



Merkblatt

Beihilfe

Beihilfe für gesetzlich krankenversicherte Personen

(Stand: April 2024)

Dieses Merkblatt informiert über den grundsätzlichen Umfang einer Beihilfegewährung für in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die nicht Tarifbeschäftigte des Bundes sind.

1. Welche Versicherungsarten sind beihilfeseitig zu unterscheiden?

Beihilfeberechtigte Personen können **plichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung** sein, vor allem versorgungsberechtigte Personen wie Witwen, Witwer und Waisen. Auch berücksichtigungsfähige Ehepartnerinnen/Lebenspartnerinnen bzw. Ehepartner/Lebenspartner und Kinder von beihilfeberechtigten Personen können entweder aus eigenem Recht, z. B. aufgrund einer Berufstätigkeit oder eines Rentenbezugs oder als familienversicherte Angehörige in der GKV pflichtversichert sein.

Außerdem besteht die Möglichkeit einer **freiwilligen Versicherung in der GKV** - mit und ohne Beitragszuschuss - als eigene Versicherung oder als Familienversicherung.

2. Wie wirkt sich eine Pflichtversicherung in der GKV auf die Beihilfe aus?

Nach § 8 Absatz 3 und 4 sowie § 9 der Bundesbeihilfeverordnung werden pflichtversicherte Personen vorrangig auf die zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen. Beihilfen können in folgenden Fällen gewährt werden:

» **Privatärztliche Behandlung bei kassenzugelassenen** Ärztinnen und Ärzten:

Die Aufwendungen für eine privatärztliche Behandlung bei einer **zugelassenen Kassenärztin** oder einem **zugelassenen Kassenarzt (Vertragsärztin/-arzt der GKV)** und die von diesen verordneten Arzneimittel können wegen des Verweises auf die Leistungen der GKV **nicht als beihilfefähig** anerkannt werden.

Falls es sich hierbei jedoch um eine nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltene Leistung handelt bzw. eine dort geforderte Indikation nicht erfüllt ist, kann zu den Aufwendungen eine Beihilfe gewährt werden, wenn die Aufwendungen nach der Bundesbeihilfeverordnung beihilfefähig sind.

» **Privatärztliche Behandlung bei nicht kassenzugelassenen** Ärztinnen, Ärzten, Behandlerin-

nen oder Behandlern:

Bei privater Behandlung durch den genannten Personenkreis kann **nach Abzug** einer **fiktiven Kassenleistung** von **50 Prozent** eine Beihilfe zum jeweiligen Regelbemessungssatz gewährt werden.

Der Nachweis, dass eine leistungserbringende Person keine Kassenzulassung besitzt, ist von der beihilfeberechtigten Person vorzulegen.

» **Arznei- und Verbandmittel:**

Diese sind – auch bei privatärztlicher Verordnung – **nicht beihilfefähig**.

» **Sehhilfen:**

Aufwendungen für Sehhilfen, die ab 1. Januar 2021 verordnet werden und zu denen **keine Leistung durch die GKV** erfolgt, sind unter den Voraussetzungen der Bundesbeihilfeverordnung beihilfefähig.

Detaillierte Informationen über diese beihilferechtlichen Voraussetzungen sowie die jeweiligen Höchstbeträge finden Sie im gesonderten Merkblatt „[Hilfsmittel: Sehhilfen](#)“.

» **Wahlleistungen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus:**

Die Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung und gesondert berechnete Unterkunft) sind **beihilfefähig**. Für die gesondert berechnete Unterkunft sind dabei täglich Kosten bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, beihilfefähig.

Die Kosten der **allgemeinen Krankenhausleistungen** bei medizinisch notwendiger Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus werden stets durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen. Damit ist zu den allgemeinen Krankenhausleistungen **keine Beihilfegewährung** mehr möglich.

» Stationäre Behandlung in einer **Privatklinik:**

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird **nach Abzug** einer **fiktiven Kassenleistung** von **50 Prozent** eine Beihilfe zum jeweiligen Regelbemessungssatz gewährt. Daneben sind auch hier die Wahlleistungen beihilfefähig.

» **Zahnärztliche Leistungen:**

Grundsätzlich können die Aufwendungen für eine **privatzahnärztliche Behandlung bei einer zugelassenen Kassenzahnärztin oder einem zugelassenen Kassenzahnarzt** (Vertragszahnärztin/-arzt der GKV) und die von diesen verordneten Arzneimittel wegen des Verweises auf die Leistungen der GKV nicht als beihilfefähig anerkannt werden.

Falls es sich hierbei jedoch um eine nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltene Leistung handelt bzw. eine dort geforderte Indikation nicht erfüllt ist, kann zu den Aufwendungen eine Beihilfe gewährt werden, wenn die Aufwendungen nach der Bundesbeihilfeverordnung beihilfefähig sind.

Bei privater Behandlung durch **nicht kassenzugelassene Zahnärztinnen oder Zahnärzte** kann

nach Abzug einer fiktiven Kassenleistung von 50 Prozent eine Beihilfe zum jeweiligen Regelbemessungssatz gewährt werden.

Der Nachweis, dass eine leistungserbringende Person keine Kassenzulassung besitzt, ist von der beihilfeberechtigten Person vorzulegen.

Unabhängig davon, ob die Zahnärztin oder der Zahnarzt eine Kassenzulassung hat oder nicht, sind die Aufwendungen für **Zahnersatz (Brücken und Prothesen) sowie Kronen** beihilfefähig. Dabei ist allerdings die fiktiv höchstmögliche Kassenleistung anzurechnen. Beihilfefähig sind hier auch die Aufwendungen für außervertraglich vereinbartes Honorar und Material- und Laborkosten.

Aufwendungen für **Material- und Laborkosten** sind seit 1. Januar 2021 zu 60 Prozent beihilfefähig.

Nach den beihilferechtlichen Regelungen zur Früherkennung und Vorsorge ist die **professionelle Zahnreinigung** nach Abschnitt B Nummer 1040 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ggf. unter Anrechnung einer Kassenleistung beihilfefähig.

Implantologische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach den Nummern 8000 bis 8100 und 9000 bis 9170 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind bei Vorliegen der nach der Bundesbeihilfeverordnung geforderten Indikationen beihilfefähig. Eine Fiktivanrechnung erfolgt hier nicht, da in der Regel kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

» **Kieferorthopädie:**

Verfügt die Kieferorthopädin oder der Kieferorthopäde über eine Kassenzulassung, ist die pflichtversicherte Person auf die zustehende Kassenleistung zu verweisen. Werden allerdings die GKV-Indikationen nicht erfüllt, wenn also ein **Schweregrad 1 oder 2 der Indikationsgruppen** vorliegt, ist eine **Beihilfegewährung** zum persönlichen Bemessungssatz möglich.

Besteht keine Kassenzulassung können die Aufwendungen ebenfalls beihilfeseitig berücksichtigt werden, allerdings ggf. unter Anrechnung einer 50 prozentigen fiktiven Kassenleistung, sofern die GKV bei Kassenzulassung der behandelnden Person leistungspflichtig gewesen wäre.

Der Nachweis, dass eine der genannten Personen keine Kassenzulassung besitzt, ist von der beihilfeberechtigten Person vorzulegen.

Mehrkosten z. B. für besondere Brackets u. ä. sind **nicht beihilfefähig**.

Bitte beachten Sie auch weitere **einschränkende Regelungen für erwachsene Personen**, die eine kieferorthopädische Behandlung benötigen.

» **Psychotherapie:**

Eine Beihilfegewährung ist nur möglich, wenn die behandelnde Person keine Kassenzulassung besitzt. Dann ist in der Regel eine fiktive Kassenleistung abzuziehen, da die beihilfefähigen Psychotherapiearten auch im GKV-Bereich angeboten werden. Bei einer privat durchgeführten Psychotherapie ohne Kassenbeteiligung ist daher mit **erheblichen Restkosten** zu rechnen.

Der Nachweis, dass die behandelnde Person keine Kassenzulassung besitzt, ist von der beihilfeberechtigten Person vorzulegen.

» Behandlung bei **Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern:**

Für die Behandlung bei Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern kann Beihilfe für das Honorar und verbrauchte Arzneimittel gewährt werden. **Verordnete Arzneimittel** zur Anwendung zu Hause sind **nicht beihilfefähig**.

Die Beihilfe wird immer zum personenbezogenen Bemessungssatz gewährt. Die Rechnungsbelege sind der Beihilfestelle mit **Erstattungs- bzw. Nichterstattungsvermerk der Krankenversicherung** vorzulegen. Bitte lassen Sie auch den **Grund für eine verweigerte Kostenerstattung** angeben, da sich dieser auf die Entscheidung durch die Beihilfestelle auswirkt (z. B. Abzug eines fiktiven Kostenanteils).

2.1. Pflichtversicherung: Gibt es Besonderheiten bei familienversicherten Kindern?

Berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung einer anderen Person erfasst werden, also z. B. bei der nicht beihilfeberechtigten, pflichtversicherten Mutter familienversichert sind, haben in vielen Fällen ein Wahlrecht. Wird die Kassenleistung in Anspruch genommen, ist eine Beihilfegewährung nicht mehr möglich. Private Abrechnungen, die von der GKV nicht berücksichtigt werden, ermöglichen eine Beihilfegewährung, allerdings nur zum Bemessungssatz von 80 Prozent, sodass hier stets Restkosten einkalkuliert werden müssen.

Bei Aufwendungen für **Zahnersatz (Brücken und Prothesen) sowie Kronen** ist immer die fiktiv höchstmögliche Kassenleistung anzurechnen, unabhängig davon, ob diese durch die GKV gewährt wurde. Die zugehörigen **Material- und Laborkosten** sind seit dem 1. Januar 2021 zu 60 Prozent beihilfefähig.

2.2. Pflichtversicherung: Was ist bezüglich Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Für beihilfeberechtigte Personen, die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung sind und nach § 28 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Beihilfebemessungssatz bezüglich der Pflegeleistungen 50 Prozent. Das gilt auch für die beitragsfrei bei der beihilfeberechtigten Person in der GKV familienversicherten, berücksichtigungsfähigen Personen.

Berücksichtigungsfähige Personen mit eigener gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung (z. B. aufgrund eigener Beschäftigung oder Versicherung in der Krankenversicherung der Rentner) sowie bei diesen mitversicherte Familienangehörige haben keinen Beihilfeanspruch im Pflegefall. Einzige Ausnahme sind hier die Mehrleistungen bei vollstationärer Pflege zu Unterkunft-, Verpflegungs- und Investitionskosten.

Bitte beachten Sie zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit auch die gesonderten Merk-

blätter.

3. Wie wirkt sich eine freiwillige Versicherung in der GKV auf die Beihilfe aus?

Freiwillig in der GKV versicherte Personen können unter Berücksichtigung und Anrechnung der Kassenleistung Beihilfen erhalten.

Leistet die GKV nach Vorlage der Versichertenkarte, ist für verbleibende Restkosten zu beachten, dass von der Krankenversorgung der GKV ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ebenso wie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, Kostenanteile und Selbstbehalte nicht beihilfefähig sind.

Daraus ergibt sich auch die Besonderheit, dass in der Regel bei Aufwendungen für **Arzneimittel** nach Berücksichtigung der Kassenleistung sowie der genannten nicht beihilfefähigen Kostenanteile kein beihilfefähiger Betrag mehr verbleibt.

Wählen gesetzlich krankenversicherte Personen anstelle der Sach- oder Dienstleistungen **Kostenerstattung nach § 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**, sind ggf. durch die GKV vorgenommene und gesondert ausgewiesene Abschläge für Verwaltungskosten und Selbstbehalte nicht beihilfefähig.

Von den bei der Beihilfe geltend gemachten Aufwendungen ist die Kassenleistung der GKV abzuziehen. Die Beihilfe wird dann

- » nach Abzug der Kassenleistung zu 100 Prozent gewährt
- » ohne Kassenleistung immer zum personenbezogenen Bemessungssatz gewährt.

Allerdings gibt es bei **Zahnersatz, Kronen und Suprakonstruktionen** eine Einschränkung, da der höchstmögliche Festzuschuss der GKV (75 Prozent der Regelversorgung) als gewährte Leistung abzuziehen ist unabhängig von der tatsächlichen Kostenerstattung der GKV.

Die Rechnungsbelege sind der Beihilfestelle mit **Erstattungs- bzw. Nichterstattungsvermerk der Krankenversicherung** vorzulegen. Bitte lassen Sie auch den **Grund für eine verweigerter Kostenerstattung** angeben, da sich dieser auf die Entscheidung durch die Beihilfestelle auswirken kann (z. B. von der Krankenversorgung ausgeschlossenes Hilfsmittel).

3.1. Freiwillige Versicherung: Gibt es Besonderheiten bei familienversicherten Kindern?

Im Rahmen einer freiwilligen Krankenversicherung in der GKV familienversicherte Kinder erhalten zu krankheitsbedingten Aufwendungen im gleichen Rahmen Beihilfe wie die freiwillig versicherte Person.

3.2. Freiwillige Versicherung: Was ist bezüglich Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Für beihilfeberechtigte Personen, die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung sind und nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der

Beihilfebemessungssatz bezüglich der Pflegeleistungen 50 Prozent. Das gilt auch für die beitragsfrei bei der beihilfeberechtigten Person in der GKV familienversicherten berücksichtigungsfähigen Personen. Berücksichtigungsfähige Personen mit eigener gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung (z. B. aufgrund eigener Beschäftigung oder als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert) sowie bei diesen mitversicherte Familienangehörige haben keinen Beihilfeanspruch im Pflegefall. Einzige Ausnahme sind hier die Mehrleistungen bei vollstationärer Pflege zu Unterkunft-, Verpflegungs- und Investitionskosten.

Bitte beachten Sie zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit auch die gesonderten Merkblätter.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Beihilfeteam
im Bundesverwaltungsamt
- Dienstleistungszentrum -