Kreis mit dem verbesserten Bemessungssatz entlastet werden soll. Ein willkommener Leistungsplus. Wichtig: Der erhöhte Bemessungssatz gilt nur für Leistungen, bei denen auch die gesetzliche Krankenversicherung (anteilig) Kosten übernimmt. Leistungen der GKV sind dabei anzurechnen.

Im ersten Änderungsentwurf für diese neue Verordnung waren die beihilfeberücksichtigungsfähigen Ehepartner allerdings komplett außen vor – in unseren Augen eine ungerechtfertigte Benachteiligung. Dank der Intervention des Verbandes wurde der Entwurf nach-

gebessert und die 100 Prozent gelten nun für alle beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Historisches

Einen solch erhöhten Bemessungssatz gab es bis 2012 schon einmal. Und es gibt daraus resultierend einige Betroffene mit einer Besitzstandsschutzregelung. Diese war verknüpft mit der Bedingung, dass ein Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag (zum Beispiel vom Arbeitgeber oder der Rentenversicherung) 20,99 Euro monatlich nicht übersteigen darf. Diese Limitierung fällt ersatzlos weg und die genannten Zuschüsse sind zukünftig unschädlich. Die alte Besitzstandsschutzregelung läuft aus und die Betroffenen werden ohne Nachteile in der neuen Regelung aufgefangen.

Privatkliniken

Neuerungen gibt es auch bei der Beihilfefähigkeit von Privatkliniken. Durch eine jüngst vorgenommene gesetzliche Änderung werden Pflegepersonalkosten nun gesondert berechnet und aus den bisherigen Fallpauschalen (DRG) isoliert. Diese Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination aus DRG-Fallpauschalen und tagesbezogenem Pflegeentgelt wird hiermit auf die Bundesbeihilfe übertragen. Auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik wurde der Leistungskatalog (PEPP) angepasst.

Schon länger wird die Erstattung im Bereich der Privatkliniken auf das sogenannte notwendige Maß begrenzt, um einem expansiven Anstieg der Kosten entgegenzuwirken. Dabei gibt es für Indikationen, die mit Fallpauschalen (DRG) nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, eine Vergleichsberechnung. Für die übrigen Fälle, die nicht nach DRG abgerechnet wurden, wurde ein beihilfefähiger Höchstbetrag pro Tag anerkannt. Die zuletzt genannte Variante

ist nun nicht mehr möglich. Zukünftig sollten Sie also darauf achten, in Privatkliniken eine Abrechnung nach DRG oder PEPP zu erhalten.

Reha

Damit die Aufwendungen für die Begleitperson bei einer stationären Reha beihilfefähig sind, muss die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung zukünftig im Vorfeld gutachterlich festgehalten werden. Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, kann die Begleitpersonen bei einer stationären Reha dann 100 Prozent der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung geltend machen. Zuvor wurden lediglich 70 Prozent als beihilfefähig anerkannt.

Fahrtkosten

Als Verbandserfolg darf die Aufrechterhaltung der aktuellen Erstattungsmöglichkeiten im Bereich der Fahrtkosten gesehen werden. Die Fahrtkostenerstattung ist eher minimalistisch angelegt. Das lässt sich auch rechtfertigen, genau genommen gehören Fahrtkosten nicht zu den unmittelbaren medizinisch notwendigen Aufwendungen. Ursprünglich wollte man hier noch weitere Restriktionen einbauen.

Dagegen hat der DBwV im Beteiligungsverfahren Einspruch eingelegt und Einschnitte konnten verhindert werden. Außerdem haben einige kleine Verfahrensvereinfachungen Einzug gefunden. So wird zum Beispiel bei notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, zur Strahlentherapie oder Chemotherapie auf eine gesonderte ärztliche Verordnung für die Fahrt verzichtet. Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, Bl oder H sowie Personen mit einem Pflegegrad 3 bis 5 benötigen für die Fahrt zur Behandlung ebenfalls keine ärztliche Verordnung mehr.

Weitere Leistungsverbesserungen

Eine ganze Reihe von kleineren Anpassungen ergänzen die vorliegende Novelle noch. Die meisten sind dabei mit Mehrleistung verbunden.

- So waren bisher Aufwendungen im Zusammenhang mit Untersuchungen und Behandlungen durch Familienangehörige (zum Beispiel Ehepartner oder Eltern) ausgeschlossen – dieser Ausschluss fällt ersatzlos weg und Kosten können zukünftig über die Beihilfe abgerechnet werden.
- Im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung wurden die Regelungen an neue Richtlinien und veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen angepasst.
- Ab sofort ist eine HIV-Präexpositionsprophylaxe (kurz: PrEP) beihilfefähig.
- Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgaben für Blinde sind in die Beihilfeverordnung



Brillengläser sind nun für Personen jeglichen Alters und unabhängig vom Grad der Sehschwäche beihilfefähig.

aufgenommen worden und damit jetzt voll beihilfefähig.

- Die Beihilfefähigkeit für Perücken ist verbessert worden. Die Neubeschaffung war zuvor frühestens nach vier Jahren möglich. Nunmehr kann der Aufwand bereits nach einem Jahr (Kunsthaar) beziehungsweise zwei Jahren (Echthaar) beihilfefähig sein. Außerdem ist der Leistungsbereich vergrößert worden. So sind nun auch Perücken bei vorübergehendem Haarverlust, zum Beispiel nach einer Chemotherapie, erfasst. Aufwendungen für Perücken bei temporärem Haarverlust waren bis dahin nicht beihilfefähig.
 - Der Beihilfebemessungssatz für Personen in Elternzeit wird auf 70 Prozent fixiert. Unsicherheiten im Verlauf und Umstellung mitten in der Elternzeit bleiben damit zukünftig aus.
- Informieren Sie sich im Bedarfsfall über die

Reichweite der neuen Regelung. Wir stehen Ihnen dabei beratend zur Seite.

Servicetelefon: (030) 259 260 – 2222.

Fazit

Mit der neunten Änderungsverordnung zur BBhV wurden zahlreiche und weitreichende Verbesserungen implementiert. Die Einkommensgrenze für die berücksichtigungsfähigen Ehe- und Lebenspartner wird spürbar erhöht und zukünftig dynamisiert, der Bemessungssatz für freiwillig GKV-Versicherte wird auf 100 Prozent erhöht, der Erstattungsrahmen im Zahnersatzbereich wird aufgestockt und Brillen sind ab sofort für alle beihilfefähig.

Der Deutsche Bundeswehrverband ist froh über die gesetzten Akzente und wird sich auch weiterhin für eine leistungsstarke und zukunftsfähige Beihilfe einsetzen. Bleiben Sie gesund!

Wer nicht mitbestimmt, wird fremdbestimmt: Eine Binsenweisheit aus der Personalvertretung, die auch für alle KERH gilt

Die Grundzüge der Verbandspolitik werden über Landesversammlungen und bei der Hauptversammlung durch gewählte Delegierte für jeweils vier Jahre festgelegt. Diese Delegierten werden in Mitgliederversammlungen der jeweiligen Kameradschaften gewählt. Wenn man also bei der Landes- beziehungsweise Hauptversammlung vertreten sein will, um Verbandspolitik mitzubestimmen, muss man im Vorfeld eine Mitgliederversammlung mit Wahl durchgeführt haben. Das ist bei einigen Kameradschaften – hauptsächlich Corona-bedingt – noch nicht geschehen. Die Alternative ist eine Briefwahl. Wir wissen, dass dies mit einem gewissen organisatorischen Aufwand verbunden ist, aber die verbleibende Alternative wäre ... siehe oben.

Unsere Bitte an alle KERH, die noch nicht gewählt haben: Bitte gehen Sie es an. Sie bekommen durch die Bundesgeschäftsstelle in Berlin, die Bezirksvorsitzenden beziehungsweise die Vorsitzenden ERH auf Landesebene jegliche Unterstützung. Nur so können wir sicherstellen, dass unsere Interesse nachhaltig eingebracht werden.

Albrecht Kiesner

Vors. ERH im Bundesvorstand

Armin Komander

Stv. Vors. im Bundesvorstand