

Häufig gestellte Fragen zur pauschalen Beihilfe nach dem Thüringer Beamtengesetz (ThürBG)

Die Bezeichnungen in den nachstehenden Fragen und Antworten gelten für alle Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche Form verwendet.

1. Vorbemerkungen:

Mit dem Thüringer Gesetz zur Anpassung von Vorschriften aus dem Bereich des Dienstrechts vom 30. Juli 2019 (GVBl. S. 298) hat der Thüringer Landtag u.a. beschlossen das Thüringer Beamtengesetz (ThürBG) zusätzlich um eine neue Form der Beihilfe zu ergänzen. Dabei handelt es sich um die pauschale Beihilfe, die in § 72 Abs. 6 ThürBG geregelt ist und am 1. Januar 2020 in Kraft tritt. Ab diesem Zeitpunkt können freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenvollversicherung (100 Prozent) versicherte beihilfeberechtigte Personen alternativ zur bisherigen „individuellen“ Beihilfe, die jeweils zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird, die pauschale Beihilfe wählen. Es handelt sich um eine freiwillige Entscheidung, die unwiderruflich ist und einen schriftlichen Antrag erfordert. Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte des Beitrags einer Krankenvollversicherung. Dabei ist es ohne Bedeutung, ob die Krankenvollversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht oder ein Versicherungsvertrag mit einer privaten Krankenversicherung (PKV) abgeschlossen wurde. Ergänzende Beihilfen werden neben der pauschalen Beihilfe nicht gewährt.

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.

Zu den Beiträgen der sozialen oder der privaten Pflegeversicherung wird keine pauschale Beihilfe gewährt. Hier bleibt es wie bisher bei der „individuellen“ Beihilfe.

2. Grundsätzlich: Für wen wird Beihilfe gewährt? Wer hat einen Anspruch auf Beihilfe?

Einen Anspruch auf Beihilfe haben u.a. alle

- Beamten und Richter im aktiven Dienstverhältnis, Versorgungsempfänger sowie frühere Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
- Witwen und Witwer oder hinterbliebene eingetragene Lebenspartner sowie Waisen der oben genannten Personen,

wenn und solange ihnen laufende Besoldung oder Versorgungsbezüge gezahlt werden. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden (§ 72 Abs. 1 ThürBG, § 2 Abs. 2 Thüringer Richter- und Staatsanwältengesetz - ThürRiStAG).

Keinen eigenen Anspruch haben Angehörige von beihilfeberechtigten Personen. Beihilfeberechtigte Personen haben jedoch Anspruch auf Beihilfe zu den notwendigen

Aufwendungen ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Hierzu gehören der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner, wenn der Gesamtbetrag seiner Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000 Euro nicht übersteigt und die Kinder, die im Familienzuschlag nach dem Thüringer Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind (§ 72 Abs. 2 ThürBG in der ab 1. Januar 2020 geltenden Fassung). Die Zweijahresfrist für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder den eingetragenen Lebenspartner bezieht sich bei der „individuellen“ Beihilfe auf die Geltendmachung von Aufwendungen. Entsprechend bezieht sich die Zweijahresfrist bei der pauschalen Beihilfe auf die Berücksichtigung von Beiträgen zur Krankenvollversicherung.

3. Was bietet die „individuelle“ Beihilfe?

Die „individuelle“ Beihilfe wird zu den tatsächlichen notwendigen und angemessenen Aufwendungen u.a. im Krankheitsfall gewährt (§ 72 Abs. 3 ThürBG). Der Umfang der Beihilfe hängt vom Bemessungssatz (§ 72 Abs. 4 ThürBG) ab:

- Dieser beträgt grundsätzlich 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen.
- Er beträgt 70 Prozent der Aufwendungen für:
 - beihilfeberechtigte Personen, bei denen zwei oder mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind (bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur bei einem zu bestimmenden Berechtigten),
 - berücksichtigungsfähige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner und
 - Versorgungsempfänger.
- Er beträgt 80 Prozent der Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind.

Beihilfeberechtigte Personen mit beihilfeergänzender privater Krankenteilversicherung erhalten grundsätzlich Rechnungen u. a. von Leistungserbringern (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktiker) und treten mit der Zahlung der Vergütung an die Leistungserbringer mitunter in Vorleistung. Die Rechnungen werden in der Regel bei der PKV und bei der Beihilfestelle zur jeweils anteiligen Erstattung eingereicht (siehe auch unter Frage 7).

Beihilfeberechtigte Personen können die „individuelle“ Beihilfe innerhalb einer Frist von einem Jahr nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragen (§ 50 Abs. 9 Thüringer Beihilfeverordnung - ThürBhV).

Die „individuelle“ Beihilfe wird nicht nur in Krankheitsfällen gewährt, sondern auch bei Pflegefällen, für die Behandlung von Behinderungen, für die Früherkennung von Krankheiten und für Schutzimpfungen, in Geburtsfällen, für künstliche Befruchtung, für Maßnahmen der Empfängnisregelung und -verhütung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch sowie Organspenden (§ 72 Abs. 3 ThürBG in der ab 1. Januar 2020 geltenden Fassung).

Die Leistungen der „individuellen“ Beihilfe können im Einzelnen der ThürBhV entnommen werden. Die wesentlichen beihilferechtlichen Bestimmungen sind in § 72 ThürBG enthalten.

Wie in der GKV gibt es auch bei der Beihilfe einen Eigenbehalt bei Arznei-, Verbandmitteln, Medizinprodukten und dergleichen. Bei der Beihilfe beträgt der Eigenbehalt grundsätzlich vier Euro je Mittel, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels (§ 48 Abs. 1 ThürBhV). Darüber hinaus sieht die Beihilfe eine Eigenbeteiligung in

Höhe von 25 Euro pro Tag eines Krankenhausaufenthalts bei der Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen und in Höhe von 7,50 Euro pro Tag bei der Inanspruchnahme einer gesondert berechneten Unterkunft vor. Sowohl Eigenbehalte als auch Eigenbeteiligungen werden von der Beihilfe abgezogen.

Zu vielen beihilferechtlichen Einzelfragen finden Sie Antworten im Internetauftritt unter:

<https://tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe/>

4. Was bietet die pauschale Beihilfe?

Die pauschale Beihilfe ist eine neue Form der Beihilfe, die in Absatz 6 der ab 1. Januar 2020 geltenden Fassung des § 72 ThürBG geregelt ist. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenvollversicherung (100 Prozent) versicherte beihilfeberechtigte Personen können ab dem 1. Januar 2020 statt der „individuellen“ Beihilfe, bei der jeweils ein Teil der tatsächlichen Aufwendungen erstattet wird, die pauschale Beihilfe wählen. Sie wird monatlich zusammen mit den Bezügen gewährt.

Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Beiträge einer Krankenvollversicherung. Dabei ist es ohne Belang, wo die Krankenvollversicherung besteht. Dies kann die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder ein Versicherungsvertrag mit einer privaten Krankenversicherung sein. Ergänzende Beihilfen werden neben der pauschalen Beihilfe nicht gewährt. Bei privater Krankenvollversicherung ist die Höhe der pauschalen Beihilfe begrenzt auf die Hälfte der Versicherungsbeiträge für 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 unter Fragen 2 und 18).

„Individuelle“ Beihilfe wird neben der pauschalen Beihilfe nicht ergänzend gewährt.

Die pauschale Beihilfe erfasst nicht die Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit. Im Fall der dauernden Pflegebedürftigkeit ist stets die „individuelle“ Beihilfe maßgebend (siehe hierzu auch unter Frage 3). Deshalb sind Beiträge, die zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung auf der Grundlage des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu leisten sind, nicht Bestandteil der pauschalen Beihilfe.

5. Wer ist freiwilliges - und wer ist Pflichtmitglied in der GKV?

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

Beamte mit Anspruch auf Beihilfe gehören zu den Personen, die nicht versicherungspflichtig in der GKV sind. Sie können sich

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

Neue Beamte, die vor der Einstellung 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 über die Leistungen und das Verfahren bei ihrer Krankenkasse individuell informieren. Diese ist zur Beratung und Auskunft verpflichtet (§§ 14, 15 Erstes Buch Sozialgesetzbuch).

6. Wie funktioniert die GKV?

Die GKV funktioniert nach dem Sachleistungsprinzip. Das heißt, sie stellt ihren Versicherten Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung. Hierbei nehmen Versicherte Leistungen zur Krankenbehandlung von der Krankenkasse in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten.

Abweichungen zum Sachleistungsprinzip wie z.B. bei Zahnersatz sind im SGB V geregelt.

Die Beiträge zur GKV sind einkommensabhängig (siehe unter Frage 16).

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 Krankenkassen.

7. Wie funktioniert die PKV?

Die Leistungen der 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 unter anderem 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 oder mehreren privaten Krankenversicherungen informieren.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen einer Krankenvollversicherung (100 Prozent), die mindestens alle Leistungen entsprechend SGB V beinhaltet und einer beihilfekonformen Krankenteilversicherung (zwischen 20 bis 50 Prozent), die grundsätzlich die Leistungen beinhaltet, die zur Ergänzung der Leistungen der „individuellen“ Beihilfe erforderlich sind (siehe unter Frage 3).

Privatversicherte beihilfeberechtigte Personen erhalten grundsätzlich Rechnungen u.a. von Leistungserbringern (z.B. Ärzten, Krankenhäusern, Heilpraktikern), die in der Regel von der beihilfeberechtigten Person 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 Beiträgen einer Krankenvollversicherung (100 Prozent) beteiligt. Im Ergebnis wurde daher aus Kostengründen zumeist eine Entscheidung für Kombination 1 getroffen, da die Beiträge einer privaten Krankenteilversicherung (20 bis 50 Prozent) in der Regel geringer sind als die Beiträge für eine Krankenvollversicherung.

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

Neu ab 1. Januar 2020 ist, dass beihilfeberechtigte Personen auf schriftlichen Antrag an Stelle der „individuellen“ Beihilfe grundsätzlich die Hälfte der Beiträge für eine Krankenvollversicherung als pauschale Beihilfe erhalten.

Die pauschale Beihilfe wird beihilfeberechtigten Personen sowohl bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV (Krankenvollversicherung), als auch bei einer privaten Krankenvollversicherung gewährt, so dass neben den unter Frage 8 aufgeführten Kombinationen folgende zusätzliche Kombinationsmöglichkeiten entstehen:

4. Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV (Krankenvollversicherung) und pauschale Beihilfe, kein Anspruch auf ergänzende „individuelle“ Beihilfe,
5. Private Krankenvollversicherung 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, ist Ergebnis der eigenständigen freiwilligen Entscheidung der (zukünftigen) beihilfeberechtigten Person. 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 unter den nachfolgenden Fragen genannten Aspekte sollten bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

Wer die neue Möglichkeit nicht in Anspruch nehmen will, für den bleibt alles wie bisher (siehe unter Frage 8). Es wäre in diesem Fall - wie bisher auch - nur zu entscheiden, mit welcher Versicherung die „individuelle“ Beihilfe kombiniert werden soll.

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 (siehe unter Frage 8, Kombination 2) wird in einigen Bereichen eine ergänzende „individuelle“ Beihilfe gewährt (siehe dazu im Einzelnen unter Frage 20).

Bei einer Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV mit der pauschalen Beihilfe (siehe unter Frage 9, Kombination 4) erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn aus Mitteln der Beihilfe an den Beiträgen einer Krankenvollversicherung. 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 unter Frage 22 und 23).

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

Bei einer Kombination einer beihilfekonformen privaten Krankenteilversicherung mit der „individuellen“ Beihilfe (siehe unter Frage 8, Kombination 1) ergeben sich geringere Beitragsbelastungen als bei einer entsprechenden Krankenvollversicherung in der PKV. Grundsätzliche Leistungsunterschiede bestehen nicht.

Bei der Kombination einer privaten Krankenvollversicherung mit der pauschalen Beihilfe (siehe unter Frage 9, Kombination 5) erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn an den Beiträgen, so dass der beihilfeberechtigten Person geringere finanzielle Belastungen für die Beiträge entstehen. Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist allerdings unwiderruflich, so dass ein späterer Wechsel grundsätzlich ausgeschlossen ist (siehe unter Frage 22 und 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 wesentlichen Unterschiede zwischen den Leistungen der „individuellen“ Beihilfe und den Leistungen entsprechend dem GKV-Umfang sind unter Frage 20 beschrieben.

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

13. Können heilfürsorgeberechtigte Personen die pauschale Beihilfe erhalten und was ist zu beachten?

Beamte, die nach § 103 Abs. 1 Nr. 1 ThürBG Heilfürsorge erhalten, können nicht zwischen der „individuellen“ und der pauschalen Beihilfe wählen.

Die Heilfürsorge in Thüringen ist auf die Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten während des Vorbereitungsdienstes für den mittleren und gehobenen Polizeidienst beschränkt (§ 103 Abs. 1 Nr. 1 ThürBG). Mit dem Ende des Vorbereitungsdienstes wird das bisherige Beamtenverhältnis beendet und der Anspruch auf Heilfürsorge entfällt. Wird im Anschluss ein neues Beamtenverhältnis begründet, besteht die Möglichkeit sich für die „individuelle“ Beihilfe oder die pauschale Beihilfe zu entscheiden, wenn die maßgebenden Voraussetzungen auf der Seite der GKV erfüllt sind. Welche Möglichkeiten bestehen, sollte von Interessierten rechtzeitig mit der Krankenversicherung besprochen werden.

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

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

15. Können Beamte in das System der GKV wechseln?

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

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 Beamte in der GKV?

Die Höhe des Beitrages zur GKV ist einkommensabhängig. In der GKV werden keine Risikozuschläge erhoben und sowohl Kinder als auch Ehegatten bzw. Lebenspartner ohne bzw. mit geringem Einkommen sind in der Familienversicherung in der Regel beitragsfrei mitversichert. Beamte erhalten keine Lohnfortzahlung durch die Krankenkasse, daher gilt für sie der ermäßigte Beitragssatz für freiwillige GKV-Mitglieder in Höhe von 14,0 Prozent des Bruttoeinkommens. Bei freiwillig GKV-Versicherten werden aber zusätzlich Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, Aktien und Ähnlichem verarbeitet. Die Einkünfte werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2020: 56.250 Euro im Jahr, 4.687,50 Euro im Monat) berücksichtigt. Für das Jahr 2020 liegt der monatliche GKV-Höchstbetrag für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch bei 656,25 Euro. Hinzu kommt ggf. ein kassenabhängiger Zusatzbeitrag, den gesetzliche Krankenkassen erheben können. Dieser liegt 2020 bei durchschnittlich 1,1 Prozent der Einkünfte. Für Versorgungsempfänger gilt zurzeit der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent (zzgl. Zusatzbeitrag).

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

17. Wie hoch sind die Beiträge für Beamte in der PKV?

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

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

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

Grundsätzlich werden 50 Prozent des nachgewiesenen Beitrags für eine Kranken vollversicherung der beihilfeberechtigten Person und 50 Prozent des Beitrags für eine

Krankenvollversicherung für berücksichtigungsfähige Angehörige als pauschale Beihilfe erstattet. (Dies gilt auch bei Versorgungsempfängern.) Auf den hälftigen Beitrag für eine Krankenvollversicherung wird der Beitrag eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung angerechnet. Dazu zählt auch der Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung. Dies kommt insbesondere bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen zum Tragen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Die Beiträge Ihrer Versicherung bemessen sich nach dem allgemeinen Beitragssatz und nach dem ggf. anfallenden und kassenabhängigen Zusatzbeitrag.

Beispiel (Werte 2020):

	EUR	EUR
Krankenversicherungsbeitrag einer beihilfeberechtigten Person mit einem monatlichen Einkommen von 4.500 EUR (14,0 % ermäßigter Beitragssatz zzgl. 1,1 % Zusatzbeitrag) beträgt: hälftiger monatlicher Beitrag (50 %):	679,50	339,75
Krankenversicherungsbeitrag eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit einem monatlichen Einkommen von 1.400 EUR (14,6 % allgemeiner Beitragssatz zzgl. 1,1 % Zusatzbeitrag) beträgt: hälftiger Beitrag (50 %):	219,80	
Minderung um monatlichen Arbeitgeberanteil:	109,90	
verbleibender monatlicher Betrag:		0,00
„pauschale“ Beihilfe pro Monat insgesamt:		<u>339,75</u>

Für privat Versicherte gilt:

Bei privaten Krankenversicherungen ist der Nachweis zu erbringen, dass das Versicherungsunternehmen die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrags ist, nach den Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V betreibt und dass die abgeschlossene Versicherung mindestens dem Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe werden nur die Beitragsanteile berücksichtigt, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, maximal der Beitrag im Basistarif der privaten Krankenversicherung. Dies ist von der beihilfeberechtigten Person durch eine Bescheinigung der privaten Krankenversicherung nachzuweisen. Damit gelten für die Beiträge Privatversicherter zwei Höchstgrenzen.

In Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar.

Die Bescheinigung, wie hoch die Beitragsanteile sind, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, wird regelmäßig bereits im Rahmen der Einkommensteuererklärung benötigt (Sonderausgabenabzug). Diese Bescheinigung gibt es als Bescheinigung für den monatlichen Beitrag (Lohnsteuerabzug) oder für den Jahresbeitrag (Einkommensteuererklärung). Beide Bescheinigungen sind auch für den Bereich der pauschalen Beihilfe geeignet.

Basistarif

Der Höchstbeitrag im Basistarif ist begrenzt auf den Höchstbeitrag in der GKV plus dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der Kassen; 2020 liegt dieser Höchstbeitrag bei rund 736 Euro im Monat. Erhöht sich die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze, steigt auch der Höchstbeitrag. Der individuelle Basistarif der PKV kann jedoch auch darunterliegen.

Für gesetzlich Versicherte und privat Versicherte gilt:

Beitragsrückerstattungen der Krankenversicherung sind der Beihilfestelle unverzüglich mitzuteilen, da sie rückwirkend zu einer Minderung der Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge führen. Dies ist durch entsprechende Bescheinigungen der Krankenkasse nachzuweisen.

19. Ist die pauschale Beihilfe zu versteuern?

Die Zahlung der pauschalen Beihilfe ist nach § 3 Nr. 62 EStG steuerfrei.

20. „Verzichten“ gesetzlich versicherte beihilfeberechtigte Personen auf Ansprüche, wenn sie sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?

Freiwillig GKV-Versicherte, die sich nicht für die pauschale Beihilfe entscheiden, erhalten ergänzende „individuelle“ Beihilfe nach der ThürBhV und unter den besonderen Voraussetzungen des § 72 Abs. 5 ThürBG. Grundsätzlich werden GKV-Versicherte, die einen Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen zu ihren KV-Beiträgen erhalten, nach § 7 Abs. 7 ThürBhV auf die in der GKV geltenden Sach- und Dienstleistungen, sowie auf die in der GKV geltenden Festbeträge verwiesen. Im Wesentlichen kommt in diesen Fällen eine ergänzende „individuelle“ Beihilfe grundsätzlich nur dann in Betracht, wenn bestimmte Leistungen in der GKV ausgeschlossen, aber beihilfefähig sind. Zu Aufwendungen von freiwillig GKV-Versicherten, die keinen Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen zu Ihren Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, wird ergänzend zu den Leistungen der GKV „individuelle“ Beihilfe nach Maßgabe der ThürBhV gewährt. Gewährte Leistungen der GKV werden dabei nach den näheren Bestimmungen des § 72 Abs. 5 ThürBG bei der Gewährung der Beihilfe berücksichtigt.

Die wesentlichen Mehrleistungen der „individuellen“ Beihilfe gegenüber den Regelleistungen der GKV gehen aus folgender Übersicht hervor:

- Heilpraktikerleistungen:

Heilpraktikerleistungen sind beihilfefähig (§ 7 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 1 ThürBhV). Diese Leistungen gehören nicht zu den Pflichtleistungen der GKV, können aber als Satzungsleistungen erbracht werden.

- Hörgeräte:

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

- Zahnärztliche Leistungen:

Bei Zahnersatzmaßnahmen haben GKV-Versicherte Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse (§§ 55 und 56 SGB V). Die Differenz zu den tatsächlichen

Aufwendungen ist von den Versicherten selbst zu tragen. Im Gegensatz hierzu sind für beihilfeberechtigte Personen und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen die notwendigen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privatärztlich abgerechneten Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie u.a. dem Grunde nach medizinisch notwendig sind. Einschränkend gilt hierbei, dass die Aufwendungen für Material und Laborkosten nicht in voller Höhe, sondern nur zu 40 Prozent beihilfefähig sind.

- Implantologische Leistungen:

Implantologische Leistungen werden in der GKV nur in Ausnahmefällen als Regelversorgung erbracht. Dagegen sind grundsätzlich zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig (§ 17 Abs. 1 Satz 2 ThürBhV).

- Wahlleistungen im Krankenhaus

Wahlleistungen im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung sind beihilfefähig (§ 27 ThürBhV). Dazu zählen die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (abzüglich einer Eigenbeteiligung von 7,50 Euro/Tag von der Beihilfe) und die Behandlung durch einen Wahlarzt (abzüglich einer Eigenbeteiligung von 25 Euro/Tag von der Beihilfe).

- Eigenbehalte

In der GKV gelten grundsätzlich folgende Eigenbehalte:

- Rezeptgebühr
(10 Prozent des Abgabepreises für jedes Arzneimittel, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR),
- bei Krankenhaus-, Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
(max. 28 Tage x 10 EUR = 280 EUR),
- bei häuslicher Krankenpflege
(10 EUR/Verordnung plus 10 Prozent der Gesamtkosten, max. 28 Tage),
- bei der Haushaltshilfe
(10 Prozent der Kosten, höchstens 10 EUR/Tag),
- bei Heilmitteln wie z.B. Krankengymnastik und Massagen
(10 EUR /Verordnung plus 10 Prozent der Gesamtkosten)
und
- bei Hilfsmitteln
(10 Prozent der Kosten für jedes Hilfsmittel, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR).

Das Thüringer Beihilferecht sieht grundsätzlich folgende Eigenbehalte / Eigenbeteiligungen vor:

Der Eigenbehalt beträgt 4 Euro im Abzug der festgesetzten Beihilfe je verordnetem Arznei-, Verbandmittel, Medizinprodukt und dergleichen, jedoch nicht mehr als die tatsächlich gewährte Beihilfe. Bei der Wahlleistung „Unterkunft“ im Krankenhaus werden 7,50 Euro je Tag von der Beihilfe und bei der Wahlleistung „Behandlung durch einen Wahlarzt“ 25 Euro je Tag von der Beihilfe abgezogen.

Mehrleistungen der GKV im Vergleich zur „individuellen“ Beihilfe können sich durch satzungsgemäße Zusatzleistungen je nach individueller Entscheidung der GKV (über die Pflichtleistungen hinaus) ergeben, so z.B. im Bereich der Gesundheitsförderung.

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich, ein Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe besteht dann nicht mehr.

21. „Verzichten“ beihilfeberechtigte Personen mit beihilfekonformer privater Krankenteilversicherung auf Ansprüche, wenn sie sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?

Sowohl durch eine beihilfekonforme private Krankenteilversicherung mit ergänzender „individueller“ Beihilfe, als auch mit einer Krankenvollversicherung entsprechend der GKV-Leistungen wird eine ausreichende Absicherung gewährleistet, die alle notwendigen und angemessenen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet. Trotz der insgesamt bestehenden Gleichwertigkeit von GKV-Leistungen und Beihilfe (ergänzt durch beihilfekonforme PKV-Teilversicherung), können sich im Einzelfall aufgrund der Strukturunterschiede unterschiedliche Leistungen ergeben. Die wesentlichen Unterschiede der Beihilfe im Vergleich zur GKV sind unter Frage 20 dargestellt. Über die konkreten Unterschiede im Leistungsvolumen von PKV (ergänzt durch „individuelle“ Beihilfe) und der GKV sollten beihilfeberechtigte Personen sich bei den Krankenversicherungen informieren.

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, 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).

Bei Beamten auf Widerruf sind Besonderheiten zu beachten (siehe unter Frage 23).

23. Was ist bei Beamten auf Widerruf zu beachten?

Sofern „individuelle“ Beihilfe in Anspruch genommen wird, ist zu berücksichtigen, dass für o.g. beihilfeberechtigte Personen grundsätzlich bestimmte zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen ausgeschlossen sind und einer Wartezeit unterliegen (§ 8 Abs. 2 ThürBhV).

Das Beamtenverhältnis auf Widerruf endet mit Bestehen oder endgültigem Nichtbestehen der Prüfung, bei Bestehen jedoch frühestens nach Ablauf der für den Vorbereitungsdienst vorgesehenen Zeit, kraft Gesetzes. Nach Ablauf dieser Zeit wird das Beamtenverhältnis auf Widerruf nicht in eines auf Probe umgewandelt, sondern ein neues Beamtenverhältnis begründet. Der bisherige Anspruch auf Beihilfe sowohl in Form der „individuellen“ Beihilfe als auch der pauschalen Beihilfe endet.

Mit der Begründung des neuen Beamtenverhältnisses wird ein neuer Anspruch auf Beihilfe begründet, so dass erneut die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe getroffen werden kann. Beihilfeberechtigte Personen sind in diesem Fall nicht mehr an ihre im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung gebunden. Ob der Wechsel von der privaten Krankenversicherung (i.V.m. der „individuellen“ Beihilfe) zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung (i.V.m. der pauschalen Beihilfe) bei der Begründung des neuen Beamtenverhältnisses unter krankenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu

diesem Zeitpunkt möglich ist, sollten Interessierte bereits vor der Ernennung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf mit einer Krankenkasse der gesetzlichen Krankenversicherung klären.

Entscheiden Sie sich unwiderruflich für die pauschale Beihilfe, müssen Sie dies zu Beginn des neuen Beamtenverhältnisses bei der zuständigen Beihilfestelle beantragen.

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

Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe bedarf es eines schriftlichen Antrags an die zuständige Beihilfestelle. Ein Antrag auf pauschale Beihilfe ist nur für die Zukunft möglich (ab dem Monat der Antragstellung oder später) und kann nicht für zurückliegende Zeiträume gestellt werden.

Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge ist nachzuweisen und Veränderungen der Beitragshöhe der Beihilfestelle 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 Ehegatten bzw. Lebenspartnern ist ein Nachweis über den Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) für das zweite Kalenderjahr vor der Antragstellung erforderlich (§ 72 Abs. 2 ThürBG).

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

Die Pauschale wird monatlich zusammen mit den Bezügen gezahlt.

Hinweis: Eine „individuelle“ Beihilfe für Pflegeaufwendungen (im Falle einer Pflege) muss weiterhin individuell bei der Beihilfestelle beantragt werden. Die „individuelle“ Beihilfe wird je Antrag und grundsätzlich direkt auf das Bezügekonto ausgezahlt.

25. Was passiert beim Übergang in den Ruhestand?

Der Anspruch auf eine pauschale Beihilfe bleibt auch im Ruhestand bestehen. Der GKV-Beitragssatz steigt von 14,0 Prozent (2020) beim Eintritt in den Ruhestand auf 14,6 Prozent (2020). Die Zahlung der pauschalen Beihilfe erfolgt wie bisher mit den Bezügen.

26. 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 in Pflegefällen nach dem Thüringer Beihilferecht. In diesen Fällen besteht also trotz Gewährung einer pauschalen Beihilfe für die Krankenvollversicherung ein Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe beschränkt auf Pflegeaufwendungen. Dies gilt auch für den Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe zu den Pflegeaufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Die Pflegeaufwendungen müssen stets nach den Regelungen der „individuellen“ Beihilfe geltend gemacht werden.

Insbesondere müssen bei Antragstellungen für individuelle Beihilfe die Pflegeaufwendungen durch Rechnungsbelege nachgewiesen werden.

Beiträge zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung werden mit der pauschalen Beihilfe nicht erstattet.

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

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

28. Ändert sich bei Nichtinanspruchnahme einer pauschalen Beihilfe etwas am Umfang der „individuellen“ Beihilfe im Vergleich zu bisher?

Nein. Die bisherige „individuelle“ Beihilfe bleibt unverändert bestehen. Die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe ist freiwillig.

29. Was passiert, wenn Beamte sich nach Jahren/Jahrzehnten für eine Rückkehr von GKV zur PKV oder umgekehrt entscheiden?

Bei einem späteren Wechsel - sofern sozialrechtlich zulässig - von der GKV zur PKV oder umgekehrt wird die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt. Eine Ausnahme gilt für Beamte auf Widerruf (siehe unter Frage 23).

30. Was passiert während der Elternzeit?

In der Elternzeit besteht ein Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe bzw. auf pauschale Beihilfe weiter fort. Insoweit während der Elternzeit Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 2 Thüringer Verordnung über den Urlaub und die Dienstbefreiung der Beamten und Richter (Thüringer Urlaubsverordnung – ThürUrlVO -) erstattet werden, handelt es sich um familienpolitische Leistungen, die bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe unberührt bleiben.