



Informationsblatt zum Beihilfeanspruch von in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Ehe-/Lebenspartnern

Zu den Aufwendungen eines pflichtversicherten Ehe-/Lebenspartners kann gemäß § 6 Abs. 2 Satz 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) eine Beihilfe gewährt werden, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehe-/Lebenspartners im **zweiten Kalenderjahr** vor Beantragung der Beihilfe **20.000 Euro** nicht übersteigt.

Hat der berücksichtigungsfähige Ehe-/Lebenspartner **keine** Einkünfte mehr über **20.000 Euro** und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach § 6 Abs. 2 Satz 1 BBhV nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden (§ 6 Abs. 2 Satz 2 BBhV). Dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehe-/Lebenspartners im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch die Vorlage des Einkommensteuerbescheides des betreffenden Kalenderjahres nachzuweisen (§ 6 Abs. 2 Satz 4 BBhV).

Sollten die o. g. Voraussetzungen vorliegen, gilt folgendes:

Der Beihilfebemessungssatz für die Aufwendungen des berücksichtigungsfähigen Ehe-/Lebenspartners beträgt gemäß § 46 Abs. 2 Nr. 3 BBhV **70 %** der beihilfefähigen Aufwendungen. Grundsätzlich ist der Ehe-/Lebenspartner aber auf die zustehenden Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verweisen.

Die Aufwendungen für eine privatärztliche Behandlung des Ehe-/Lebenspartners bei einem zugelassenen Kassenarzt (Vertragsarzt der GKV) und die von diesem verordneten Arzneimittel können wegen des Verweises auf die Sachleistungen 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.

Gemäß § 9 Abs. 3 Sätze 1 und 2 BBhV sind hierbei jedoch Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von **50 %** als zustehende Leistung anzusetzen. Das bedeutet, dass zu den Arznei- und Verbandmitteln keine Beihilfe gewährt werden kann und das beihilfefähige ärztliche Honorar um **50 %** als fiktiver Kassenanteil zu mindern ist. Die Beihilfe wird dann zum personenbezogenen Bemessungssatz (hier: 70 %) gewährt. Die Rechnungsbelege sind der Beihilfestelle mit Erstattungs- bzw. Nichterstattungsvermerk der Krankenversicherung vorzulegen.

Die Aufwendungen für eine Behandlung durch einen reinen Privatarzt (Arzt ohne Kassenzulassung) bzw. der von diesem verordneten Medikament sind beihilfefähig, allerdings gilt auch hier die oben erläuterte Fiktivanrechnung gemäß § 9 Abs. 3 BBhV. Ferner ist zu beachten, dass der Nachweis, dass es sich um einen reinen Privatarzt handelt, vom Beihilfeberechtigten zu erbringen ist.

Die Fiktivanrechnung entfällt für die Behandlung eines Heilpraktikers.

Die Aufwendungen für Zahnersatz (Brücken und Prothesen) sowie Kronen sind beihilfefähig, allerdings unter Anrechnung der höchstmöglichen Kassenleistung (Festzuschuss mit Bonus = 75 %). Beihilfefähig sind hier auch die Aufwendungen für außervertraglich vereinbartes Honorar und Material- und Laborkosten.

Implantologische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach den Nummern 8000 ff und 9000 ff der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind bei Vorliegen der nach der Bundesbeihilfeverordnung geforderten Indikationen beihilfefähig. Eine Fiktivanrechnung erfolgt hier nicht, da kein Sachleistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Ferner sind die Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung und Wahlleistung Zweibettzimmer) beihilfefähig. Gemäß § 26 Abs. 1 Nr. 5 Buchstabe b) BBhV sind die Aufwendungen des günstigsten Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

Aufgrund des Sachleistungsanspruches gegenüber der GKV sind die Aufwendungen für folgende Leistungen nicht beihilfefähig:

- konservierende Zahnbehandlungen (Einlagefüllungen/Inlays und plastische Füllungen)
- kieferorthopädische Behandlungen
- psychotherapeutische Behandlungen
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- häusliche Krankenpflege
- Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§§ 37 - 39 BBhV)
Ausnahme: Auf Antrag kann eine Beihilfe zu den Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten sowie für Pflegeleistungen, die über die monatlichen Höchstsätze hinausgehen, gewährt werden, wenn von den durchschnittlichen monatlichen Einnahmen kein entsprechender Eigenbehalt nach § 39 Abs. 2 BBhV verbleibt. Hierzu gewähren die Pflegeversicherungen keine Leistungen.

Für weitergehende Informationen steht Ihnen die Beihilfefestsetzungsstelle unter der oben genannten Adresse gerne zur Verfügung.