Anlage zum RS IV Nr. 16/2022 - FAQ´s zur pB

Häufig gestellte Fragen zur pauschalen Beihilfe im Land Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage 4
2. Wer hat einen Anspruch auf Beihilfe? 5
3. Was beinhaltet die individuelle Beihilfe? 6
4. Was beinhaltet die pauschale Beihilfe? 8
5. Berührt eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe den Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall einer Pflegebedürftigkeit? 9
6. Besteht bei einer Entscheidung für die pauschale Beihilfe der Anspruch auf Beihilfe zur Milderung einer besonderen Härte fort? 9
7. Wer ist freiwilliges und wer ist Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung? 10
8. Wie funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung? 10
9. Wie funktioniert die private Krankenversicherung? 11
10. Welche Möglichkeiten bestehen durch Einführung der pauschalen Beihilfe? 11
11. Kann die pauschale Beihilfe für mich vorteilhaft sein? 12
12. Können Beamtinnen und Beamte in das System der gesetzlichen Krankenversicherung wechseln? 13
13. Können beihilfeberechtigte Personen, welche bereits freiwillig gesetzlich versichert sind und die Beiträge bislang in voller Höhe selbst getragen haben, ebenfalls die pauschale Beihilfe beantragen? 14
14. Was ist bei einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen? 14
15. Was ist bei einer Versicherung in der privaten Krankenversicherung zu berücksichtigen? 14
16. Können Heilfürsorgeberechtigte die pauschale Beihilfe erhalten und was ist diesbezüglich zu beachten? 15

17. Besonderheiten für heilfürsorgeberechtigte Beamtinnen und Beamte bei Eintritt in den Ruhestand 16
18. Wie hoch sind die Beiträge für Beamtinnen und Beamte in der gesetzlichen Krankenversicherung? 17
19. Wie hoch sind die Beiträge für Beamtinnen und Beamte in der privaten Krankenversicherung? 18
20. Wie berechnet sich die pauschale Beihilfe? Werden Angehörige berücksichtigt? 19
21. Ist die pauschale Beihilfe zu versteuern? 21
22. Welche wesentlichen Mehrleistungen der individuellen Beihilfe erhalten beihilfeberechtigte Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und sich gegen die Beantragung der pauschalen Beihilfe entscheiden? 21
23. Verzichten beihilfeberechtigte Personen mit beihilfekonformer privater Krankenteilversicherung auf Ansprüche, wenn sie sich für eine private Krankenvollversicherung im Basistarif und die Beantragung pauschaler Beihilfe entscheiden? 27
24. Kann die Entscheidung für die pauschale Beihilfe „rückgängig" gemacht werden? 28
25. Was ist bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf zu beachten? 28
26. Wie wird die pauschale Beihilfe beantragt und wann wird sie gezahlt? 30
27. Wann wird die pauschale Beihilfe ausgezahlt? Wird sie auch rückwirkend gewährt? 31
28. Was passiert bei Übergang in den Ruhestand? 32
29. Was passiert bei einem Wechsel zu einem anderen Dienstherrn? 33
30. Ändert sich durch die Einführung der pauschalen Beihilfe der Umfang der individuellen Beihilfe? 34
31. Was passiert bei einem Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung zur privaten Krankenversicherung oder umgekehrt? 34
32. Was passiert während der Elternzeit? 34

33. Was ist hinsichtlich Bewerberinnen bzw. Bewerbern für eine erstmalige Ernennung z.B. im Vorbereitungsdienst (sog. Neueinsteigerinnen/Neueinsteiger) im öffentlichen Dienst zu beachten: 35
34. Anlagenübersicht 36

1. Ausgangslage

1) Am 18.03.2020 trat das „*Gesetz zur Einführung der pauschalen Beihilfe*" (GVBl. 9/2020, S. 204) in Kraft. „Damit können beihilfeberechtigte Personen im Land Berlin, welche freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder in einer privaten Kranken**voll**versicherung (PKV) versichert sind, alternativ zur bisherigen individuellen Beihilfe, die jeweils zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird, die Gewährung einer pauschalen Beihilfe beantragen.

2) Die Höhe der pauschalen Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer Kranken**voll**versicherung, unabhängig davon, ob eine Mitgliedschaft in der GKV oder der PKV besteht. Sofern eine Krankenvollversicherung bei einer PKV begründet wird, wird die pauschale Beihilfe jedoch höchstens in Höhe des hälftigen Beitrags im Basistarif gewährt. Denn der Basistarif der PKV ist mit den Leistungen der GKV in Art, Umfang und Höhe vergleichbar.

3) **Die Entscheidung, die pauschale Beihilfe in Anspruch zu nehmen, ist freiwillig und wird von der beihilfeberechtigten 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.**

4) Damit sich die beihilfeberechtigte Person der Tragweite ihrer oder seiner Erklärung zur Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe bewusst ist, muss der Antrag und der Verzicht auf individuelle Beihilfen schriftlich erfolgen. Die Unwiderrufbarkeit der Entscheidung zur Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe begründet sich damit, dass die Krankenversicherungssysteme der GKV und der PKV auf eine dauerhafte Mitgliedschaft in der jeweiligen Versicherungsgemeinschaft angelegt sind. Ein nach individuellem Lebensabschnitt geplanter ständiger Wechsel des Krankenversicherungssystems scheidet daher ausdrücklich aus.

5) Sollte sich eine beihilfeberechtigte Person für die Beantragung einer pauschalen Beihilfe entscheiden, entfällt ihr Anspruch auf Gewährung individueller Beihilfe. Sofern eine beihilfeberechtigte Person keinen Antrag auf Gewährung einer pauschalen Beihilfe stellt, wird ihr in unveränderter Weise auch zukünftig individuelle Beihilfe gewährt.

6) 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 einen Anspruch auf Beihilfe?

1) Wer Anspruch auf Beihilfe hat, bestimmt sich nach § 76 Absatz 1 Landesbeamtengesetz (LBG). Hiernach haben Anspruch auf Beihilfe

- **Beamtinnen** und **Beamte**, **Richterinnen** und **Richter**, die Anspruch auf Besoldung haben,
- **Versorgungsempfängerinnen** und **Versorgungsempfänger**, die Anspruch auf Versorgungsbezüge haben,
- **frühere Beamtinnen** und **frühere Beamte**, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind, während des Bezugs von Unterhaltsbeiträgen nach dem Beamtenversorgungsgesetz in der am 31. August 2006 geltenden Fassung, sofern ihnen Bezüge zustehen oder diese auf Grund von Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden (§ 2 Absatz 2 Landesbeihilfeverordnung [LBhVO]).

2) Der Anspruch auf pauschale Beihilfe besteht solange, wie der o. g. Personenkreis Anspruch auf Bezüge hat, auch dann wenn diese Bezüge aufgrund von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden (§ 76 Abs. 1 LBG).

3) Angehörige haben keinen eigenen Anspruch auf Beihilfe.

4) Beihilfeberechtigte Personen haben jedoch Anspruch auf Beihilfe zu den notwendigen Aufwendungen ihrer **berücksichtigungsfähigen Angehörigen.** Berücksichtigungsfähige Angehörige sind beispielsweise Kinder, wenn sie im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind (§ 4 Absatz 2 Satz 1 LBhVO). Ebenfalls berücksichtigungsfähig sind Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, sofern der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20.000 Euro nicht übersteigt (§ 4 Absatz 1 Satz 1 LBhVO).

5) Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des vollständigen Einkommenssteuerbescheides nachzuweisen. Gem. Ziffer 4.1.5 der AV zur LBhVO können die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben unkenntlich gemacht werden. Auf Grund der Tatsache, dass bei der beihilferechtlichen Prüfung jedoch auch verschiedene andere einkommenserhöhende bzw. einkommensmindernde Tatbestände, wie sie sich bspw. aus §§ 32d Abs. 1, § 43 Abs. 5 und § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG ergeben, zu prüfen und ggf. zu berücksichtigen sind, kann es im Einzelfall relevant sein, auch andere (bereits geschwärzte) Textpassagen des Einkommensteuerbescheides zu berücksichtigen. Um alle prüfungsrelevanten Daten für die Prüfung ohne Zeitverlust (durch nachträgliche Anforderung) nutzen zu können, wird Beihilfeberechtigten empfohlen, den vollständigen Einkommenssteuerbescheid einzureichen. Soweit die bzw. der Beihilfeberechtigte diesen nicht übermittelt, ist das LVwA berechtigt, diesen nachzufordern. Eine abschließende Prüfung kann erst bei Vorliegen aller prüfungsrelevanten Daten erfolgen.

6) Die Seiten des Landesverwaltungsamts enthalten ergänzende Informationen über die Beihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner).

7) Mit dem Tod der beihilfeberechtigten Person endet auch ihre Beihilfeberechtigung. Für Hinterbliebene mit Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung entsteht dann ein eigener Beihilfeanspruch. Auf Grund dessen können diese erneut eine Entscheidung für oder gegen die Beantragung einer pauschalen Beihilfe treffen. Hierbei gilt einschränkend zu berücksichtigen, dass bei einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung die pauschale Beihilfe nicht gewährt werden kann.

3. Was beinhaltet die individuelle Beihilfe?

1) Die Regelungen zur Festsetzung und Gewährung von Beihilfen findet sich in § 76 LBG in Verbindung mit der LBhVO.

2) Die individuelle Beihilfe wird grundsätzlich nur für notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen unter anderem in Krankheitsfällen gewährt (§ 76 Absatz 2 LBG). Die Höhe der jeweils gewährten Beihilfe hängt dabei vom Bemessungssatz (§ 76 Absatz 3 LBG) ab. Der nicht durch die Beihilfe übernommene

Anteil der Aufwendungen ist gemäß § 193 Absatz 3 Satz 1, 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz bei einer Krankenversicherung zu versichern.

- Grundsätzlich beträgt der Bemessungssatz **50 Prozent** der entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen.
- **70 Prozent** der beihilfefähigen Aufwendungen werden übernommen für
  - Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtigt sind,
  - berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten oder eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner,
  - beihilfeberechtigte Personen, bei denen zwei oder mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen beträgt der Bemessungssatz nur bei einer beihilfeberechtigten Person 70 Prozent.
- **80 Prozent** der beihilfefähigen Aufwendungen werden übernommen für
  - berücksichtigungsfähige Kinder,
  - Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind.

3) Beihilfeberechtigte Personen, mit beihilfeergänzender privater Krankenteilversicherung, erhalten grundsätzlich Rechnungen u.a. von Leistungserbringenden (z.B. ärztliches Fachpersonal, Krankenhäuser, Heilpraktizierende) und treten im Regelfall mit der Zahlung der Vergütung in Vorleistung. Die Rechnungen werden in der Regel sowohl bei der PKV als auch bei der Beihilfestelle des Landesverwaltungsamtes zur Erstattung eingereicht.

4) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als **200 Euro** betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen. Die Antragsfrist von einem Jahr ab Rechnungsdatum ist zu beachten (§ 54 Absatz 1 Satz 1 LBhVO).

5) Beihilfe wird nach § 76 Absatz 2 LBG außer in Krankheitsfällen auch in Pflegefällen, zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten oder Behinderungen, in Geburtsfällen, zur Empfängnisverhütung, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch sowie zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen gewährt. Die Leistungen der individuellen Beihilfe können im Einzelnen der LBhVO entnommen werden.

6) Beihilfeberechtigten Personen, welche freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird ergänzend zu den Leistungen der GKV individuelle Beihilfe nach Maßgabe des § 76 LBG i.V.m. der LBhVO gewährt. Gewährte Leistungen der GKV werden dabei nach den näheren Bestimmungen des § 76 Absatz 3 Satz 4 und 5 LBG i.V.m § 48 Absatz 1 LBhVO bei der Gewährung der Beihilfe berücksichtigt. Vergleiche hierzu im Näheren **Frage 22**.

7) Die Seiten des Landesverwaltungsamts enthalten weitere umfangreiche Informationen sowie einschlägige Merkblätter zum Thema individuelle und pauschale Beihilfe:

https://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe/

4. Was beinhaltet die pauschale Beihilfe?

1) Die pauschale Beihilfe ist eine neue Form der Beihilfe, die im § 76 Absatz 5 LBG geregelt ist.

2) **Freiwillig** in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Kranken**voll**versicherung versicherte beihilfeberechtigte Personen können nun anstatt der individuellen Beihilfe, die grundsätzlich einen Anteil der beihilfefähigen Aufwendungen erstattet, die Gewährung einer pauschalen Beihilfe beantragen. Diese wird vom Landesverwaltungsamt berechnet und festgesetzt und anschließend monatlich durch die Dienstbehörde zahlbar gemacht.

3) Die gewährte Pauschale beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer Kranken**voll**versicherung, unabhängig davon, ob sich die beihilfeberechtigte Person für eine Versicherung in der GKV oder in der PKV entscheidet.

4) Bei einer Versicherung in einer privaten Krankenvollversicherung ist die Höhe der pauschalen Beihilfe auf die Hälfte der Beitragsanteile beschränkt, die auf Vertragsleistungen entfallen, die in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV vergleichbar sind - höchstens jedoch auf den hälftigen Beitrag für eine Versicherung im Basistarif der PKV.

5) Eine ergänzende Gewährung von individueller Beihilfe erfolgt neben der Gewährung von pauschaler Beihilfe nicht.

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

1) **Nein**, eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe berührt nicht den Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit.

2) Sofern einer beihilfeberechtigten Person pauschale Beihilfe für ihre Krankenvollversicherung gewährt wird, hat sie weiterhin einen auf Pflegefälle beschränkten Anspruch auf individuelle Beihilfe (siehe hierzu auch **Frage 3**). Dies gilt auch für den Anspruch auf individuelle Beihilfe zu den Pflegeaufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

3) 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.

4) Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung werden mit der pauschalen Beihilfe nicht erstattet.

6. Besteht bei einer Entscheidung für die pauschale Beihilfe der Anspruch auf Beihilfe zur Milderung einer besonderen Härte fort?

1) Ja. Auf Grund der Fürsorgepflicht des Dienstherrn bleibt der Anspruch auf die Beihilfe zur Milderung einer besonderen Härte auch dann bestehen, wenn auf die individuelle Beihilfe verzichtet wird.

2) Mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung kann die Festsetzungsstelle, sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, eine Beihilfe zur Milderung dieser Härte gewähren. Eine besondere Härte liegt dann vor, wenn der beihilfeberechtigten Person unter Berücksichtigung des pauschalierenden und typisierenden Charakters der Beihilfevorschriften eine nicht mehr zumutbare Belastung abverlangt würde und die Ablehnung der Beihilfe die Fürsorgepflicht in ihrem Wesenskern verletzt. Diese Härtefallregelung gilt im Ausnahme- und Einzelfall. Sie ändert nichts daran, dass mit

der Entscheidung für die pauschale Beihilfe ein Verzicht auf die individuelle Beihilfe verbunden ist.

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

1) In Deutschland besteht grundsätzlich Krankenversicherungspflicht. Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen eine Krankenkostenversicherung abzuschließen. Der überwiegende Teil der in Deutschland lebenden Personen ist nach § 5 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der GKV pflichtversichert.

2) **Beamtinnen** und **Beamte** sind hingegen nach § 6 Absatz 1 Nr. 2 SGB V **versicherungsfrei.** Sie können sich entweder für eine Versicherung in der privaten Krankenversicherung entscheiden, oder sich unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen.

3) Neu eingestellte Beamtinnen und Beamte, die vor der Berufung in das Beamtenverhältnis in der GKV (pflicht-)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).

4) Bei bestehendem Interesse an der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung sollten Beamtinnen und Beamte sich mit einer Krankenkasse ihrer Wahl in Verbindung setzen und sich beraten lassen. Hierzu sind die gesetzlichen Krankenkassen nach §§ 14, 15 Sozialgesetzbuch Erstes Buch verpflichtet.

8. Wie funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung?

1) Die GKV funktioniert nach dem Sachleistungsprinzip und stellt ihren Versicherten die Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung. Das bedeutet, dass gesetzlich Versicherte Leistungen zur Krankenbehandlung von der Krankenkasse in Anspruch nehmen, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringenden zu erhalten. Die Beiträge der GKV bestimmen sich dabei nach dem Einkommen der versicherten Person (vgl. **Frage 18**).

2) Welche Leistungen die GKV erbringt, bestimmt sich nach den §§ 11 fortfolgende SGB V. Die Leistungen müssen dabei ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Absatz 1 SGB V). Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag (§ 12 SGB V).

9. Wie funktioniert die private Krankenversicherung?

1) Die Leistungen der PKV hängen vom gewählten Versicherungstarif ab. Im Basistarif der PKV entsprechen die Leistungen in Art, Umfang und Höhe denen der GKV. In der Regel werden in der PKV Tarife auf der Grundlage des ärztlichen Gebührenrechts gewählt, welche grundsätzlich den Leistungsumfang der GKV überschreiten.

2) Die Beiträge in der PKV werden unter anderem in Abhängigkeit vom Umfang der versicherten Leistungen, dem Alter und dem Gesundheitszustand (gilt nicht bei Mitversicherung im Tarif eines PKV-versicherten Elternteils für Neugeborene), das heißt nach individuellem Risiko berechnet. Über die angebotenen Leistungen und Tarife sollten sich beihilfeberechtigte Personen direkt bei privaten Krankenversicherungen informieren.

3) Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen einer Kranken**voll**versicherung (100 Prozent), die mindestens alle Leistungen entsprechend SGB V beinhaltet und einer beihilfekonformen Kranken**teil**versicherung (zwischen 20 bis 50 Prozent), die grundsätzlich die Leistungen beinhaltet, die zur Ergänzung der Leistungen der individuellen Beihilfe erforderlich sind (vgl. **Frage 3**).

4) Privatversicherte beihilfeberechtigte Personen erhalten grundsätzlich Rechnungen von Leistungserbringenden (z.B. ärztliches Fachpersonal, Krankenhäuser, Heilpraktizierende), die in der Regel sowohl bei der PKV als auch bei der Beihilfestelle des Landesverwaltungsamts zur Erstattung eingereicht werden.

10. Welche Möglichkeiten bestehen durch Einführung der pauschalen Beihilfe?

1) Bisher konnten beihilfeberechtigte Personen folgende Kombinationsmöglichkeiten für eine Krankenvollvorsorge wählen:

a) individuelle Beihilfe, die durch eine aus der Besoldung zu zahlende private Krankenversicherung in Form einer Kranken**teil**versicherung zu ergänzen ist (sog. beihilfekonforme private Kranken**tei**lversicherung),
b) Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV (Kranken**voll**versicherung) und ergänzende individuelle Beihilfe,
c) Private Kranken**voll**versicherung und ergänzende individuelle Beihilfe.

2) Diese Kombinationsmöglichkeiten, bei denen sich der Dienstherr nicht an den Kosten der Krankenversicherung beteiligt, bestehen auch weiterhin. Die Einführung der pauschalen Beihilfe ermöglicht beihilfeberechtigten Personen, auf schriftlichen Antrag an Stelle der individuellen Beihilfe grundsätzlich die Hälfte der Kosten für eine Kranken**voll**versicherung als pauschale Beihilfe zu erhalten. Es ergeben sich also zwei neue Kombinationsmöglichkeiten:

d) Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV (Kranken**voll**versicherung) und pauschale Beihilfe; kein Anspruch auf ergänzende individuelle Beihilfe (vgl. **Frage 14**),
e) Private Kranken**voll**versicherung und pauschale Beihilfe; kein Anspruch auf ergänzende individuelle Beihilfe (vgl. **Frage 15**).

11. Kann die pauschale Beihilfe für mich vorteilhaft sein?

1) 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.

2) Ob sich die pauschale Beihilfe gegenüber der individuellen Beihilfe für die jeweilige beihilfeberechtigte Person langfristig als vorteilhaft erweist, kann nicht von Seiten der Beihilfestelle beurteilt werden. Das Abwägen für oder gegen die pauschale Beihilfe ist Ergebnis der eigenständigen freiwilligen Entscheidung der (zukünftigen) Beihilfeberechtigten.

3) Um sich für eine bestimmte Kombination zu entscheiden, ist es - wie bisher auch - erforderlich, bei der GKV oder/und PKV Informationen über die jeweiligen Leistungen und über die langfristig anfallenden Versicherungskosten einzuholen.

Auch die in den nachfolgenden Abschnitten genannten Aspekte sollten berücksichtigt werden.

4) Beihilfeberechtigte Personen müssen diese Entscheidung auch unter Beachtung der jeweiligen persönlichen Situation (u.a. Höhe der Besoldung, familiäre Situation und Familienplanung, persönliches Gesundheitsrisiko) beurteilen. Dazu wird empfohlen, auch die Informationen insbesondere unter **Frage 22**, bei der eigenen, freiwilligen Entscheidung für oder gegen die pauschale Beihilfe zu berücksichtigen.

5) Eine individuelle Einzelfallberatung durch den Dienstherrn (Beihilfestelle) kann mangels erforderlicher Kenntnisse über den Umfang der Versicherungsleistungen und die Tragweite der versicherungsrechtlichen Einzelregelungen der Anbieter **nicht** erfolgen. Dies gilt auch, weil der Dienstherr sich gegenüber den Krankenversicherungssystemen der GKV und der PKV neutral zu verhalten hat.

6) Wer die neue Möglichkeit der pauschalen Beihilfe nicht in Anspruch nehmen will, für den bleibt alles unverändert. Es wäre in dem Fall - wie bisher auch - nur zu entscheiden, mit welcher Versicherung die „individuelle" Beihilfe kombiniert werden soll.

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

1) Aktive Beamtinnen und Beamte sind in der GKV nicht versicherungspflichtig (§ 6 Absatz 1 Nr. 2 SGB V). Unter den in § 9 SGB V geregelten Voraussetzungen können sich diese freiwillig in der GKV krankenversichern. Nach § 9 Absatz 2 SGB V ist der **freiwillige Beitritt** in eine gesetzliche Krankenkasse dieser gegenüber **innerhalb von drei Monaten** z.B. nach Beendigung der Pflicht-Mitgliedschaft in der GKV anzuzeigen.

2) Sofern unklar ist, ob die individuellen Voraussetzungen für eine freiwillige Versicherung in der GKV gegeben sind, sollten sich interessierte Beamtinnen und Beamte an eine der gesetzlichen Krankenkassen wenden. Diese sind zur Auskunft und Beratung verpflichtet (§§ 14, 15 Sozialgesetzbuch Erstes Buch [SGB I]).

13. Können beihilfeberechtigte Personen, welche bereits freiwillig gesetzlich versichert sind und die Beiträge bislang in voller Höhe selbst getragen haben, ebenfalls die pauschale Beihilfe beantragen?

Ja, diesem Personenkreis wird auf Antrag die pauschale Beihilfe gewährt.

14. Was ist bei einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen?

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

2) Sofern eine verbeamtete Dienstkraft freiwillig in der GKV versichert ist, besteht für diese die Wahl zwischen der Gewährung individueller oder pauschaler Beihilfe.

3) Bei der Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV mit der individuellen Beihilfe wird für bestimmte Mehrleistungen eine individuelle Beihilfe gewährt (siehe hierzu auch die Erläuterungen unter **Frage 22**).

4) Bei der Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV mit der pauschalen Beihilfe beteiligt sich der Dienstherr grundsätzlich zur Hälfte am Krankenversicherungsbeitrag. In diesem Fall wird keine ergänzende individuelle Beihilfe gewährt. **Eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich, ein späterer Wechsel ist grundsätzlich ausgeschlossen.**

5) Bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf gilt diesbezüglich eine Sonderregelung, vergleiche die Erläuterungen unter **Frage 25**.

15. Was ist bei einer Versicherung in der privaten Krankenversicherung zu berücksichtigen?

1) Bei einer Kombination einer privaten Krankenversicherung - gleich ob als beihilfekonforme Teilversicherung oder als Krankenvollversicherung - mit der individuellen Beihilfe beteiligt sich der Dienstherr nicht an den Kosten der Versicherung.

2) Bei einer Kombination einer privaten Krankenvollversicherung mit der pauschalen Beihilfe beteiligt sich der Dienstherr an den Kosten der Versicherung. Dies jedoch höchstens in Höhe des hälftigen Beitrags im Basistarif. Denn der Basistarif der PKV ist mit den Leistungen der GKV in Art, Umfang und Höhe vergleichbar (Leistungskatalog der GKV gem. Drittes Kapitel SGB V).

3) Die wesentlichen Unterschiede zwischen den Leistungen der individuellen Beihilfe und den Leistungen einer Versicherung, die in ihrem Umfang den Leistungen der GKV entspricht, sind unter **Frage 22** erläutert.

4) Hinsichtlich der Frage, welche der möglichen Kombinationen für die beihilfeberechtigte Person von Vorteil ist, sollte sich diese frühzeitig an die Krankenversicherungen wenden.

16. Können Heilfürsorgeberechtigte die pauschale Beihilfe erhalten und was ist diesbezüglich zu beachten?

1) Polizeivollzugskräfte des mittleren Dienstes der Schutzpolizei haben für die Dauer des Vorbereitungsdienstes oder des Ausbildungsdienstes Anspruch auf freie Heilfürsorge nach § 103 Absatz 1 Satz 1 LBG.

2) Diese Personen haben **keinen** Anspruch auf die Gewährung einer pauschalen Beihilfe. Mit Beendigung des Vorbereitungsdiensts entfällt der Anspruch auf Heilfürsorge. Gemäß § 193 Versicherungsvertragsgesetz besteht für diesen Personenkreis dann eine Krankenversicherungspflicht.

3) Die ehemals Heilfürsorgeberechtigten können sich mit Beginn des Beamtenverhältnisses auf Probe entscheiden, ob sie die individuelle Beihilfe in Anspruch nehmen möchten oder die Gewährung einer pauschalen Beihilfe beantragen.

4) Ob zu diesem Zeitpunkt eine freiwillige Versicherung in der GKV möglich ist, ist durch die jeweilige verbeamtete Dienstkraft selbstständig und möglichst bereits vor Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf in Erfahrung zu bringen. Hierzu sollte sich die verbeamtete Dienstkraft mit einer Krankenkasse ihrer Wahl in Verbindung setzen und sich beraten lassen. Hierzu sind die gesetzlichen Krankenkassen nach §§ 14, 15 SGB I verpflichtet.

5) Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamte, denen auf Antrag die pauschale Beihilfe bereits gewährt wird, haben ergänzend für die Dauer einer besonderen Verwendung oder Bereitstellung Anspruch auf freie Heilfürsorge. Da diese Dienstkräfte weiterhin der Krankenversicherungspflicht - auch für den Zeitraum der besonderen Verwendung oder Bereitstellung - unterliegen, wird ihnen die pauschale Beihilfe ohne Unterbrechung auch für den Zeitraum der besonderen Verwendung oder Bereitstellung gewährt.

17. Besonderheiten für heilfürsorgeberechtigte Beamtinnen und Beamte bei Eintritt in den Ruhestand

1) Ein bestehender Anspruch auf freie Heilfürsorge fällt bei Eintritt in den Ruhestand weg. Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte sind grundsätzlich beihilfeberechtigt.

2) In der Regel wird dieser Personenkreis eine Anwartschaftsversicherung in der PKV abschließen, um bei Eintritt in den Ruhestand eine private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ggf. mit geringeren Beiträgen abschließen zu können.

3) Eine Anwartschaftsversicherung ist grundsätzlich auch in der GKV möglich. Diese kommt dann in Betracht, wenn Beihilfeberechtigte sich für die Heilfürsorge entscheiden und im Ruhestand die Möglichkeit zur Mitgliedschaft in der GKV haben möchten (siehe nachfolgende Absätze).

4) Durch die Rechtsänderung können seit dem 18.03.2020 für die Planung der Krankheitsvorsorge im Ruhestand auch die Kombinationen „GKV mit Pauschaler Beihilfe“ und „PKV-Krankenvollversicherung mit Pauschaler Beihilfe“ in Betracht gezogen werden.

5) Bei Planung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV im Ruhestand sind derzeit u. a. folgende Rechtsgrundlagen maßgeblich:

   a) Beamtinnen und Beamte können unter den in § 9 SGB V geregelten Voraussetzungen freiwillig GKV-Mitglied werden, zum Beispiel, wenn zum Zeitpunkt der Verbeamtung entsprechende Vorversicherungszeiten vorliegen.

b) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb einer Frist von drei Monaten anzuzeigen, nähere Einzelheiten sind in § 9 Abs. 2 SGB V geregelt.

c) Der Anspruch auf Leistungen der GKV ruht, solange ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht (§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) und es kommt grundsätzlich eine Mitgliedschaft in der GKV als „Anwartschaftsversicherung" in Betracht.

d) Die Beitragsbemessung während der Dauer der Anwartschaftsversicherung regelt § 240 Abs. 4b SGB V.

6) Der Dienstherr beteiligt sich jedoch nicht an den Kosten für eine Anwartschaft.

7) Für die Kosten wird auch keine pauschale Beihilfe gewährt. Grund hierfür ist, dass die Anwartschaftsversicherung krankenversicherungsrechtliche Zeiträume abdecken soll, in denen der Dienstherr die Beamtin oder den Beamten durch die Gewährung der freien Heilfürsorge bereits von den Krankenvollversicherungskosten befreit.

8) Ob für die Beamtin oder den Beamten mit Anspruch auf freie Heilfürsorge eine Anwartschaftsversicherung in der GKV in Betracht kommt, ist wiederum von Vorversicherungszeiten nach § 9 SGB V abhängig. Hierzu sind von der Beamtin oder dem Beamten Informationen bei den Krankenkassen einzuholen.

9) Krankenkassen sind zur Beratung und Auskunft verpflichtet (§§ 14, 15 SGB I). Interessierte Personen sollten sich in jedem Fall bei ihrer Krankenkasse über das Verfahren nach § 9 SGB V und nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V individuell informieren.

10) Bzgl. der Kosten und Leistungen sollten sich interessierte Personen ebenfalls bei den Krankenversicherungen informieren.

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

1) Die Höhe des Beitrages zur GKV ist einkommensabhängig.

2) In der GKV werden keine Risikozuschläge erhoben und sowohl Kinder als auch Ehegattinnen und Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartnerinnen und

Lebenspartner ohne bzw. mit geringem Einkommen sind im Rahmen der Familienversicherung (§ 10 SGB V) in der Regel beitragsfrei mitversichert.

3) Beamtinnen und Beamte erhalten keine Lohnfortzahlung durch die Krankenkasse, daher gilt für Bezüge aus dem aktiven Beamtenverhältnis der ermäßigte Beitragssatz für freiwillige GKV-Mitglieder in Höhe von 14,0 Prozent des Bruttoeinkommens.

4) Bei freiwillig GKV-Versicherten werden zudem Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, Aktien und Ähnlichem bei der Bemessung des Beitrags berücksichtigt. Die Einkünfte werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2021: 58.050 Euro im Jahr, 4.837,50 Euro im Monat) berücksichtigt. 2021 liegt der monatliche GKV-Höchstbetrag für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch bei 677,25 Euro. Hinzu kommt ggf. ein kassenabhängiger Zusatzbeitrag, den gesetzliche Krankenkassen erheben können. Dieser liegt 2021 bei durchschnittlich 1,3 Prozent der Einkünfte. Für Versorgungsbezüge gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent (zzgl. kassenindividueller Zusatzbeitrag).

5) Für weitere Informationen sollten sich beihilfeberechtigte Personen an eine der gesetzlichen Krankenkassen wenden.

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

1) Die Beiträge zur PKV sind einkommensunabhängig.

2) Die Beiträge werden durch die PKV nach dem vereinbarten Leistungsumfang, dem jeweiligen individuellen Risiko der zu versichernden Person und der Entwicklung des jeweils gewählten Versicherungstarifs bestimmt.

3) Für weitere Informationen sollten sich beihilfeberechtigte Personen an eine der privaten Krankenversicherungen wenden.

20. Wie berechnet sich die pauschale Beihilfe? Werden Angehörige berücksichtigt?

1) Die pauschale Beihilfe gewährt grundsätzlich 50 Prozent der nachgewiesenen Kosten für eine Kranken**voll**versicherung (freiwillig gesetzlich oder privat) der beihilfeberechtigten Person und 50 Prozent der Kosten für eine Krankenvollversicherung (freiwillig gesetzlich oder privat) für berücksichtigungsfähige Angehörige als Pauschale.

2) Pflichtversicherte Angehörige erfüllen nicht die Tatbestandsvoraussetzungen nach § 76 Abs. 5 LBG zur Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe.

3) Für eine freiwillige Krankenvollversicherung in der GKV gilt:

   - Bei beihilfeberechtigten Personen ohne Anspruch auf Krankengeld (= aktive Beamtinnen und Beamte) gilt der ermäßigte Beitragssatz von 14,0 %.
   - Bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % auf die Versorgungsbezüge. Für sonstiges Einkommen (bspw. Vermietung oder Verpachtung) gilt der ermäßigte Beitragssatz von 14,0 %.
   - Der durchschnittliche Zusatzbeitrag im Jahr 2021 beträgt 1,3 %.

4) Die Entscheidung der beihilfeberechtigten Person für die Beantragung der pauschalen Beihilfe erstreckt sich dabei auch immer auf die berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

5) Für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen wird der beihilfeberechtigten Person dann keine individuelle Beihilfe mehr gewährt.

6) Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist dabei **auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen unwiderruflich**, soweit diese nicht selbst originär beihilfeberechtigt nach § 2 LBhVO werden.

7) Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, gilt folglich ebenso der Anrechnungsvorbehalt aus § 76 Abs. 5 S. 5 LBG: Auf den hälftigen Beitrag für eine Krankenvollversicherung wird der Beitrag eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung

angerechnet. Dies umfasst auch den Anspruch auf einen Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung. Die Anrechnungsvorschrift (§ 76 Abs. 5 S. 5 LBG) ist insbesondere bei der Berechnung der Pauschale für Angehörige, aber auch für Tarifbeschäftigte des Landes Berlin relevant.

Zu beachten:

8) Für berücksichtigungsfähige Angehörige, welche sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, entfallen dann die Mehrleistungen der individuellen Beihilfe gegenüber den Regelleistungen der GKV, ohne dass sich ein erhöhter Zahlbetrag bei der pauschalen Beihilfe ergibt. Dies könnte zur Folge haben, dass in bestimmten Fallkonstellationen der Verlust an individueller Beihilfe insgesamt betrachtet größer ist als der Zugewinn durch die pauschale Beihilfe.

Für privat Versicherte gilt:

9) Bei Versicherung in einem privaten Krankenvollversicherungstarif wird die pauschale Beihilfe nur in Höhe des hälftigen Beitrags für den Basistarif gewährt. Denn der Basistarif beinhaltet Vertragsleistungen, die in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Im Jahr 2021 beträgt der gesetzlich geregelte Höchstbetrag für eine Krankenvollversicherung im Basistarif 769 Euro.

10) Sofern ein Tarif gewählt wird, der über den Basistarif hinausgehende Vertragsleistungen beinhaltet, wird der Beitragsanteil, der über dem Beitrag für den Basistarif liegt, bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe demnach nicht berücksichtigt. Die Zahlung einer individuellen Beihilfe für nicht vom Basistarif erfasste, aber grundsätzlich beihilfefähige Leistungen ist ausgeschlossen.

Für freiwillig gesetzlich Versicherte und privat Versicherte gilt:

11) Die beihilfeberechtigte Person ist verpflichtet, Änderungen der Höhe des an die Krankenversicherung zu entrichtenden Beitrags und eventuelle Beitragsrückerstattungen der Versicherungen unverzüglich dem Landesverwaltungsamt mitzuteilen.

12) Beitragsrückerstattungen der Versicherungen sind im Verhältnis der gewährten Pauschale zum Versicherungsbeitrag der Dienstbehörde von der beihilfeberechtigten Person unverzüglich zu erstatten.

21. Ist die pauschale Beihilfe zu versteuern?

1) Die pauschale Beihilfe ist nach § 3 Nr. 62 Satz 1 Einkommensteuergesetz (EStG) lohnsteuerfrei.

2) In Höhe der pauschalen Beihilfe kann kein Sonderausgabenabzug gewährt werden.

3) Zwar können Ausgaben für eine Krankenversicherung grundsätzlich als Sonderausgaben nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a EStG geltend gemacht werden und das zu versteuernde Einkommen mindern. Die steuerfrei ausgezahlte pauschale Beihilfe soll jedoch einen Teil der Krankenversicherungsbeiträge der beihilfeberechtigten Person ersetzen. Diesen Teil der Ausgaben trägt die beihilfeberechtigte Person nicht selbst, sodass sich in dieser Höhe die wirtschaftliche Belastung mindert. Die abzugsfähigen Sonderausgaben sind deshalb um den Betrag der pauschalen Beihilfe zu kürzen. Hierdurch erhöht sich das zu versteuernde Einkommen.

22. Welche wesentlichen Mehrleistungen der individuellen Beihilfe erhalten beihilfeberechtigte Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und sich gegen die Beantragung der pauschalen Beihilfe entscheiden?

1) Freiwillig GKV-Versicherte, die sich **nicht** für die pauschale Beihilfe entscheiden, erhalten ergänzende individuelle Beihilfe nach § 76 LBG in Verbindung mit der LBhVO.

2) Zu Aufwendungen von freiwillig GKV-Versicherten wird ergänzend zu den Leistungen der GKV individuelle Beihilfe nach Maßgabe des § 76 LBG i.V.m. der LBhVO gewährt. Gewährte Leistungen der GKV werden dabei nach den näheren Bestimmungen des § 76 Absatz 3 Satz 4 und 5 LBG i.V.m § 48 Absatz 1 LBhVO bei der Gewährung der Beihilfe berücksichtigt.

3) Grundsätzlich werden GKV-Versicherte, die einen Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen zu ihren KV-Beiträgen erhalten, nach § 9 LBhVO auf die in der GKV geltenden Sach- und Dienstleistungen, sowie auf die in der GKV geltenden Festbeträge verwiesen, so dass hier im Wesentlichen eine ergänzende „individuelle" Beihilfe grundsätzlich nur dann in Betracht kommt, wenn bestimmte Leistungen in der GKV ausgeschlossen sind.

4) 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 LBhVO gewährt.

5) In der GKV gelten folgende Eigenbehalte:

- Bei Krankenhaus-, Kur- und Sanatoriums-aufenthalten (max. 28 Tage mal 10 Euro = 280 Euro),
- bei häuslicher Krankenpflege (10 Euro je Verordnung plus 10 Prozent der Gesamtkosten für max. 28 Tage),
- bei der Haushaltshilfe (10 Prozent der Kosten, höchstens 10 Euro pro Tag),
- bei Heilmitteln wie z. B. Krankengymnastik und Massagen (10 Euro pro Verordnung plus 10 Prozent der Gesamtkosten) und bei
- Hilfsmitteln (10 Prozent der Kosten für jedes Hilfsmittel, mindestens 5 und höchstens 10 Euro).

6) Mehrleistungen der GKV im Vergleich zur individuellen Beihilfe können sich durch satzungsgemäße Zusatzleistungen (über die Pflichtleistungen hinaus) ergeben, so z. B. im Bereich der Gesundheitsförderung.

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

22.1 Privatärztliche Leistungen

1) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen werden in der GKV als Sach- und Dienstleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht (§ 2 Absatz 2 SGB V).

2) Sofern sich freiwillig in der GKV versicherte beihilfeberechtigte Personen jedoch dazu entscheiden, stattdessen privatärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, sind die hierdurch entstehenden notwendigen und angemessenen Kosten in voller Höhe beihilfefähig (§ 8 Absatz 4 Satz 4 Nr. 2 i.V.m. § 6 Absatz 1 LBhVO und § 9 Absatz 3 Satz 4 Nr. 3 LBhVO).

3) Hierzu gehören auch die durch den Arzt verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel (§ 22 Absatz 1 LBhVO). Dies bedeutet, dass je nach persönlichem Bemessungssatz individuelle Beihilfe für die in Anspruch genommenen privatärztlichen Leistungen gewährt wird.

4) Der Anteil der Kosten, welcher nicht von der individuellen Beihilfe übernommen wird, ist durch die beihilfeberechtigte Person selbst zu tragen, da dieser nicht von der GKV übernommen wird.

22.2 Leistungen im Ausland

1) Bei akuten Erkrankungen oder bei einem Unfall im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland (z. B. Urlaub, Dienstreise) innerhalb der EU / EWR oder eines Staates, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen besteht, das die Krankenversicherung umfasst, übernimmt die GKV die Behandlungskosten. Übernommen werden medizinisch notwendige Leistungen, die nicht bis zur Rückkehr nach Deutschland aufgeschoben werden können.

2) Für chronisch Kranke (z. B. Dialysepatienten) gelten gesonderte Regelungen. Die GKV übernimmt nur die Kosten bis zur Höhe der im Ausland geltenden Regelungen. Selbstbehalte und Zuzahlungen, die im Ausland üblich sind, müssen GKV-Versicherte selbst zahlen.

3) Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. Eine Kostenübernahme für eine planbare Behandlung im Ausland ist nur zulässig, wenn die Krankenkasse diese vorher genehmigt hat. Für Leistungen außerhalb der EU /EWR und Abkommensstaaten übernimmt die GKV keine Kosten.

4) Im Ausland (auch außerhalb der EU / EWR) entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie auch bei einer Behandlung in der Bundesrepublik

Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Diese Begrenzung entfällt, sofern gemäß Gutachten und nach vorheriger Anerkennung eine wesentlich höhere Erfolgsaussicht einer Behandlung besteht oder wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss, oder die Aufwendungen 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen (§ 11 LBhVO).

22.3 Hörgeräte

1) GKV-Versicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit erforderlichen Hörhilfen (§ 33 SGB V). Hörgeräte gehören zu den Hilfsmitteln, für die in der GKV einheitliche Festbeträge gelten (§ 36 SGB V).

2) Die Leistungspflicht der GKV besteht deshalb im Regelfall nur im Umfang der maßgeblichen Festbeträge. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt. Nach der sozialrechtlichen Rechtsprechung haben die gesetzlichen Krankenkassen Aufwendungen für ein Hörgerät auch über die Festbeträge hinaus zu übernehmen, wenn ein Behinderungsausgleich nur mit Hilfe eines bestimmten Geräts möglich ist.

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

4) Die für Hörhilfen geltenden Festbeträge der GKV können der **Anlage 1** (Festbeträge für Hörhilfen) und **Anlage 2** (Festbetrag für Hörgerät für an Taubheit grenzende schwerhörige Versicherte) entnommen werden.

22.4 Sehhilfen

1) Für volljährige GKV-Versicherte ab einem bestimmten Grad der Sehbeeinträchtigung und für mitversicherte Kinder besteht ein Anspruch auf Sehhilfen (§ 33 SGB V).

2) Für diese Hilfsmittel gelten in der GKV einheitliche Festbeträge in Abhängigkeit von der Art der Sehbeeinträchtigung (§ 36 SGB V).

3) In der Beihilfe gelten für den o. g. entsprechenden Berechtigtenkreis von der GKV abweichende pauschale Höchstbeträge in Abhängigkeit von der Art der Sehbeeinträchtigung (Anlage 9 zur LBhVO).

22.5 Implantologische Leistungen

Implantologische Leistungen werden in der GKV nur in Ausnahmefällen als Regelversorgung erbracht. Dagegen sind grundsätzlich zwei Implantate je Kiefer beihilfefähig (§ 15 Absatz 2 Satz 1 LBhVO).

Beispiel:

Rechnungsbetrag:	1.500,00 €	(für ein Implantat)
Davon		
Honorar:	1.000,00 €	
Material:	500,00 €	
Beihilfefähiger Betrag:	1.300,00 €	
Davon		
Honorar:	1.000,00 €	
Material:	300,00 €	(Material- und Laborkosten sind nach § 16 LBhVO zu 60 % beihilfefähig)
Beihilfezahlbetrag:	**650,00 €**	(1.300,00 € zu einem angenommenen Bemessungssatz von 50 %)

22.6 Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen sind beihilfefähig (§ 13 LBhVO in Verbindung mit der Anlage 2 der LBhVO). Diese Leistungen gehören nicht zu den Pflichtleistungen der GKV, können aber als Satzungsleistungen erbracht werden.

22.7 Zahnärztliche Leistungen

1) 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.

2) 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 unter anderem dem Grunde nach medizinisch notwendig sind. Einschränkend gilt hierbei, dass die Aufwendungen für Material und zahntechnische Leistungen nicht in voller Höhe, sondern nur zu 60 Prozent beihilfefähig sind.

Beispiel:

Rechnungsbetrag:	3.000,00 €	(für vollverblendete Kronen im nicht sichtbaren Bereich)
Davon		
Honorar:	1.200,00 €	
Material:	1.800,00 €	
Beihilfefähiger Betrag:	2.280,00 €	
Davon		
Honorar:	1.200,00 €	
Material:	1.080,00 €	(Material- und Laborkosten sind nach § 16 LBhVO zu 60 % beihilfefähig)
Beihilfe:	1.140,00 €	(zu einem angenommenen Bemessungssatz von 50 %)
Festzuschuss der Krankenkasse:	1.600,00	(wenn Behandlung durch einen Kassenarzt durchgeführt wurde)
Beihilfezahlbetrag:	**1.140,00 €**	

Übersteigt die Beihilfe zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung (hier: Festzuschuss der Krankenkasse), aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist der Beihilfezahlbetrag nach § 48 Absatz 1 LBhVO entsprechend zu kürzen.

22.8 Stationäre Krankenhausbehandlung

1) Aufwendungen für stationäre Krankenhausleistungen in sogenannten Privatkliniken sind im Rahmen der sogenannten Vergleichsberechnung nach § 26a LBhVO

beihilfefähig. Ferner sind für den in § 108 LBG[1] genannten Personenkreis die sogenannten Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmerzuschlag abzüglich eines Eigenbehalts von 14,50 Euro täglich) beihilfefähig.

2) Stellt die beihilfeberechtigte Person einen Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe, besteht der Anspruch auf individuelle Beihilfe nicht mehr. Hierdurch entfallen insbesondere die zuvor dargestellten Mehrleistungen der individuellen Beihilfe gegenüber den Regelleistungen der GKV. Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich.

23. Verzichten beihilfeberechtigte Personen mit beihilfekonformer privater Krankenteilversicherung auf Ansprüche, wenn sie sich für eine private Krankenvollversicherung im Basistarif und die Beantragung pauschaler Beihilfe entscheiden?

1) Sowohl durch eine beihilfekonforme private Krankenteilversicherung mit ergänzender individueller Beihilfe, als auch mit einer privaten Krankenvollversicherung im Basistarif (entspricht den Leistungen der GKV) wird eine ausreichende Absicherung gewährleistet, die alle notwendigen und angemessenen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet.

2) Trotz der insgesamt bestehenden Gleichwertigkeit von GKV-Leistungen und individueller Beihilfe (ergänzt durch beihilfekonforme private Krankenteilversicherung), können sich im Einzelfall aufgrund der Strukturunterschiede unterschiedliche Leistungen ergeben.

3) Die wesentlichen Unterschiede der individuellen Beihilfe im Vergleich zur GKV sind unter **Frage 22** dargestellt. Über die konkreten Unterschiede im Leistungsvolumen

[1] § 108 Landesbeamtengesetz:
Übergangsvorschrift zum Haushaltsstrukturgesetz 1998
Für am 1. April 1998 vorhandene
1. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
2. Schwerbehinderte und
3. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben,
bleiben Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung nach den bis zum 31. März 1998 geltenden Beihilfevorschriften beihilfefähig. Für beihilfeberechtigte Angehörige gilt Satz 1 entsprechend.

der PKV (ergänzt durch individuelle Beihilfe) und der GKV sollten sich beihilfeberechtigte Personen bei den Krankenversicherungen informieren.

24. Kann die Entscheidung für die pauschale Beihilfe „rückgängig" gemacht werden?

1) Der Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe und der damit einhergehende Verzicht auf individuelle Beihilfe sind **unwiderruflich** und in Schriftform gemäß § 126 Bürgerliches Gesetzbuch beim Landesverwaltungsamt einzureichen.

2) Ein Hin- und Herwechseln zwischen der pauschalen Beihilfe und der „individuellen" Beihilfe ist nicht möglich.

3) 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).

4) Für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf sind Besonderheiten zu beachten (siehe Erläuterungen zu **Frage 25**).

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

1) Sofern verbeamtete Dienstkräfte auf Widerruf sich für die Inanspruchnahme der individuellen Beihilfe entscheiden, ist zu beachten, dass bestimmte zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nicht beihilfefähig sind (vgl. § 17 Absatz 2 LBhVO).

2) Im Land Berlin endet gemäß § 33 Absatz 5 LBG das Beamtenverhältnis auf Widerruf kraft Gesetzes mit Ablauf des Tages, an dem der Vorbereitungsdienst infolge des Ablegens der Prüfung oder des endgültigen Nichtbestehens der Prüfung endet. Mit dem Ende des Vorbereitungsdienstes endet auch der Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe, sowohl in Form der individuellen Beihilfe als auch in Form der pauschalen Beihilfe. Beihilfeberechtigte sind in diesem Fall nicht mehr an ihre im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung gebunden.

3) Mit einer anschließenden Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe wird ein neues Beamtenverhältnis begründet (§ 8 Absatz 1 Nr. 1 Beamtenstatusgesetz), welches zugleich mit einem neuen Beihilfeanspruch einhergeht. Dies bedeutet, dass dann erneut eine Entscheidung für oder gegen die pauschale Beihilfe getroffen werden kann.

Fallbeispiel:

Eine beihilfeberechtigte Person hat in ihrem Beamtenverhältnis auf Widerruf einen Antrag auf Gewährung von pauschaler Beihilfe gestellt. Nach Beendigung des Beamtenverhältnisses auf Widerruf wird mit der Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Probe ein neues Beamtenverhältnis begründet. Nun kann sie sich erneut entscheiden, ob sie die individuelle Beihilfe in Anspruch nehmen möchte oder einen Antrag auf Gewährung von pauschaler Beihilfe stellt.

4) Sofern eine beihilfeberechtigte Person bei vorgesehener Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe die pauschale Beihilfe (weiterhin) gewährt bekommen möchte, wird diese gebeten, rechtzeitig einen (erneuten) Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe bei dem Landesverwaltungsamt zu stellen. Ob der Wechsel von der PKV zur GKV 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.

Zu beachten:

5) In einzelnen Laufbahnfachrichtungen sind Fälle normiert, in denen der Vorbereitungsdienst nicht mit einer Prüfung endet. Dies betrifft bspw. den Laufbahnzweig des Justizwachtmeisterdienstes (§ 10 Laufbahnverordnung Justiz und Justizvollzugsdienst) oder das erste Einstiegsamt der Laufbahngruppe 1 in der Steuerverwaltungslaufbahn (§ 9 Steuerverwaltungslaufbahnverordnung). Erfolgt in diesen Fällen eine Umwandlung des Beamtenverhältnisses auf Widerruf in das Beamtenverhältnis auf Probe (vgl. § 8 Absatz 1 Nr. 2 Beamtenstatusgesetz), wird kein neues Beamtenverhältnis begründet. Es entsteht somit auch kein neuer Anspruch auf Beihilfe. Dies hat zur Folge, dass eine etwaig im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung zu einem Antrag auf Gewährung pauschaler Beihilfe dazu

führt, dass eine erneute Wahlmöglichkeit im anschließenden (umgewandelten) Beamtenverhältnis auf Probe nicht besteht.

6) Es wird darauf hingewiesen, dass die Ausführungen im vorherigen Absatz auch für Fälle gelten, in denen in der jeweils einschlägigen Laufbahnverordnung oder Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Zeitpunkt für die Beendigung des Vorbereitungsdienstes im Prüfungsfall nicht (eindeutig) bestimmt wird, da auch dann das Beamtenverhältnis auf Widerruf nicht gemäß § 33 Absatz 5 Landesbeamtengesetz kraft Gesetzes enden würde und daher eine Umwandlung möglich ist. Wird das Beamtenverhältnis umgewandelt, entsteht kein neuer Anspruch auf Beihilfe.

7) Dieser Hinweis erfolgt nur vorsorglich, da eine derartige Fallkonstellation nach hiesiger Einschätzung, wenn überhaupt, nur äußerst selten gegeben sein dürfte.

8) Somit hängt die Frage, ob es nach dem Ende des Vorbereitungsdienstes eine erneute Wahlmöglichkeit für oder gegen die pauschale Beihilfe gibt, vom Einstellungs- oder Übernahmeverfahren der jeweiligen Dienstbehörde ab.

9) Jede Beamtin und jeder Beamte auf Widerruf hat sich selbstständig darüber zu informieren, ob im persönlichen Einzelfall nach dem Ende des Vorbereitungsdienstes, der regelmäßig im Beamtenverhältnis auf Widerruf erfolgt, eine Umwandlung in das Beamtenverhältnis auf Probe stattfindet oder ein neues Beamtenverhältnis in der Form des Beamtenverhältnisses auf Probe begründet wird.

10) Die Regelungen zur grds. Möglichkeit des Abschlusses einer Anwartschaftsversicherung (**Frage 17**) gilt auch für die besondere Fallkonstellation im Beamtenverhältnis auf Widerruf.

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

1) Um die pauschale Beihilfe gewährt zu bekommen, muss die beihilfeberechtigte Person einen unterschriebenen Antrag beim Landesverwaltungsamt stellen und zugleich auf die Gewährung der individuellen Beihilfe unwiderruflich verzichten.

2) In dem Antrag ist zu erklären, dass die den Antrag stellende Person sich umfassend über mögliche Auswirkungen informiert hat. Zudem muss die Höhe der monatlichen Krankenversicherungsbeiträge nachgewiesen werden.

3) Sofern sich Änderungen der Höhe der Krankenversicherungsbeiträge ergeben oder die beihilfeberechtigte Person eine Beitragsrückerstattung von ihrer Krankenversicherung für Zeiten erhält, in denen eine pauschale Beihilfe gezahlt wurde, muss sie dies unverzüglich dem Landesverwaltungsamt mitteilen.

4) Für die Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartnerinnen und eingetragenen Lebenspartnern nach § 4 Absatz 1 Satz 1 LBhVO ist ein Nachweis über den Gesamtbetrag von deren Einkünften (§ 2 Absatz 3 i.V.m. Absatz 5a Einkommenssteuergesetz) im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der pauschalen Beihilfe erforderlich. Dieser ist durch Vorlage einer Ablichtung des vollständigen Einkommensteuerbescheides nachzuweisen. Siehe hierzu auch ausführlichere Hinweise unter **Frage 2.**

5) Zur Unterstützung eines reibungslosen Verfahrens werden beihilfeberechtigte Personen gebeten, dem Landesverwaltungsamt regelmäßig die von den Krankenversicherungen jährlich erstellten Mitteilungen über die zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge und den eventuellen Beitragsrückerstattungen zuzusenden.

6) Ebenfalls wird darum gebeten, ggf. den Nachweis über den Gesamtbetrag der Einkünfte (vollständigen Einkommenssteuerbescheid) von berücksichtigungsfähigen Angehörigen jährlich zu erbringen, damit deren Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigt werden können.

7) Die Pauschale wird monatlich zusammen mit den Bezügen gezahlt.

27. Wann wird die pauschale Beihilfe ausgezahlt? Wird sie auch rückwirkend gewährt?

1) Grundsätzlich wird die pauschale Beihilfe ab dem ersten Tag des Monats gewährt, der auf die Antragstellung folgt.

2) Für das Datum der Antragstellung ist der Eingang beim Landesverwaltungsamt entscheidend.

3) Für einen Übergangszeitraum bis zum 31.12.2020 bestand jedoch die Möglichkeit, die pauschale Beihilfe rückwirkend zu beantragen. In diesen Fällen wird die pauschale Beihilfe mit Rückwirkung frühestens ab dem 01.01.2020 gewährt. Es war zudem möglich, bei Antragstellung sowohl einen späteren Zeitpunkt als den 01.01.2020 für den Rückwirkungsbeginn zu wählen als auch auf die rückwirkende Gewährung zu verzichten.

4) Sind im Rückwirkungszeitraum bereits Aufwendungen nach § 76 Absatz 1 bis 4 LBG entstanden und ist individuelle Beihilfe gewährt worden, so ist diese von der beihilfeberechtigten Person unverzüglich zu erstatten. Die Zahlungsaufnahme der pauschalen Beihilfe erfolgt erst nach vollständiger Rückerstattung der für den Rückwirkungszeitraum gewährten individuellen Beihilfe.

5) Die Auszahlung der pauschalen Beihilfe erfolgt monatlich gemeinsam mit den Bezügen. Es wird um Verständnis gebeten, wenn es in der Anlaufphase zu einer zeitlichen Verzögerung bei der Festsetzung und der Zahlbarmachung der pauschalen Beihilfe kommt.

6) Besonderheiten für Bewerberinnen bzw. Bewerber für einen Vorbereitungsdienst im öffentlichen Dienst (sog. Neueinsteiger/innen) sind der **Frage 33** zu entnehmen.

28. Was passiert bei Übergang in den Ruhestand?

1) Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich (vgl. **Frage 24**) und auch im Ruhestand verbindlich. Der Anspruch auf eine pauschale Beihilfe besteht demnach auch im Ruhestand unverändert fort.

2) Der GKV-Beitragssatz steigt beim Eintritt in den Ruhestand von 14,0 Prozent auf 14,6 Prozent (Stand: 2021). Auch im Ruhestand wird eine Pauschale in Höhe des hälftigen Krankenversicherungsbeitrags gewährt.

3) Bei Anspruch auf Heilfürsorge gem. §§ 113 LBG sind die gesonderten Hinweise in **Frage 16** beachten.

4) Bei Übergang in den Ruhestand wechselt die Zuständigkeit für die Zahlung der Pauschalen Beihilfe von der Personalstelle in den Versorgungsbereich des Landesverwaltungsamtes. Die Zahlung erfolgt dann mit den Versorgungsbezügen.

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

1) Neben Berlin bieten bereits auch die Länder Hamburg, Bremen, Brandenburg und Thüringen eine pauschale Beihilfe an.

2) Bei Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe in Berlin gilt der erklärte Verzicht auf individuelle Beihilfe nur für den nach dem in Berlin geltenden Landesbeamtengesetz (LBG) gewährten Beihilfeanspruch.

3) Bei einem Wechsel zu einem anderen Dienstherrn gilt das dortige Landesrecht und damit die dortigen Beihilfevorschriften. Die Kosten einer Krankenvollversicherung sind dann möglicherweise selbst zu tragen.

4) Wird der Wechsel zu einem anderen Dienstherrn in Betracht gezogen, sind die daraus folgenden Konsequenzen für den Beihilfeanspruch durch die beihilfeberechtigte Person frühzeitig in Erfahrung zu bringen und zu berücksichtigen. Auch ob ein Wechsel in eine beihilfekonforme Krankenteilversicherung zum Zeitpunkt des Dienstherrenwechsels möglich ist, ist durch die beihilfeberechtigte Person eigenständig in Erfahrung zu bringen.

5) Sofern der neue Dienstherr keine pauschale Beihilfe anbietet, würde wieder ein individueller Beihilfeanspruch bestehen und ein Wechsel in das klassische Modell aus individueller Beihilfe und ergänzender privater Krankenversicherung wäre möglich. Alternativ käme ein freiwilliger Verbleib in der GKV ohne eine Beteiligung des Dienstherrn an den Krankenversicherungsbeiträgen in Betracht.

6) Bei einem Wechsel zu einem Dienstherrn mit pauschaler Beihilfe wäre erneut eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe möglich.

30. Ändert sich durch die Einführung der pauschalen Beihilfe der Umfang der individuellen Beihilfe?

1) Nein, die bisherige individuelle Beihilfe bleibt unverändert bestehen. Die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe ist freiwillig.

2) Anspruchsberechtigte auf Heilfürsorge beachten bitte die gesonderten Hinweise in **Frage 16**.

31. Was passiert bei einem Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung zur privaten Krankenversicherung oder umgekehrt?

1) Sofern eine beihilfeberechtigte Person - die rechtliche Zulässigkeit vorausgesetzt - im Laufe ihrer Dienstzeit von einem gesetzlichen Krankenvollversicherungstarif in einen privaten Krankenvollversicherungstarif oder umgekehrt wechselt, wird die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

2) Eine Anpassung ansteigende Versicherungsbeiträge findet dann nicht mehr statt. Gleiches gilt bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs.
3) Eine Ausnahme gilt für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf. Werden diese im Anschluss an ihren Vorbereitungsdienst in das Beamtenverhältnis auf Probe berufen, wird ihnen bei einem dann erfolgenden Wechsel von der GKV zu der PKV (oder umgekehrt) die pauschale Beihilfe ohne Einschränkung der Höhe gewährt. Denn mit dem neu begründeten Beamtenverhältnis entsteht zugleich ein neuer Anspruch auf Beihilfe. Dies gilt jedoch nicht, wenn das bisher bestehende Beamtenverhältnis auf Widerruf in ein Beamtenverhältnis auf Probe lediglich umgewandelt wird, also keine Beendigung des Beamtenverhältnisses auf Widerruf kraft Gesetzes erfolgt. Vergleiche hierzu nähere Erläuterungen unter **Frage 25**.

32. Was passiert während der Elternzeit?

1) In der Elternzeit besteht ein Anspruch auf individuelle bzw. pauschale Beihilfe weiter fort.

2) Sofern nach § 74 Absatz 3 LBG i.V.m. § 9 Abs. 2 Mutterschutz- und Elternzeitverordnung (MuSchEltZV) Krankenversicherungsbeiträge voll erstattet werden, ist zu beachten, dass diese Erstattung bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe „beihilfekonform" zu berücksichtigen ist (§ 76 Abs. 1 LBG „ergänzende Fürsorgeleistung").

3) Gem. § 9 Abs. 3 MuSchEltZV gelten die Vorgaben aus Abs.1 und 2 MuSchEltZV auch für auf die Beamtin oder den Beamten entfallenden Beiträge einer freiwilligen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Bei einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei zu berücksichtigen, dass der Beitrag einkommensabhängig ist, so dass sich der Beitrag in der Elternzeit verringern kann. Die Beamtin bzw. der Beamte ist daher zum Nachweis des jeweiligen Krankenversicherungsbeitrages verpflichtet, um den tatsächlichen Erstattungsanspruch zu prüfen.

4) Mit „beihilfekonformer" Berücksichtigung ist gemeint, dass auf die pauschale Beihilfe zusätzliche Zahlungen, die die beihilfeberechtigte Person aus Rechtsgründen erhält, anzurechnen sind. Folglich darf auch im Fall einer Erstattung nach § 9 Abs. 2 i.V.m. 3 MuSchEltZV die pauschale Beihilfe zusammen mit der Erstattung des KV-Zuschusses insgesamt 100 v. H. des jeweiligen individuellen KV-Beitrages in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung der Beamtin oder des Beamten nicht übersteigen. Vgl. auch Anrechnungsvorbehalt aus § 76 Abs. 5 Satz 5 LBG.

33. Was ist hinsichtlich Bewerberinnen bzw. Bewerbern für eine erstmalige Ernennung z.B. im Vorbereitungsdienst (sog. Neueinsteigerinnen/Neueinsteiger) im öffentlichen Dienst zu beachten:

1) Für Bewerberinnen und Bewerber im öffentlichen Dienst, die sich bisher noch in keinem Beamtenverhältnis befinden (sog. Neueinsteigerinnen/Neueinsteiger) ist hinsichtlich der Beantragung der pauschalen Beihilfe zu beachten, dass die pauschale Beihilfe so frühzeitig wie möglich zu beantragen ist. Als frühester Genehmigungs- bzw. Bewilligungszeitpunkt kann bei dieser Personengruppe das Einstellungs-/Ernennungsdatum herangezogen werden.

2) Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger im öffentlichen Dienst sind erst ab dem Tag der Einstellung/Ernennung in ein Beamtenverhältnis beihilfeberechtigt. Dies ergibt sich aus § 2 LBhVO. Folglich kann der Einstellungs- bzw. Ernennungstermin das frühestmögliche Bewilligungsdatum für die angestrebte Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe sein. Nach § 76 Abs. 5 Satz 8 LBG wird die pauschale Beihilfe erst ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Antragstellung folgt, vom Landesverwaltungsamt berechnet, festgesetzt und von der Dienstbehörde zahlbar gemacht.

3) Um die pauschale Beihilfe im Ergebnis ab Einstellungszeitpunkt zu erhalten, wird empfohlen, den Antrag - ggf. formlos zur Fristwahrung - im Monat vor der geplanten Ernennung zu stellen, so dass die pauschale Beihilfe in diesen besonderen Fällen frühestens ab dem Einstellungs- bzw. Ernennungsdatum gewährt werden kann. Aufgrund von Bearbeitungszeiten kann es zu einer Nachzahlung des Pauschalbetrages kommen.

34. Anlagenübersicht

Anlage 1:	Festbeträge für Hörhilfen
Anlage 2:	Festbetrag für Hörgerät für an Taubheit grenzende schwerhörige Versicherte

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

haben am 23. Oktober 2006 folgende

Festbeträge für Hörhilfen

beschlossen.

Inkrafttreten der neuen Festbeträge 1. Januar 2007

I. Allgemeines

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemäß § 36 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 213 SGB V gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen auf dieser Basis die nachfolgenden Festbeträge für Hörhilfen fest. Die Festbeträge treten am 1. Januar 2007 in Kraft und gelten bundesweit. Die auf der Bundesebene seit dem 1. Januar 2005 geltenden Festbeträge haben bis zu diesem Zeitpunkt Bestand. Maßgeblich ist der Tag der Leistungserbringung.

Bei den Festbeträgen für Hörhilfen handelt es sich um Bruttopreise, die die gesetzliche Mehrwertsteuer in der jeweils geltenden Höhe enthalten.

Mit dem Festbetrag sind sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit der Abgabe der Produkte sowie der Nachbetreuung entstehen (z. B. die Kosten für das Gerät und weitere Materialkosten, die Anpassung, die Einweisung in die Handhabung der Produkte und andere Dienstleistungen), abgegolten. Die Hörhilfen haben mindestens den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V i. V. m. § 139 SGB V zu entsprechen.

II. Festbeträge für Hörhilfen

Schlüssel Leistungserbringergruppe*
14 00 013
(Abrechnungscode/Tarifkennzeichen)

Positions-nummer	Bezeichnung	Festbetrag	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA*
13.20.01	Einkanalige HdO- und IO-Geräte	421,28 €	00, 04, 10, 11
13.20.02	Einkanalige HdO- und IO-Geräte mit AGC	421,28 €	00, 04, 10, 11
13.20.03	Mehrkanalige HdO- und IO-Geräte	421,28 €	00, 04, 10, 11
13.20.04	Taschengeräte	313,33 €	00, 04, 10, 11
13.20.05	Knochenleitungshörbügel, monaural	578,63 €	00, 04, 10, 11
13.20.08.0	Tinnitusgeräte	317,45 €	00, 04, 10, 11
13.20.08.1	Kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte (Tinnitusinstruments)	515,42 €	00, 04, 10, 11
13.20.08.2	Aufsteckbare Tinnitusgeräte	158,34 €	00, 04, 10, 11
13.20.09	Ohrpassstücke (Secret Ear, Secret Ear-Stöpselform, Otoplastik-adaptionsfähig für Modul-IO-Geräte, Schale für Semi-Modul und Costum-Made-IO-Geräte, Ohrmulde, einschließlich einer gegebenenfalls notwendigen Zusatzbohrung) bei einer Nachlieferung	39,25 €	04, 10, 11
13.99.99.0001	Zuschlag in € bei Verwendung von weichem Material für Ohrpassstücke	5,00 €	00
13.99.99.0001	Zuschlag in € bei Verwendung von weichem Material für Ohrpassstücke bei einer Nachlieferung	5,56 €	04, 10, 11
13.99.99.1001	Abschlag in € für die Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten	154,24 €	04, 10, 11
13.99.99.1002	Abschlag in € für das zweite Hörgerät (13.20.01) bei beidohriger (binauraler) Versorgung.	84,26 €	00, 04, 10, 11

Positions-nummer	Bezeichnung	Festbetrag	Kennzeichen Hilfsmittel lt. Anlage 3 zum DTA*
13.99.99.1003	Abschlag in € für das zweite Hörgerät (13.20.02) bei beidohriger (binauraler) Versorgung.	84,26 €	00, 04, 10, 11
13.99.99.1004	Abschlag in € für das zweite Hörgerät (13.20.03) bei beidohriger (binauraler) Versorgung.	84,26 €	00, 04, 10, 11
13.99.99.1005	Abschlag in € für den zweiten Knochenleitungshörbügel (13.20.05) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	115,73 €	00, 04, 10, 11
13.99.99.1010	Abschlag in € für das zweite Tinnitusgerät (13.20.08) bei beidohriger (binauraler) Versorgung.	63,49 €	00, 04, 10, 11
13.99.99.1011	Abschlag für das zweite kombinierte Tinnitus/Hörgerät (13.20.08.1)	103,08 €	00, 04, 10, 11
13.99.99.1012	Abschlag für das zweite aufsteckbare Tinnitusgerät (13.20.08.2) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	31,67 €	00, 04, 10, 11

* gemäß Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V in der Abrechnung anzugeben.

Der Verwaltungsakt kann beim

Bundesverband der Innungskrankenkassen
Friedrich-Ebert-Straße
(TechnologiePark)
51429 Bergisch Gladbach

eingesehen werden.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diese Festsetzung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe beim

Sozialgericht Berlin
Invalidenstr. 52
10557 Berlin

schriftlich oder zur Niederschrift beim Urkundsbeamten Klage erhoben werden.

Siegburg, den 23. Oktober 2006

Bundesverband der
Ortskrankenkassen
Johann Magnus von Stackelberg
Michael Weller

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen
Dr. Hildegard Denner

Bundesverband der
Innungskrankenkassen
Rolf Stuppardt

See-Krankenkasse
Gert Hüfner

Bundesverband der
landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Dr. Harald Deisler

Knappschaft
Eckehard Linnemann

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e. V.
Margret Mönig-Raane

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-
Verband e.V.
Matthias Maurer

Der GKV-Spitzenverband

hat am 12. Dezember 2011 folgendes

Festbetragsgruppensystem für Hörhilfen

beschlossen.

Inkrafttreten des neuen Festbetragsgruppensystems:

1. März 2012

I. Allgemeine Erläuterungen zum Festbetragsgruppensystem und zu den Festbeträgen

Der GKV-Spitzenverband bestimmt gemäß § 36 Abs. 1 SGB V Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Die Festbeträge für Hörhilfen wurden mit Wirkung vom 1. Januar 2005 auf der Bundesebene durch die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen festgesetzt und zum 1. Januar 2007 angepasst. Sie gelten bis zur Festsetzung von neuen Festbeträgen durch den GKV-Spitzenverband unverändert weiter.

Für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Patienten wird eine neue Abrechnungsposition gebildet. Der neue Festbetrag tritt am 1. März 2012 in Kraft. Maßgeblich für die Anwendung des neuen Festbetrages ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung. Für das Festbetragsgruppensystem gelten die medizinischen, technischen und sonstigen Anforderungen der Produktgruppe 13 „Hörhilfen" des Hilfsmittelverzeichnisses nach **§ 139 SGB V.**

Der Festbetrag umfasst sämtliche Leistungen, die im Zusammenhang mit der Abgabe der Produkte entstehen. Ausgenommen hiervon sind Kosten, für die bereits separate Festbeträge existieren (zum Beispiel Ohrpassstücke). Der Festbetrag wird jeweils für eine Hörhilfe in einfacher Stückzahl festgelegt. Bei dem Festbetrag für an Taubheit grenzende Versicherte handelt es sich um einen Nettobetrag. Der Festbetrag gilt für die Versorgung von Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

Mit dem Festbetrag sind im Einzelnen folgende Leistungen abgegolten, die mit der Bereitstellung der Produkte an den Versicherten entstehen:

- Anamnese, Daten zur Schwerhörigkeit, Erfassung der sozialen Umfeldsituation, Dokumentation durch den Hörgeräteakustiker
- Betrachtung der äußeren Ohren, der Gehörgänge und der Trommelfelle
- Ermittlung der Kenndaten, Audiometrie
- Kontrollotoskopie
- Gehörgangstamponade
- Kontrollotoskopie
- Voreinstellung der ausgewählten Geräte, Geräteeinstellung z.B. PC, AGC, Frequenzen, Kanaligkeit etc.
- Filter im Hörkanal (Einstellung)
- Rückkoppelungsmanagement (Einstellung)
- Störgeräuschunterdrückende Software
- Hörprogrammanpassung
- Mehrmikrofontechnik-Anpassung
- Vergleichende Hörgeräteanpassung
- Toleranztest
- Erste Einweisung im Rahmen der Hörgeräteauslieferung, Bedienung und Handhabung
- Rezeptabrechnung

Die Definition der an Taubheit grenzenden Patienten erfolgt auf der Basis der WHO-Definition von 2001 *Table of grades of hearing impairment* (Tonaudiogramm). Hörgeräte, die für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Patienten abgegeben werden, müssen über folgende Features verfügen:

- Digitaltechnik
- Mehrkanaligkeit (mindestens 4 Kanäle)
- Rückkoppelungs- und Störschallunterdrückung
- Mindestens 3 Hörprogramme
- Verstärkungsleistung ≥ 75 dB

Der GKV-Spitzenverband setzt gemäß § 36 Abs. 2 SGB V folgenden Festbetrag für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Versicherten fest:

II. Festbeträge für Hörhilfen

Positions-nummer	Bezeichnung	Festbe-trag
13.20.10	Hörgerät für an Taubheit grenzende Versicherte	**786,86 €**
13.99.99.1006	Abschlag in € für das zweite Hörgerät (13.20.10) bei beidohriger (binauraler) Versorgung	**157,37 €**

Der Verwaltungsakt und seine Begründung können beim

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

eingesehen werden.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen die Festsetzung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe beim

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Försterweg 2-6
14482 Potsdam

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle Klage erhoben werden. Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr mit der Justiz im Land Berlin vom 27. Dezember 2006 (GVBl. S. 1183) idF vom 9. Dezember 2009 (GVBl. S. 881) bzw. der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg vom 14. Dezember 2006 (GVBl. II/06, S. 558) idF vom 8. September 2010 (GVBl. II/10, S. 1) in die elektronische Poststelle des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist.

Berlin, den 12. Dezember 2011

GKV-Spitzenverband
Der Vorstand

Dr. Pfeiffer von Stackelberg Kiefer