

Stand: 01.09.2019

FAQ

zum Gesetz über die Einführung einer pauschalen Beihilfe zur Flexibilisierung der Krankheitsvorsorge

1. Ausgangslage

Der Landtag hat am 5. Juni 2019 das „Gesetz zur Einführung einer pauschalen Beihilfe“ beschlossen, veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I Nr. 19. Mit dem Gesetz wird das Beamtenengesetz für das Land Brandenburg (LBG) vom 3. April 2009 ergänzt und eine **neue Form der Beihilfe** geschaffen.

Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung

oder

in einer privaten Krankenvollversicherung (100 Prozent) versicherte Beihilferechtigte

können ab dem 1. Januar 2020 alternativ zur bisherigen individuellen Beihilfe, die jeweils zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird, eine pauschale Beihilfe wählen. Es handelt sich um eine freiwillige Entscheidung, die einen schriftlichen Antrag erfordert. Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung besteht. Ergänzende individuelle Beihilfe wird neben der pauschalen Beihilfe nicht gewährt.

Die Entscheidung, pauschale Beihilfe in Anspruch zu nehmen, wird von der beihilferechtigten Person für sich und die bei ihr berücksichtigungsfähigen Angehörigen unwiderruflich getroffen. Eine abweichende Wahl von individueller Beihilfe und pauschaler Beihilfe für einzelne Personen ist nicht möglich.

Die Einführung der pauschalen Beihilfe als Alternative zur individuellen Beihilfe stellt das Beihilfesystem grundsätzlich nicht in Frage. Beide Formen der Beihilfe bleiben gleichberechtigt nebeneinander bestehen.

2. Wer hat Anspruch auf Beihilfe und für wen wird Beihilfe gewährt?

Einen Anspruch auf Beihilfe haben:

- Beamtinnen und Beamte im aktiven Dienstverhältnis,
- Richterinnen und Richter,
- Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
- Witwen und Witwer oder Hinterbliebene, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie Waisen der oben genannten Personen,

solange sie einen Anspruch auf Bezüge haben oder diese Bezüge aufgrund von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden (§ 62 Abs. 1 LBG).

Keinen eigenen Beihilfeanspruch haben Angehörige. Beihilfeberechtigte haben jedoch Anspruch auf Beihilfe zu den notwendigen Aufwendungen ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Hierzu gehören Ehegattinnen und Ehegatten und eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner der beihilfeberechtigten Person, wenn deren Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 5a des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor dem laufenden Jahr 17.000 Euro nicht übersteigt sowie die im Familienzuschlag nach dem Brandenburgischen Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder. Ehegattinnen und Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig (§ 62 Abs. 2 LBG).

3. Was bietet die individuelle Beihilfe?

Die individuelle Beihilfe wird zu den tatsächlichen notwendigen und angemessenen Aufwendungen u. a. im Krankheitsfall gewährt (§ 62 Abs. 1 LBG). Der Umfang der Beihilfe hängt vom Beihilfebemessungssatz (§ 62 Abs. 5 LBG) ab:

- Dieser beträgt grundsätzlich 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen.
- Er beträgt 70 Prozent der Aufwendungen für
 - Beihilfeberechtigte, bei denen mehr als ein Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird,
 - berücksichtigungsfähige Ehepartnerinnen und Ehepartner bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und
 - Versorgungsempfängerinnen bzw. Versorgungsempfänger.
- Er beträgt 80 Prozent der Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder.

Beihilfeberechtigte mit beihilfeergänzender privater Krankenteilversicherung erhalten grundsätzlich Rechnungen von Leistungserbringern (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktiker) und sind als Vertragspartner des Leistungserbringers auch Zahlungspflichtige. Die Rechnungen werden in der Regel sowohl bei der privaten Krankenversicherung (PKV) als auch bei der Beihilfestelle zur Erstattung der Aufwendungen eingereicht (siehe auch Abschnitt 7).

Wesentliche beihilferechtliche Bestimmungen sind in § 62 LBG geregelt, die Leistungen der individuellen Beihilfe können im Einzelnen der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) entnommen werden. Zu vielen beihilferechtlichen Einzelfragen finden Sie Antworten unter <https://zbb.brandenburg.de>, Stichwort Beihilfe, Beihilfевorschriften.

4. Was bietet die pauschale Beihilfe?

Die pauschale Beihilfe ist eine **neue Form der Beihilfe, die ab 1. Januar 2020 in § 62 Abs. 6 LBG** geregelt ist. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenvollversicherung zu 100 Prozent versicherte Beihilfeberechtigte können ab dem 1. Januar 2020 anstatt der individuellen Beihilfe, bei der jeweils ein Teil der tatsächlichen Aufwendungen erstattet wird, eine pauschale Beihilfe wählen. Sie wird **monatlich zusammen mit den Bezügen** gewährt. Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz besteht. Bei privater Krankenvollversicherung ist die Höhe der pauschalen Beihilfe begrenzt auf die Hälfte der Versicherungsbeiträge für der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechende Leistungen, höchstens jedoch auf den hälftigen Beitrag für eine Versicherung im Basistarif der PKV. Auch die Krankenversicherungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Angehörige werden bei der pauschalen Beihilfe berücksichtigt (siehe auch Abschnitt 19). **Individuelle Beihilfe wird neben der pauschalen Beihilfe nicht ergänzend gewährt.**

5. Wer ist freiwilliges und wer ist Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung?

In Deutschland besteht **grundsätzlich Krankenversicherungspflicht**. Die meisten Beschäftigten sind in der GKV pflichtversichert (§ 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V). Dazu gehören zum Beispiel Tarifbeschäftigte und Auszubildende.

Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Beihilfe sind nicht versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie können sich

- entweder nach Maßgabe des § 9 SGB V **freiwillig gesetzlich** versichern oder aber
- eine **private** Krankenversicherung abschließen.

Neu eingestellte Beamtinnen und Beamte, die **vor der Berufung in das Beamtenverhältnis** in der GKV versichert waren, haben u. a. bei Erfüllung bestimmter Vorversicherungszeiten **innerhalb einer Frist von drei Monaten** nach Berufung in ein Beamtenverhältnis die Möglichkeit, sich freiwillig in der GKV zu versichern (§ 9 SGB V). Interessierte Personen sollten sich in jedem Fall bei ihrer Krankenkasse über die Leistungen und das Verfahren individuell informieren. Diese ist zur Beratung und Auskunft verpflichtet (§§ 14, 15 SGB I).

6. Wie funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung?

Die GKV funktioniert nach dem Sachleistungsprinzip. Das heißt, sie stellt ihren Versicherten Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen gegen Vorlage der Krankenversichertenkarte zur Verfügung. Hierbei nehmen Versicherte Leistungen zur Krankenbehandlung von der Krankenkasse in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten. Vom Sachleistungsprinzip gibt es nur wenige Abweichungen, wie z. B. bei Zahnersatz. Die Beiträge zur GKV sind einkommensabhängig (siehe Abschnitt 17).

Die Leistungen der GKV sind im SGB V geregelt. Für sie gilt, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen (§ 12 SGB V). Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag (§ 12 SGB V).

Weitere Informationen erhalten Sie von den gesetzlichen Krankenversicherungen.

7. Wie funktioniert die private Krankenversicherung?

Die Leistungen der Privaten Krankenversicherung (PKV) hängen vom gewählten Versicherungstarif ab. Die vereinbarten Leistungen können den Leistungen nach SGB V entsprechen oder darüber hinausgehen.

Die Versicherungsbeiträge werden in der PKV nach individuellem Risiko berechnet, also u. a. in Abhängigkeit vom Umfang der versicherten Leistungen, dem Alter und dem Gesundheitszustand (gilt nicht bei Neugeborenen). Über die Leistungen und Tarife der PKV sollten Sie sich bei einer der privaten Krankenversicherungen informieren. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen einer Krankenvollversicherung, die mindestens alle Leistungen entsprechend SGB V beinhaltet, und einer beihilfekonformen Krankenteilversicherung, die grundsätzlich die Leistungen beinhaltet, die zur Ergänzung der Leistungen der individuellen Beihilfe erforderlich sind (siehe Abschnitt 3).

Privat versicherte Beihilferechtigte erhalten grundsätzlich Rechnungen u. a. von Leistungserbringern (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktiker), die in der Regel sowohl bei der PKV als auch bei der Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht werden.

8. Welche Kombinationen der individuellen Beihilfe mit einer Krankenversicherung gab es bisher?

Bisher bestanden folgende Kombinationsmöglichkeiten:

- 1.) Beihilfekonforme **private Krankenteilversicherung** und ergänzende **individuelle** Beihilfe.
- 2.) Freiwillige Mitgliedschaft in der **GKV** (Krankenvollversicherung) und ergänzende **individuelle** Beihilfe.
- 3.) **Private Krankenvollversicherung** und ergänzende **individuelle** Beihilfe.

Bei den o. g. Kombinationen hat sich der Dienstherr bisher nicht aus Mitteln der Beihilfe an den Kosten des Beitrages einer Krankenvollversicherung beteiligt. Im Ergebnis wurde daher aus Kostengründen zumeist eine Entscheidung für Kombination 1 getroffen, da die Kosten einer privaten Krankenteilversicherung in der Regel geringer sind als die Kosten einer Krankenvollversicherung.

9. Welche neuen Kombinationen ergeben sich durch die pauschale Beihilfe?

Neu ab 1. Januar 2020 ist, dass Beihilfeberechtigte **auf schriftlichen Antrag** an Stelle der individuellen Beihilfe grundsätzlich die Hälfte der Kosten für eine Krankenvollversicherung als pauschale Beihilfe erhalten.

Die pauschale Beihilfe wird Beihilfeberechtigten sowohl bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV als auch bei einer privaten Krankenvollversicherung gewährt, so dass neben den o. g. Kombinationen folgende zusätzliche Kombinationsmöglichkeiten entstehen:

- 4.) Freiwillige Mitgliedschaft in der **GKV (Krankenvollversicherung) und pauschale Beihilfe**, kein Anspruch auf ergänzende individuelle Beihilfe
- 5.) **Private Krankenvollversicherung (100 Prozent) und pauschale Beihilfe**, kein Anspruch auf ergänzende individuelle Beihilfe.

10. Kann die pauschale Beihilfe für mich von Vorteil sein?

Aufgrund der Gleichwertigkeit der Versicherungssysteme ist bei allen o. g. Kombinationen eine ausreichende Absicherung gewährleistet, die alle notwendigen und angemessenen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet, auch wenn die Leistungen aufgrund der unterschiedlichen Struktur der Systeme im Einzelfall unterschiedlich ausfallen können.

Ob die pauschale Beihilfe gegenüber der individuellen Beihilfe Vorteile hat, kann nicht allgemein beantwortet werden. Eine Prüfung, welche Variante im Einzelfall die vorteilhaftere ist, kann nur von jedem Beihilfeberechtigten selbst unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse vorgenommen werden.

Um sich für eine bestimmte Kombination zu entscheiden, ist es - wie bisher auch - erforderlich, bei der GKV oder PKV Informationen über die jeweiligen Leistungen und über die langfristig anfallenden Versicherungskosten einzuholen. **Auch die in den nachfolgenden Abschnitten genannten Aspekte sollten berücksichtigt werden.**

11. Welche Aspekte sind bei der zukünftigen Absicherung durch eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV zu berücksichtigen?

Eine Entscheidung für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt werden (§ 9 SGB V).

Bei einer Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV mit der individuellen Beihilfe (Abschnitt 8, Kombination 2) wird in einigen Bereichen eine ergänzende individuelle Beihilfe gewährt (siehe dazu im Einzelnen Abschnitt 20).

Bei einer Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV mit der pauschalen Beihilfe (Abschnitt 9, Kombination 4) erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn aus Mitteln der Beihilfe an den Krankenversicherungskosten (Beitrag), allerdings wird keine ergänzende individuelle Beihilfe gewährt. Eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe

ist darüber hinaus unwiderruflich, so dass ein späterer Wechsel grundsätzlich ausgeschlossen ist (siehe Abschnitt 23).

Die wesentlichen Unterschiede zwischen den Leistungen der individuellen Beihilfe und den Leistungen entsprechend dem GKV-Umfang sind im Abschnitt 20 beschrieben.

12. Welche Aspekte sind bei einer Absicherung durch eine private Krankenversicherung zu berücksichtigen?

Bei einer Kombination einer beihilfekonformen privaten Krankenteilversicherung mit der individuellen Beihilfe (Abschnitt 8, Kombination 1) ergeben sich geringere Beitragsbelastungen als bei einer entsprechenden Krankenvollversicherung in der PKV, grundsätzliche Leistungsunterschiede bestehen nicht.

Bei einer Kombination einer privaten Krankenvollversicherung mit der individuellen Beihilfe (Abschnitt 8 Kombination 3) beteiligt sich der Dienstherr nicht aus Mitteln der Beihilfe am Krankenversicherungsbeitrag.

Bei der Kombination einer privaten Krankenvollversicherung mit der pauschalen Beihilfe (Abschnitt 9 Kombination 5) erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn am Krankenversicherungsbeitrag, so dass der bzw. dem Beihilfeberechtigten vergleichsweise geringere Belastungen entstehen. Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist allerdings unwiderruflich, so dass ein späterer Wechsel grundsätzlich ausgeschlossen ist (siehe Abschnitt 23). Bei dieser Kombination werden grundsätzlich 50 Prozent der Krankenversicherungsbeiträge für **GKV entsprechende Leistungen, maximal 50 Prozent des Höchstbeitrags im Basistarif der PKV**, als pauschale Beihilfe gewährt.

Die Frage, welche der genannten Kombinationen im Einzelfall vorteilhafter ist, sollten Beihilfeberechtigte mit den Krankenversicherungen klären.

13. Können Heilfürsorgeberechtigte (Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte) die pauschale Beihilfe erhalten und was ist zu beachten?

Bei Anspruch auf Heilfürsorge wird Beihilfe für die heilfürsorgeberechtigte Person nicht gewährt (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 BBhV). Heilfürsorgeberechtigte Personen sind nicht in einer gesetzlichen oder privaten Krankenvollversicherung versichert und können keine pauschale Beihilfe wählen. Der Anspruch auf individuelle Beihilfe für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen bleibt davon unberührt.

Zur Aufrechterhaltung eines vor Eintritt in das Beamtenverhältnis und dem Erwerb des Heilfürsorgeanspruchs bestehenden Versicherungsverhältnisses für die Zeit nach dem Ruhestandseintritt bieten die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen die Möglichkeit zum Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für eine Krankenvollversicherung.

Beiträge für eine Anwartschaftsversicherung werden nicht von der pauschalen Beihilfe erfasst.

Abweichend von dem Vorstehenden können heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte nach § 114 Abs. 3 LBG die Gewährung von Heilfürsorge ablehnen. Ihnen steht dann ab dem Ersten des auf den Zugang der Verzichtserklärung bei der Heilfürsorgestelle folgenden Monats individuelle oder pauschale Beihilfe zu.

14. Können Beamtinnen und Beamte, die bereits freiwillig Mitglied in der GKV sind und die Beiträge in voller Höhe selbst tragen, ebenfalls eine pauschale Beihilfe beanspruchen?

Ja, diesen Beamtinnen und Beamten wird auf Antrag die pauschale Beihilfe gewährt.

15. Können Beamtinnen und Beamte in das System der gesetzlichen Krankenversicherung wechseln?

Beamtinnen und Beamte sind nicht in der GKV versicherungspflichtig (§ 6 SGB V). Sie können sich unter den in § 9 SGB V geregelten Voraussetzungen freiwillig gesetzlich krankenversichern, wenn zum Zeitpunkt der Verbeamtung entsprechende Vorversicherungszeiten vorliegen. Der Beitritt ist der Krankenkasse **innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Berufung in das Beamtenverhältnis** anzuzeigen, nähere Einzelheiten sind in § 9 Abs. 2 SGB V geregelt.

Für bereits längerfristig privat versicherte Beamtinnen und Beamte ist dies im Rahmen der in § 9 SGB V geregelten Voraussetzungen grundsätzlich nicht mehr möglich. In Zweifelsfällen bzw. bei der Frage, ob die individuellen Voraussetzungen für eine Weiterversicherung in der GKV erfüllt sind, sollten sich Interessierte an eine der gesetzlichen Krankenkassen wenden.

16. Wie hoch sind die Beiträge für Beamtinnen und Beamte in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Die Höhe des Beitrages zur GKV ist einkommensabhängig. In der GKV werden keine Risikozuschläge erhoben und sowohl Kinder als auch Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ohne bzw. mit geringem Einkommen in der Familienversicherung in der Regel beitragsfrei mitversichert. Beamtinnen und Beamte erhalten keine Lohnfortzahlung durch die Krankenkasse, daher gilt für sie der ermäßigte Beitragssatz für freiwillige GKV-Mitglieder in Höhe von derzeit 14,0 Prozent des Bruttoeinkommens. Bei freiwillig GKV-Versicherten werden zudem Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, Aktien und Ähnlichem verarbeitet. Die Einkünfte werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2019: 54.450 Euro im Jahr, 4.537,50 Euro im Monat) berücksichtigt. 2019 liegt der monatliche GKV-Höchstbetrag für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch bei 635,25 Euro. Hinzu kommt ggf. ein kassenabhängiger Zusatzbeitrag, den gesetzliche Krankenkassen erheben können. Dieser liegt 2019 bei durchschnittlich 0,9 Prozent der Einkünfte. Für Versorgungsempfängerinnen und -empfänger gilt der allgemeine Beitragssatz von derzeit 14,6 Prozent (zzgl. Zusatzbeitrag).

Für weitere Informationen sollten Sie sich an eine der gesetzlichen Krankenkassen wenden.

17. Wie hoch sind die Beiträge für Beamtinnen und Beamte in der privaten Krankenversicherung?

Die Beiträge zur PKV sind einkommensunabhängig, die PKV kalkuliert die Beiträge nach dem vereinbarten Leistungsumfang und dem individuellen Risiko (siehe Abschnitt 7).

Für weitere Informationen sollten Sie sich an eine der privaten Krankenversicherungen wenden.

18. Wie wird die pauschale Beihilfe berechnet und werden Angehörige berücksichtigt?

Gesetzliche Krankenversicherung

Grundsätzlich werden **50 Prozent der nachgewiesenen Kosten** für eine Krankenvollversicherung der bzw. des Beihilfeberechtigten und 50 Prozent der Kosten für eine Krankenvollversicherung für berücksichtigungsfähige Angehörige als pauschale Beihilfe erstattet.

Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder Ansprüche auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung sind mindernd auf die pauschale Beihilfe anzurechnen. Dies kommt insbesondere bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen zum Tragen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Die Kosten ihrer Versicherung bemessen sich nach dem allgemeinen Beitragssatz und nach dem ggf. anfallenden kassenabhängigen Zusatzbeitrag:

Beispiel:

Berücksichtigungsfähiger Angehöriger mit 1.200,- Euro mtl. Einkommen,
KV-Beitrag bei 14,6 % allgemeiner Beitragssatz zzgl. 0,9 % Zusatzbeitrag: 186,00 Euro
mit Arbeitgeberanteil (7,75 %) 93,00 EUR

Beihilfeberechtigte mit mtl. 4.500,- Euro Bruttobezügen,
KV-Beitrag bei 14 % ermäßigter Beitragssatz zzgl. 0,9 % Zusatzbeitrag: 670,50 Euro
Gesamtbeitrag 856,50 Euro

pauschale Beihilfe (50 %) Zwischensumme 428,25 Euro
Minderung um den Arbeitgeberanteil (7,75 %) 93,00 Euro

Auszuzahlende pauschale Beihilfe 335,25 Euro

Private Krankenversicherung

Bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe werden nur Beitragsanteile für Vertragsleistungen einer Krankenvollversicherung berücksichtigt, **die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, maximal jeweils der Beitrag im Basistarif der PKV.**

Die berücksichtigungsfähigen Beitragsanteile sind der von der PKV ausgestellten Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) zu entnehmen.

Der gesetzlich geregelte Höchstbeitrag im Basistarif beträgt im Jahr 2019 je versicherter Person 703,32 Euro, so dass die maximal zu gewährende pauschale Beihilfe 351,66 Euro je versicherter Person in 2019 beträgt.

Beitragsrückerstattungen

Für gesetzlich Versicherte und privat Versicherte gilt: Beitragsrückerstattungen der Krankenversicherung sind der ZBB unverzüglich mitzuteilen, da sie rückwirkend zu einer Minderung der Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge führen.

19. Ist die pauschale Beihilfe zu versteuern?

Die Zahlung der pauschalen Beihilfe ist steuerfrei.

20. Verzichten gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte auf Ansprüche, wenn sie sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?

Freiwillig gesetzlich krankenversicherte Beamtinnen und Beamte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich **nicht** für die pauschale Beihilfe entscheiden und ihre Krankenversicherungskosten (Beiträge) allein tragen, erhalten ergänzende individuelle Beihilfe im Rahmen des § 62 Abs. 1 bis 4 LBG und nach der BBhV.

Die **wesentlichen Mehrleistungen** der individuellen Beihilfe gegenüber den Regelleistungen der GKV sind:

➤ Zahnärztliche Leistungen, Zahnersatz einschließlich Implantate:

Einige zahnärztliche Leistungen, die im Rahmen der individuellen Beihilfe berücksichtigt werden, werden von der GKV nicht oder nur im Ausnahmefall getragen, z. B. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, Wurzelkanalbehandlungen oder Professionelle Zahnreinigungen.

Bei Zahnersatzmaßnahmen einschließlich Implantaten erstattet die GKV befundbezogene Festzuschüsse (§§ 55 und 56 SGB V). Die Differenz zu den tatsächlichen Aufwendungen ist von den Versicherten selbst zu tragen. Im Rahmen der individuellen Beihilfe wird ausgehend vom Rechnungsbetrag Beihilfe ergänzend gewährt. Einschränkung gilt hierbei, dass die Aufwendungen für Materialkosten und zahntechnische Leistungen nicht in voller Höhe, sondern nur zu 40 Prozent einbezogen werden.

➤ **Heilpraktikerleistungen:**

Heilpraktikerleistungen sind beihilfefähig (§ 13 BBhV in Verbindung mit Anlage 2), gehören aber nicht zu den Pflichtleistungen der GKV.

➤ **Hörgeräte:**

Die beihilfefähigen Höchstbeträge für Hörgeräte liegen mit 1.500 Euro je Ohr über den in der GKV geltenden Festbeträgen.

➤ **Kieferorthopädische Behandlungen:**

Beihilfefähig sind kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen bereits ab einer Kieferindikationsgruppe 2 (leichte Zahnfehlstellung) und mit bestimmten Indikationen auch bei Erwachsenen.

➤ **Physiotherapeutische Leistungen:**

Physiotherapeutische Leistungen sind bei medizinischer Notwendigkeit in ihrer Häufigkeit nicht begrenzt.

➤ **Privatklinik:**

Aufwendungen bei stationärem Aufenthalt in einer Privatklinik sind grundsätzlich beihilfefähig, sie sind allerdings der Höhe nach begrenzt, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallbehandlung.

Auf diese Leistungen der individuellen Beihilfe (i. d. R. zum Beihilfebemessungssatz 50 oder 70 Prozent) wird bei Wahl der pauschalen Beihilfe in Kombination mit der gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet.

(Für gesetzlich versicherte Personen, die einen Zuschuss zu ihren Krankenversicherungskosten durch Dritte, z. B. Arbeitgeber oder Rententräger erhalten, besteht kein Anspruch auf alle genannten Mehrleistungen. Eine individuelle Beihilfe kommt im Wesentlichen ergänzend bei Zahnersatz in Betracht.)

21. Verzichten Beihilfeberechtigte mit beihilfekonformer privater Krankenteilversicherung auf Ansprüche, wenn sie sich für die private Krankenvollversicherung und die pauschale Beihilfe entscheiden?

Sowohl durch eine beihilfekonforme private Krankenteilversicherung mit ergänzender individueller Beihilfe, als auch mit einer Krankenvollversicherung wird eine private Absicherung gewährleistet, die alle notwendigen und angemessenen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet. Auf konkrete Leistungen wird dadurch nicht verzichtet.

Allerdings bedeutet insbesondere der erhöhte Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent für Personen mit zwei und mehr Kindern oder Empfänger von Versorgungsbezügen bei Inanspruchnahme der individuellen Beihilfe eine Reduzierung der Beitragsbelastung, die mit der pauschalen Beihilfe im Regelfall wertmäßig nicht erreicht wird.

22. Kann eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe „rückgängig“ gemacht werden?

Die einmal durch schriftlichen Antrag getroffene Entscheidung ist **unwiderruflich**. Ein Hin- und Herwechseln zwischen der pauschalen Beihilfe und der individuellen Beihilfe ist nicht möglich. Aufwendungen für Leistungen, die gegebenenfalls über dem Leistungsniveau der GKV liegen (Abschnitt 20), können damit auch nicht mehr bei der Beihilfestelle geltend gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn Versicherte in der GKV das Prinzip der Kostenerstattung wählen (§ 13 SGB V).

23. Was ist bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf zu beachten?

Das Beamtenverhältnis auf Widerruf endet kraft Gesetzes mit Bestehen oder endgültigem Nichtbestehen der Prüfung, bei Bestehen jedoch frühestens nach Ablauf der für den Vorbereitungsdienst vorgesehenen Zeit. Nach Ablauf dieser Zeit wird das Beamtenverhältnis auf Widerruf nicht in eines auf Probe umgewandelt, sondern ein **neues Be-**

amtenverhältnis begründet. Damit wird ein neuer Anspruch auf Beihilfe begründet, so dass erneut eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe getroffen werden kann. **Beihilfeberechtigte sind in diesem Fall nicht mehr an ihre im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung gebunden.** Ein Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten ist dafür erforderlich.

24. Was passiert beim Übergang in den Ruhestand?

Der Anspruch auf eine pauschale Beihilfe bleibt auch im Ruhestand bestehen.

GKV: Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Einkommen und dem aktuell gültigen GKV-Beitragsatz.

PKV: Ihr individueller Beitrag zur privaten Krankenversicherung steigt gewöhnlich mit dem Alter oder wenn auftretende Erkrankungen den Risikoanteil Ihres Beitrages erhöhen. Dies führt dann jedoch nicht zwangsläufig zu einer entsprechenden Erhöhung der pauschalen Beihilfe. Die pauschale Beihilfe orientiert sich an den Beitragsanteilen für die Vertragsbestandteile, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem SGB V vergleichbar sind und ist begrenzt auf den halben Beitrag für eine Private Krankenversicherung im Basistarif.

Nur bei Wahl einer beihilfekonformen Krankenteilversicherung nach dem bisherigen Modell der individuellen Beihilfe erhöht sich der Beihilfebemessungssatz für Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen auf 70 Prozent und federt damit Beitragssteigerungen ab.

25. Berührt eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe den Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall der Pflegebedürftigkeit?

Nein, die Entscheidung für oder gegen die pauschale Beihilfe berührt nicht den Anspruch auf Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit nach § 37 BBhV. In diesen Fällen besteht also trotz Gewährung einer pauschalen Beihilfe ein Anspruch auf individuelle Beihilfe. Dies gilt auch für den Anspruch auf individuelle Beihilfe zu den Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger im Pflegefall.

Mit der pauschalen Beihilfe werden keine Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung erstattet.

26. Was passiert bei einem Wechsel zu einem anderen Dienstherrn?

Bei einem Wechsel zu einem anderen Dienstherrn gilt das dortige Beihilferecht.

Wenn der neue Dienstherr keine pauschale Beihilfe gewährt, endet diese Leistung mit Ausscheiden aus dem Dienst des Landes Brandenburg.

27. Was passiert, wenn Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf pauschale Beihilfe sich nach Jahren für eine Rückkehr von PKV zu GKV oder umgekehrt entscheiden?

Bei einem späteren Wechsel - sofern im Einzelfall sozialrechtlich zulässig - von GKV zu PKV oder umgekehrt wird die pauschale Beihilfe höchstens in der **vor dem Wechsel gewährten Höhe gewährt.** Eine Ausnahme gilt für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf (siehe Abschnitt 23).

28. Was passiert bei Elternzeit?

Während der Elternzeit besteht ein Anspruch auf individuelle Beihilfe bzw. auf pauschale Beihilfe weiter fort.

29. Wie wird die pauschale Beihilfe beantragt und wann wird sie gezahlt?

Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe bedarf es eines **schriftlichen Antrags** an die Zentrale Bezügestelle. Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und der Zuschüsse von Dritten sind nachzuweisen und Veränderungen der Beitragshöhe unverzüglich mitzuteilen. Hierzu gehören auch alle von den Krankenversicherungen gewährten Beitragsrückerstattungen für Zeiten, in denen eine pauschale Beihilfe gezahlt wurde.

Zur Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern ist ein Nachweis über den Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und Abs. 5a EStG) für das **zweite Jahr vor dem jeweils laufenden Jahr** erforderlich (§ 62 Abs. 6 LBG).

Bitte senden Sie der Zentralen Bezügestelle zur Unterstützung eines reibungslosen Verfahrens regelmäßig die von den Krankenversicherungen jährlich erstellten **Mitteilungen über die zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge und ggf. den o. g. Nachweis der Einkünfte (Einkommensteuerbescheid)** zu, damit die Beiträge der o. g. Angehörigen berücksichtigt werden können.

Die pauschale Beihilfe wird frühestens ab 1. Januar 2020 und ab Antragstellung (nicht rückwirkend) monatlich zusammen mit den Bezügen ausgezahlt.