

## **Änderung der Beihilfevorschriften**

### **hier:**

## **Zweite Änderungsverordnung zur Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) vom 29.11.2016, gültig ab 21.01.2017**

### **Übersicht**

1. Heilpraktikerleistungen
2. Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit Beitragszuschuss ab 21 Euro
3. Private Versicherung mit Beitragszuschuss ab 41 Euro
4. Arzneimittel
5. Kieferorthopädische Leistungen
6. Medizinisches Aufbautraining (MAT/MTT)
7. Hörgeräte
8. Krankenhausleistungen
9. Pflegeleistungen
10. Leistungen der Haushaltshilfe
11. Rechtsgrundlagen

### **1. Heilpraktikerleistungen**

#### Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen:

Die Angemessenheit der Aufwendungen von Heilpraktikern richtet sich nicht mehr nach der Heilpraktiker-Gebührenordnung, sondern nach den beihilfefähigen Höchstsätzen, die in der neuen Anlage 2 zur LBhVO genannt sind (§ 6 Absatz 3 LBhVO).

Die Anlage fußt auf einer zwischen den Heilpraktikerverbänden und dem Bundesministerium des Innern geschlossenen Vereinbarung. Eine bundesweit flächendeckende Behandlung durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker innerhalb der Höchstbeträge ist nach Zusage der Heilpraktikerverbände gewährleistet.

Werden Heilpraktiker in Anspruch genommen, die höhere Beträge in Rechnung stellen, gelten nur die Aufwendungen bis zur Höhe der in Anlage 2 vereinbarten Beträge als angemessen. Die übersteigenden Beträge sind nicht beihilfefähig.

#### Arzneimittel, die ein Heilpraktiker verordnet:

Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die von einem Heilpraktiker verordnet werden, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

**Die Höchstsätze für Leistungen von Heilpraktikern sind in der neuen Anlage 2 zu LBhVO geregelt**

Jedoch sind nach § 13 i. V. m. § 22 Abs. 5 LBhVO Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die während einer Behandlung von Heilpraktikern verbraucht werden, nach Maßgabe des § 22 Abs. 1 bis 3 LBhVO beihilfefähig.

**Arzneimittel, die ein Heilpraktikern während der Behandlung verbraucht, sind beihilfefähig**

## **2. Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit Beitragszuschuss ab 21 Euro**

### Sach- und Dienstleistungen:

Sach- und Dienstleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nach § 8 Absatz 4 LBhVO von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Hiervon ausgenommen waren bislang freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Beitragszuschuss oder mit einem Beitragszuschuss von weniger als 21 Euro.

Nach Änderung dieser Regelung fallen nun auch freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Beitragszuschuss von 21 Euro und mehr unter die Ausnahme vom Verweis auf die Sach- und Dienstleistungen (§ 8 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 LBhVO).

Demnach sind z.B. privatärztliche Leistungen durch einen Kasernenarzt für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung von 21 Euro und mehr, nicht mehr aufgrund des bestehenden Sachleistungsanspruches abzulehnen. Diese Aufwendungen können nun grundsätzlich als beihilfefähig anerkannt werden.

**Sach- und Dienstleistungen für freiwillig versicherte Beamte sind grundsätzlich beihilfefähig**

## **3. Private Versicherung mit Beitragszuschuss ab 41 Euro**

Bisher hatte ein Zuschuss zu den Beiträgen einer privaten Krankenversicherung i. H. v. 41,00 Euro oder mehr zur Folge, dass der Bemessungssatz der betroffenen Person um 20 v. H. gemindert wurde.

Der bisherige § 47 (8) LBhVO wurde vollständig aufgehoben, so dass der Zuschuss zu den Beiträgen einer privaten Krankenversicherung keine Auswirkungen mehr auf den Bemessungssatz hat.

Sofern beim zuständigen Rentenversicherungsträger schon teilweise auf den Beitragszuschuss verzichtet wurde, kann der Verzicht widerrufen werden.

Dieser Widerruf ist jedoch nur für die Zukunft möglich.

**Ein Zuschuss ab 41 Euro reduziert nicht mehr den Bemessungssatz**

#### 4. Arzneimittel

Für die Anerkennung von Arzneimitteln müssen diese nunmehr apothekenpflichtig sein.

D.h. Arzneimittel, die nicht von einer Apotheke bezogen worden sind, sondern z.B. in einem Drogeriemarkt erworben werden können (u.a. Vitaminpräparate, Stärkungsmittel), sind nicht beihilfefähig.

Die Neufassung des § 22 passt die Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln an die aktuelle Rechtsprechung und die infolge des Arzneimittelneuordnungsgesetzes geänderte Rechtslage an. Die bisherigen Regelungen wurden dabei weitestgehend übernommen.

Die Neuregelung stellt klar, dass der Begriff des Arzneimittels im Beihilferecht dieselbe Bedeutung wie im Arzneimittelrecht hat.

**Arzneimittel müssen apothekenpflichtig sein**

#### 5. Kieferorthopädische Leistungen

Eingeschränkte Beihilfeerstattung bei vom Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen verursachten Abbruchs einer kieferorthopädischen Behandlung oder Wechsels des Kieferorthopäden (§ 15 Absatz 2 LBhVO).

Bei einem Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden, der allein durch die Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu vertreten ist, werden nur noch die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind. Medizinisch begründete oder durch beruflichen Umzug bedingte Wechsel der Kieferorthopäden liegen nicht in der Verantwortung der Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen und fallen damit nicht unter diese Regelung.

In § 15 Absatz 3 LBhVO wird die Beihilfefähigkeit von kieferorthopädischen Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels (i.d.R. vor Beginn des 9. bzw. 10. Lebensjahres) neu geregelt.

Diese so genannte frühkindliche kieferorthopädische Behandlung ist nur in den fünf Fällen beihilfefähig:

- Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
- Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
- Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,

**Abbruch der Behandlung oder Wechsel des Kieferorthopäden haben Auswirkungen auf die Beihilfegewährung**

**KfO-Behandlung vor dem 9. Lebensjahr ist unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig**

- Frühbehandlung

- eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern
- eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist
- einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung
- eines progenen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe
- bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern

- frühe Behandlung

- einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderen kraniofazialen Anomalien
- eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern
- einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe
- verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen

Die Frühbehandlung soll innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen und nicht vor dem vierten Lebensjahr begonnen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt.

Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind neben den Aufwendungen für die frühe Behandlung gesondert beihilfefähig.

Da sich das Vorliegen einer dieser Voraussetzungen für die Festsetzungsstelle aus dem kieferorthopädischen Behandlungsplan nicht immer zweifelsfrei erkennen lässt, kann die Festsetzungsstelle im Einzelfall eine Fachgutachterin oder einen Fachgutachter beauftragen.

## **6. Medizinisches Aufbautraining (MAT/MTT)**

Die Höchstanzahl der beihilfefähigen Behandlungen ist auf maximal 18 Behandlungen je Kalenderhalbjahr geändert worden. Nach bisherigem Recht war die Höchstanzahl auf 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

Die erforderlichen Indikationen wurden erweitert, so dass das Medizinische Aufbautraining nun „zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz und Bewegungsapparat“ und nicht mehr wie bisher nur „zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule“ verordnet werden kann.

**Die Höchstanzahl gilt nun für das Kalenderhalbjahr und nicht mehr für den Krankheitsfall**

Die verordnungsfähigen Ärzte wurden ebenfalls erweitert, so dass die Aufwendungen nun auch von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie verordnet werden können.

## 7. Hörgeräte

Der beihilfefähige Höchstbetrag für Hörgeräte ist für Personen ab 15 Jahren auf 1.500 Euro pro Ohr (vormals 1.025 Euro) angehoben worden.

Für Personen bis 15 Jahre ist der beihilfefähige Höchstbetrag nicht anzuwenden.

Hörgeräte sind alle 5 Jahre beihilfefähig, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich.

**Der beihilfefähige Höchstbetrag für Hörgeräte ist von 1.025 Euro auf 1.500 Euro angehoben worden**

## 8. Krankenhausleistungen

Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden, sind nach § 26 Absatz 1 LBhVO weiterhin beihilfefähig.

§ 26 Absatz 3 LBhVO regelt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen solcher Krankenhäuser, die die Voraussetzungen des § 107 SGB V erfüllen, jedoch nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind.

Hierbei handelt es sich um Krankenhäuser, die Krankenhausleistungen weder als Universitätsklinik oder Plankrankenhaus, noch als Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erbringen.

Bei diesen Krankenhäusern werden die beihilfefähigen Aufwendungen mittels einer Vergleichsberechnung ermittelt.

Berechnungsgrundlage ist bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die Multiplikation der Bewertungsrelation der Hauptabteilung (DRG-Fallpauschalenkatalog) mit der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors (§ 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes, so genannter Bundesbasisfallwert). Durch den Ansatz der oberen Grenze des Bundesbasisfallwertes gelten alle sonstigen Zuschläge als mit abgegolten.

In allen anderen Fällen dient als Berechnungsgrundlage die Auswertung der Budgetvereinbarung 2009 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser. Dabei wurden für die Festlegung des beihilfefähigen Höchstbetrages jeweils der Mittelwert des Basispflegesatzes und der Maximalwert des Abteilungspflegesatzes zugrunde gelegt.

**Die Vergleichsberechnung wird vereinheitlicht, so dass keine unterschiedliche Berechnung mehr zwischen Krankenhäusern anderer Bundesländer angestellt werden muss**

Beihilfefähig sind demnach folgende Tagessätze:

Personen, die das 18.Lebensjahr vollendet haben:

Vollstationäre Behandlung 293,80 €

Teilstationäre Behandlung 225,60 €

Personen, die das 18.Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

Vollstationäre Behandlung 462,80 €

Teilstationäre Behandlung 345,80 €

Mit der Neuregelung soll eine bessere Einheitlichkeit der Anwendung erreicht werden. Für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen wird künftig die gleiche Berechnungsgrundlage zu Grunde gelegt, unabhängig davon, in welcher Stadt sich das Krankenhaus befindet. Es wird bei der Vergleichsberechnung nicht mehr auf das Krankenhaus der Maximalversorgung abgestellt.

#### **Hinweis:**

##### **Entlassungsanzeige**

Wenn Sie nach einem Krankenhausaufenthalt die Rechnung erhalten, dann fügen Sie für die beihilferechtliche Prüfung mit der Rechnung auch eine Entlassungsanzeige des Krankenhauses bei.

Bei Behandlung in einer Privatklinik erhalten Sie möglicherweise keine Entlassungsanzeige. In diesem Fall reichen Sie nur die Rechnung ein.

##### **Wahlleistungsvereinbarung**

Um die Beihilfefähigkeit der Wahlleistungen prüfen zu können, benötigt die Beihilfestelle die Wahlleistungsvereinbarung.

Wenn Sie eine Chefarztrechnung erhalten oder in der Krankenhausrechnung ein Zwei-Bett-Zimmer gesondert in Rechnung gestellt wird, reichen Sie mit dem Beihilfeantrag bitte nicht nur die jeweilige Rechnung, sondern auch die Wahlleistungsvereinbarung ein

## **9. Pflegeleistungen**

Die Änderungen erfolgen zur wirkungsgleichen Übertragung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen.

Weiterführende Informationen dazu finden Sie in unseren Merkblättern „**Beihilfe für Leistungen der häuslichen Pflege**“ und „**Beihilfe für Leistungen der vollstationären Pflege**“.

**Für stationäre psychotherapeutische Behandlungen sind die beihilfefähigen Höchstsätze erhöht worden**

**Änderungen im Bereich der Pflegeleistungen erfolgen analog der Änderungen im Krankenkassenbereich**

## 10. Leistungen der Haushaltshilfe

Die Leistungen der Haushaltshilfe werden nicht mehr der jüngsten im Haushalt verbleibenden Person zugeordnet, sondern der außerhalb untergebrachten bzw. der erkrankten Person (§ 52 Nummer 1 LBhVO).

## 11. Rechtsgrundlage

Die wichtigsten Bestimmungen, die diesem Informationsblatt zugrunde liegen, sind

- die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung - LBhVO) vom 8. September 2009, 29.11.2016 (gültig ab 21.01.2017)
- das Landesbeamtengesetz des Landes Berlin (LBG) in der Fassung vom 19. März 2009, darin insbesondere der §§ 76 und 108.

Das Informationsblatt gibt Ihnen nur einen Überblick über die geltenden Bestimmungen. Es kann nicht alle im Einzelfall erheblichen Besonderheiten erfassen. Sie können aus diesem Informationsblatt keine Rechtsansprüche herleiten.

## Haben Sie weitere Fragen?

- Bitte schauen Sie ins Internet:  
[www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe](http://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe)
- Sie können sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Service-Punkt der Zentralen Beihilfestelle im Landesverwaltungsamt Berlin wenden.
- Sie können uns per E-Mail erreichen:  
[beihilfeinfo@lvwa.verwalt-berlin.de](mailto:beihilfeinfo@lvwa.verwalt-berlin.de)

**Schauen Sie in die Originaltexte** der Gesetze und Verordnungen.

**Das Informationsblatt gibt Ihnen nur einen Überblick.**

Schauen Sie ins **Internet**.

Wenden Sie sich an den **ServicePunkt des LVWA**.

Schreiben Sie uns eine E-Mail.

Stand 01.2017