FAQ

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

1. Ausgangslage

Die Bürgerschaft hat am 16. Mai 2018 das „Gesetz über die Einführung einer Pauschalen Beihilfe zur Flexibilisierung der Krankheitsvorsorge“ beschlossen (GVBl. S. 199). Mit dem Gesetz wird das Hamburgische Beamtengesetz (HmbBG) ergänzt und eine **neue Form** der Beihilfe geschaffen. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Kranken**voll**versicherung versicherte Beihilfeberechtigte können seit dem **1. August 2018** alternativ zur bisherigen „individuellen“ Beihilfe, die jeweils zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird, eine **Pauschale Beihilfe** wählen. Es handelt sich um eine freiwillige Entscheidung, die einen schriftlichen Antrag erfordert. Die Pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer Kranken**voll**versicherung, unabhängig davon, ob eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen- oder der privaten Krankenversicherung besteht. Ergänzende Beihilfen wie bisher 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.

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

Einen Anspruch auf Beihilfe haben u. a. alle

- **Beamtinnen** und **Beamte** im **aktiven Dienstverhältnis**,
- **Richterinnen** und **Richter**,
- **Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger**,

  solange sie einen Anspruch auf Bezüge haben oder diese Bezüge aufgrund von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden (§ 80 Abs. 1 HmbBG).

Keinen **eigenen** Anspruch haben **Angehörige**. Beihilfeberechtigte haben jedoch Anspruch auf Beihilfe zu den notwendigen Aufwendungen ihrer **berücksichtigungsfähigen Angehörigen**. Hierzu gehören zum einen Kinder, wenn sie im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind und zum anderen Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, wenn diese Gesamteinkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG von nicht mehr als **20.000 Euro** haben, und zwar in dem Jahr **vor Antragstellung bzw. vor Gewährung einer Pauschalen Beihilfe** (§ 80 Abs. 2, 10 und 11 HmbBG).

3. Was bietet die „individuelle“ Beihilfe?

Die „individuelle“ Beihilfe wird zu den **tatsächlichen** notwendigen und angemessenen Aufwendungen u. a. im Krankheitsfall gewährt (§ 80 Abs. 1 HmbBG). Der Umfang der Beihilfe hängt vom **Bemessungssatz** (§ 80 Abs. 9 HmbBG) ab:

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

Beihilfeberechtigte mit beihilfeergänzender privater Kranken**teil**versicherung erhalten grundsätzlich Rechnungen u. a. von Leistungserbringern (z. B. Ärzte, Krankenhäuser) und treten mit der Zahlung der Vergütung in **Vorleistung**. Die Rechnungen werden in der Regel sowohl bei der PKV und bei der Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht (siehe auch Abschnitt 7).

Eine Beihilfe wird von der Beihilfestelle grundsätzlich erst dann gewährt, wenn ein Gesamtrechnungsbetrag in Höhe von **200 Euro** überschritten ist. Beihilfeberechtigte können die „individuelle“ Beihilfe innerhalb einer **Frist** von **zwei Jahren** nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragen (§ 80 Abs. 6 HmbBG).

Beihilfe wird **nicht nur in Krankheitsfällen** gewährt, sondern auch in Pflege-, Geburts- und Todesfällen, in Fällen des nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs und der nicht rechtswidrigen Sterilisation, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen, die nicht im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt in einem Gebiet außerhalb der Europäischen Union stehen (§ 80 Abs. 1 HmbBG).

Die **Leistungen** der „individuellen“ Beihilfe können im Einzelnen der Hamburgischen **Beihilfeverordnung** (HmbBeihVO) entnommen werden. Wesentliche beihilferechtliche Bestimmungen sind in § 80 HmbBG enthalten.

Wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelten in der Beihilfe bei **Arzneimitteln Eigenbehalte** bzw. **Abzugsbeträge** in Höhe von 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels (§ 8 HmbBeihVO).

Zu vielen beihilferechtlichen Einzelfragen finden Sie Antworten in unseren gesonderten Beihilfe FAQ:

https://fhhportal.ondataport.de/websites/1002/Gesundheit/Beihilfe/Seiten/Beihilfe_FAQ.aspx

4. Was bietet die Pauschale Beihilfe?

Die Pauschale Beihilfe ist eine **neue Form der Beihilfe,** die in § 80 Abs. 10 HmbBG geregelt ist. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Kranken**voll**versicherung versicherte Beihilfeberechtigte können seit dem 1. August 2018 **anstatt der „individuellen" Beihilfe**, bei der jeweils ein Teil der tatsächlichen Aufwendungen erstattet wird, eine Pauschale Beihilfe wählen. Sie wird **monatlich** zusammen **mit den Bezügen** gewährt. Die Pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die **Hälfte** der anfallenden Kosten einer notwendigen Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob gesetzlicher- oder privater Krankenversicherungsschutz besteht. Bei privater Versicherung ist die Höhe der Pauschale 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 notwendige Krankenversicherungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Angehörige werden bei der Pauschalen Beihilfe berücksichtigt (siehe auch Abschnitt 19). **„Individuelle" Beihilfe wird neben der Pauschalen Beihilfe nicht ergänzend gewährt**.

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

In Deutschland besteht **grundsätzlich** Krankenversicherungs**pflicht**. Die meisten Beschäftigten sind in der GKV pflichtversichert (§ 5 SGB V). Dazu gehören zum Beispiel Tarifbeschäftigte und Auszubildende.

Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Beihilfe gehören zu den Personen, die **nicht** versicherungs**pflichtig** in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sie **können** sich

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

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

6. Wie funktioniert die Gesetzliche Krankenversicherung?

Die GKV funktioniert nach dem **Sachleistungsprinzip**. Das heißt, sie stellt ihren Versicherten Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen 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 Abschnitt 17).

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

Weitere Informationen erhalten Sie von den gesetzlichen Krankenversicherungen.

7. Wie funktioniert die Private Krankenversicherung?

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

Die Versicherungsbeiträge werden in der PKV **nach individuellem Risiko** berechnet, also u. a. in Abhängigkeit vom Umfang der versicherten Leistungen, dem Alter und dem Gesundheitszustand (gilt nicht bei Neugeborenen). Über die Leistungen und Tarife der PKV sollten Sie sich bei einer der privaten Krankenversicherungen informieren.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen einer Kranken**voll**versicherung, die mindestens alle Leistungen entsprechend SGB V beinhaltet und einer beihilfekonformen Kranken**teil**versicherung, die grundsätzlich die Leistungen beinhaltet, die zur Ergänzung der Leistungen der „individuellen“ Beihilfe erforderlich sind (siehe Abschnitt 3).

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

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

Bisher bestanden folgende Kombinationsmöglichkeiten:

1.) Beihilfekonforme **Private** Kranken**teil**versicherung und ergänzende „**individuelle“** Beihilfe.

2) Freiwillige Mitgliedschaft in der **GKV** (Kranken**voll**versicherung) und ergänzende „**individuelle“** Beihilfe.

3.) **Private** Kranken**voll**versicherung und ergänzende „**individuelle“** Beihilfe.

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

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

Seit dem 1. August 2018 erhalten Beihilfeberechtigte **auf schriftlichen Antrag** an Stelle der „individuellen“ Beihilfe grundsätzlich die Hälfte der Kosten für eine Kranken**voll**versicherung als Pauschale Beihilfe erhalten.

Die Pauschale Beihilfe wird Beihilfeberechtigten sowohl bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der **GKV** (Kranken**voll**versicherung), als auch bei einer **privaten** Kranken**voll**versicherung gewährt, so dass neben den o. g. Kombinationen folgende **zusätzliche Kombinationsmöglichkeiten** entstehen:

4) Freiwillige Mitgliedschaft in der **GKV** (Kranken**voll**versicherung) und **Pauschale Beihilfe**, kein Anspruch auf ergänzende „individuelle“ Beihilfe

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

Wer die neue Möglichkeit nicht in Anspruch nehmen will, für den bleibt alles beim Alten (Siehe Abschnitt 8). Es wäre in dem 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 (Abschnitt 8, Kombination 2) wird in einigen Bereichen eine ergänzende „individuelle“ Beihilfe gewährt (siehe dazu im Einzelnen Abschnitt 21).

Bei einer Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV mit der Pauschalen Beihilfe (Abschnitt 9 Kombination 4) erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn aus Mitteln der Beihilfe an den Krankenversicherungskosten, allerdings wird keine ergänzende „individuelle“ Beihilfe gewährt. Eine Entscheidung für die Pauschale Beihilfe ist darüber hinaus unwiderruflich, so dass ein späterer Wechsel grundsätzlich ausgeschlossen ist (siehe Abschnitt 23).

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

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

Bei einer Kombination einer privaten Kranken**voll**versicherung mit der „individuellen“ Beihilfe beteiligt sich der Dienstherr nicht aus Mitteln der Beihilfe an den Kosten der Versicherung. Bei der Kombination einer privaten Vollversicherung mit der Pauschalen Beihilfe erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn, so dass der bzw. dem Beihilfeberechtigten geringere Belastungen entstehen. Die Entscheidung für die Pauschale Beihilfe ist allerdings unwiderruflich, so dass ein späterer Wechsel grundsätzlich ausgeschlossen ist (siehe Abschnitt 23). Bei dieser Kombination werden grundsätzlich 50 Prozent der Krankenversicherungs-Beiträge für **GKV-entsprechende Leistungen,** maximal 50 Prozent des Höchstbeitrags im **Basistarif** nach § 152 VAG als Pauschale Beihilfe gewährt. Die wesentlichen Unterschiede zwischen den Leistungen der „individuellen“ Beihilfe und den Leistungen entsprechend dem GKV-Umfang sind im Abschnitt 21 beschrieben.

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

13. Können Heilfürsorgeberechtigte die Pauschale Beihilfe erhalten und was ist zu beachten?

Bei einem Anspruch auf Heilfürsorge wird Beihilfe darüber hinaus beziehungsweise daneben nicht gewährt (§ 112 Abs. 4 HmbBG).

Aber: Nach § 112 Abs. 4 HmbBG können Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte die Gewährung von Heilfürsorge ablehnen. Dies gilt nach § 114 HmbBG entsprechend auch für die Beamtinnen und Beamte der Feuerwehr. Die Entscheidung ist unwiderruflich. Sie erhalten dann ab dem Ersten des auf die Ablehnung folgenden Monats **Beihilfe nach § 80 HmbBG**. Nach Entscheidung für die Beihilfe stehen die in den Abschnitten 8 und 9 genannten Kombinationen zur Verfügung.

Vor dieser Entscheidung ist abzuwägen zwischen den langfristigen Versicherungskosten bei den Kombinationen 1 bis 5 (siehe Abschnitte 8 und 9) und den langfristigen Gesamtkosten bestehend aus den Kosten durch die monatliche Anrechnung der Heilfürsorge auf die Besoldung (1,4 Prozent des Grundgehalts - nicht im Beamtenverhältnis auf Widerruf) und den

langfristigen Versicherungskosten. Diese setzen sich zusammen aus den in der aktiven Zeit anfallenden Versicherungskosten für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen (zu deren Aufwendungen ergänzend individuelle Beihilfe gewährt wird) zzgl. eventueller Kosten einer Anwartschaftsversicherung (siehe Abschnitt 14) und den Versicherungskosten im Ruhestand für die Beihilfeberechtigten und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

14. Was ist für Vollzugsbeamtinnen und Vollzugsbeamte der Polizei und für Beamtinnen und Beamte der Feuerwehr mit Blick auf den Ruhestand zu beachten?

Ein bestehender **Anspruch auf Heilfürsorge** fällt bei Eintritt in den Ruhestand weg. Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte sind grundsätzlich beihilfeberechtigt. Erfahrungsgemäß schließen viele Beamtinnen und Beamte eine **Anwartschaftsversicherung** bei der PKV ab, um bei Eintritt in den Ruhestand eine private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ggf. mit geringeren Beiträgen zu gewährleisten. 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). Durch die Rechtsänderung können seit dem 1. August 2018 für die Planung der Krankheitsvorsorge im Ruhestand auch die Kombinationen „GKV mit Pauschaler Beihilfe“ und „PKV-Kranken**voll**versicherung mit Pauschaler Beihilfe“ in Betracht gezogen werden.

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

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. Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb einer Frist von drei Monaten anzuzeigen, nähere Einzelheiten sind in § 9 Abs. 2 SGB V geregelt. 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. Die Beitragsbemessung während der Dauer der Anwartschaftsversicherung regelt § 240 Abs. 4b SGB V.

Für die Kosten einer Anwartschaftsversicherung wird keine Pauschale Beihilfe gewährt.

Die 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.

Bzgl. der Kosten und Leistungen sollten Sie sich ebenfalls bei den Krankenversicherungen informieren.

15. Können Beamtinnen und Beamten, die bereits freiwillig Mitglied in der GKV sind und die Beiträge in voller Höhe selbst tragen, ebenfalls eine Pauschale Beihilfe beanspruchen?

Ja, diesen Beamtinnen und Beamte wird auf Antrag die Pauschale Beihilfe gewährt.

16. Können Beamtinnen und Beamte in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung wechseln?

Aktive Beamtinnen und Beamte sind nicht in der GKV versicherungspflichtig (§ 6 SGB V). Sie können sich unter den in § 9 SGB V geregelten Voraussetzungen freiwillig gesetzlich krankenversichern, 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.

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

Die Höhe des Beitrages zur GKV ist **einkommensabhängig**. In der GKV werden **keine Risikozuschläge** erhoben und sowohl **Kinder** als auch **Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner** ohne bzw. mit geringem Einkommen sind in der Familienversicherung in der Regel **beitragsfrei** mitversichert. 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. Bei freiwillig GKV-Versicherten werden zudem Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, Aktien und Ähnlichem verbeitragt. Die Einkünfte werden bis zur **Beitragsbemessungsgrenze** (2024: 62.100 Euro im Jahr, 5.175,50 Euro im Monat) berücksichtigt. 2024 liegt der monatliche GKV-Höchstbetrag für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch bei 724,50 Euro, wenn ausschließlich Bezüge aus dem aktiven Dienstverhältnis bezogen werden. Hinzu kommt ggf. ein **kassenindividueller Zusatzbeitrag**, den gesetzliche Krankenkassen erheben **können**. Für Versorgungsbezüge gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent (zzgl. kassenidividueller Zusatzbeitrag).

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

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

Die Beiträge zur PKV sind **einkommensunabhängig**, die PKV kalkuliert die Beiträge nach dem vereinbarten Leistungsumfang und dem individuellen Risiko (siehe Abschnitt 7). Für weitere Informationen sollten Sie sich an eine der privaten Krankenversicherungen wenden.

19. Wie wird die Pauschale Beihilfe berechnet und werden Angehörige berücksichtigt?

Grundsätzlich werden **50 Prozent** der **nachgewiesenen Kosten** für eine notwendige Kranken**voll**versicherung der bzw. des Beihilfeberechtigten und 50 Prozent der Kosten für eine notwendige Kranken**voll**versicherung für **berücksichtigungsfähige Angehörige** als Pauschale erstattet.

Zu berücksichtigende Kosten für eine Kranken**voll**versicherung **vermindern** sich um den Beitrag eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder um den Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung. Dies kommt insbesondere bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen zum Tragen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Die Kosten ihrer Versicherung bemessen sich nach dem allgemeinen Beitragssatz und nach dem ggf. anfallenden **kassenindividuellen Zusatzbeitrag:**

Beispiel:

Berücksichtigungsfähiger Angehöriger mit 1.200,- Euro mtl. Einkommen,	
KV-Beitrag bei 14,6% allgemeiner Beitragssatz zzgl. 1,7% Zusatzbeitrag:	195,60 Euro
gemindert um Arbeitgeberanteil (8,15%)	97,80 Euro
Zwischensumme	97,80 Euro
Beihilfeberechtigte mit mtl. 4.500,- Euro Bruttobezügen,	
KV-Beitrag bei 14% ermäßigter Beitragssatz zzgl. 1,7% Zusatzbeitrag:	706,50 Euro
insg.	**804,30 Euro**
Pauschale Beihilfe (50 %)	**402,15 Euro**

Für privat Versicherte gilt: Bei der Berechnung der Pauschalen Beihilfe werden nur **Beitragsanteile** für Vertragsleistungen einer Kranken**voll**versicherung berücksichtigt, **die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind**, maximal jeweils der **Beitrag im Basistarif** nach § 152 VAG. Der gesetzlich geregelte Höchstbeitrag im Basistarif beträgt pro Person im Jahr 2024 843,53 Euro.

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

20. Ist die Pauschale Beihilfe zu versteuern?

Die „Pauschale Beihilfe“ ist **steuerfrei** (§ 3 Nr. 62 Satz 1 EStG).

Ausgaben für eine Krankenvollversicherung können grundsätzlich als Sonderausgaben/ Vorsorgeaufwendungen geltend gemacht werden und mindern so das zu versteuernde Einkommen. Bei Beamtinnen und Beamten, die dies geltend machen, kommt es ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Pauschalen Beihilfe zu einer Minderung der Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge, so dass im Vergleich zu vorher weniger Sonderausgaben/ Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt werden können und sich das zu versteuernde Einkommen entsprechend erhöht. Unter Umständen kann sich durch die Steuerprogression auch der Steuersatz ändern.

21. „Verzichten“ gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte 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 HmbBeihVO und unter den besonderen Voraussetzungen des § 80 Abs. 5 HmbBG. Grundsätzlich werden GKV-Versicherte, **die einen Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen zu ihren KV-Beiträgen erhalten**, nach § 2 Abs. 3 HmbBeihVO 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. 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 HmbBeihVO gewährt. Gewährte Leistungen der GKV werden dabei nach den näheren Bestimmungen des § 80 Abs. 5 HmbBG bei der Bemessung der Beihilfe angerechnet.

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

- **Hörgeräte:**

  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). 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. Die beihilfefähigen Höchstbeträge für Hörgeräte liegen aufgrund der hierzu ergangenen Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte in Hamburg mit 1.050 Euro je Ohr über den in der GKV geltenden Festbeträgen.

- **Sehhilfen:**

  Für volljährige GKV-Versicherte ab einem bestimmten Grad der Sehbeeinträchtigung und für mitversicherte Kinder besteht ein Anspruch auf Sehhilfen (§ 33 SGB V). Für diese Hilfsmittel gelten in der GKV einheitliche Festbeträge in Abhängigkeit von der Art der Sehbeeinträchtigung (§ 36 SGB V). In der Beihilfe gelten für den o. g. entsprechenden Berechtigtenkreis von der GKV abweichende pauschale Höchstbeträge in Abhängigkeit von der Art der Sehbeeinträchtigung (§ 12 HmbBeihVO). Für beihilfefähige Aufwendungen für Sehhilfen in sonstigen Fällen gilt ein einheitlicher pauschaler Höchstbetrag in Höhe von 25 Euro je Glas.

- **Zahnärztliche Leistungen:**

  GKV-Versicherte haben bei Zahnersatzmaßnahmen 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 die notwendigen nach GOZ privatärztlich abgerechneten Aufwendungen für Leistungen dem Grunde nach beihilfefähig. Einschränkend gilt hierbei, dass die Aufwendungen für **Material und zahntechnische Leistungen** nicht in voller Höhe, sondern nur **zu 60 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 (§ 7 Abs. 5 HmbBeihVO).

- **Leistungen im Ausland**

  Bei akuten Erkrankungen oder bei einem Unfall im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland (z. B. Beispiel 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. 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. 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.

Weiterführende Informationen bietet die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung (DVKA).

Im Ausland (auch außerhalb der EU / EWR) entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie auch bei einer Behandlung in der FHH 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 (§ 28 HmbBeihVO).

- **Pauschalen in Geburts- und Todesfällen:**

  Aus Anlass einer Geburt wird neben den anteiligen Kosten für die medizinische Versorgung grundsätzlich eine Beihilfe in Höhe von 128 Euro gewährt (§ 25 Abs. 2 HmbBeihVO). In Todesfällen wird grundsätzlich eine Pauschale in Höhe von 665 Euro bzw. 435 Euro gewährt (§ 27 Abs. 1 HmbBeihVO). Auch die Kosten der Überführung sind beihilfefähig (§ 27 Abs. 2 HmbBeihVO). In der GKV besteht kein Anspruch auf diese Pauschalen.

In der GKV gelten folgende **Eigenbehalte**: Bei Krankenhaus-, Kur- und Sanatoriumsaufenthalten (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).

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.

Die **Entscheidung** für die Pauschale Beihilfe ist **unwiderruflich, ein Anspruch auf „individuelle Beihilfe“ besteht dann nicht mehr**. Ein über die Pauschale Beihilfe hinausgehender Anspruch auf Beihilfe als besondere Fürsorgeleistung des Dienstherrn kommt dann nur noch in sehr seltenen, atypischen Härtefällen in Betracht.

22. „Verzichten“ Beihilfeberechtigte mit beihilfekonformer privater Krankenteilversicherung auf Ansprüche, wenn sie sich für die Pauschale Beihilfe entscheiden?

Sowohl durch eine beihilfekonforme private Kranken**teil**versicherung mit ergänzender individueller Beihilfe, als auch mit einer Kranken**voll**versicherung 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

ergeben sich aus Abschnitt 21. Über die konkreten Unterschiede im Leistungsvolumen von PKV (ergänzt durch „individuelle“ Beihilfe) und GKV sollten Beihilfeberechtigte sich bei den Krankenversicherungen informieren.

23. 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 Beamtinnen und Beamte auf Widerruf sind Besonderheiten zu beachten (siehe Abschnitt 24).

24. Was ist bei Beamtinnen und Beamte auf Widerruf zu beachten?

Sofern „individuelle“ Beihilfe in Anspruch genommen wird, ist zu berücksichtigen, dass für o. g. Beihilfeberechtigte **bestimmte zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen ausgeschlossen** sind und einer Wartezeit unterliegen (§ 7 Abs. 7 HmbBeihVO). Ein Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen finden Sie hier:

https://www.hamburg.de/contentblob/3661320/053d2943bf2095b34699e567a29a9091/data/form-zpd-beih-v07-02.pdf

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**. Damit wird ein neuer Anspruch auf Beihilfe begründet, so dass erneut eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der Pausschalen Beihilfe getroffen werden kann. **Beihilfeberechtigte sind in diesem Fall nicht mehr an ihre im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung gebunden**.

Bitte informieren Sie Ihre zuständige Personalstelle rechtzeitig vor oder zu Beginn des neuen Beamtenverhältnisses durch schriftlichen Antrag, falls die Pauschale Beihilfe weiter gewährt werden soll.

25. Wie wird die Pauschale Beihilfe beantragt und wann wird sie gezahlt?

Für die Gewährung der Pauschalen Beihilfe bedarf es eines schriftlichen Antrags. **Beamtinnen und Beamten im aktiven Dienst** senden diesen an den Personalservice ihrer Dienststelle, **Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger** an die Beamtenversorgung im ZPD. Die Höhe der **Krankenversicherungsbeiträge** ist **nachzuweisen** und Veränderungen der Beitragshöhe der Personalstelle unverzüglich mitzuteilen. Hierzu gehören auch alle von den Krankenversicherungen gewährten **Beitragsrückerstattungen** für Zeiten, in denen eine Pauschale Beihilfe gezahlt wurde.

Zur Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern ist ein Nachweis über den **Gesamtbetrag der Einkünfte** (§ 2 Abs. 3 EStG) für das **Jahr vor der Antragstellung bzw. vor Gewährung einer Pauschalen Beihilfe** erforderlich (§ 80 Abs. 2, 10 und 11 HmbBG).

Bitte senden Sie der Personalstelle zur Unterstützung eines reibungslosen Verfahrens regelmäßig die von den Krankenversicherungen jährlich erstellten **Mitteilungen über die zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge** 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: Die „individuelle“ Beihilfe wird weiterhin bei der Beihilfestelle des Zentrums für Personaldienste beantragt.

26. Was passiert beim Übergang in den Ruhestand?

Der **Anspruch** auf eine Pauschale Beihilfe **bleibt** auch im Ruhestand **bestehen**. Für Versorgungsbezüge gilt ein GKV-Beitragssatz von **14,6 Prozent**. Bei Anspruch auf Heilfürsorge gem. §§ 112 und 114 HmbBG bitte die gesonderten Hinweise beachten.

Die Zuständigkeit für die Zahlung der Pauschalen Beihilfe wechselt von der Personalstelle zur Beamtenversorgung des Zentrums für Personaldienste. Die Zahlung erfolgt dann mit den Versorgungsbezügen.

27. Berührt eine Entscheidung für die Pauschale Beihilfe den Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe im Fall der Pflegebedürftigkeit?

Nein, die Entscheidung für oder gegen die Pauschale Beihilfe berührt nicht den Anspruch auf Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit nach § 22 HmbBeihVO. In diesen Fällen besteht also trotz Gewährung einer Pauschalen Beihilfe ein Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe. **Dieses gilt auch für den Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe zu den Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger**.

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

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

Neben Hamburg haben weitere Länder Regelungen über die Gewährung einer Pauschalen Beihilfe eingeführt. Bei Inanspruchnahme der Pauschalen Beihilfe in Hamburg gilt der erklärte Verzicht auf "individuelle Beihilfe" nur für den nach dem HmbBG gewährten Beihilfeanspruch. Bei einem Wechsel zu einem anderen Dienstherrn gilt das dortige Landesrecht und damit die dortigen Beihilfevorschriften.

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.

Bei einem Wechsel zu einem Dienstherrn mit Pauschaler Beihilfe wäre erneut eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der Pauschalen Beihilfe möglich.

29. 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. Anspruchsberechtigte auf Heilfürsorge beachten bitte die gesonderten Hinweise.

30. Was passiert, wenn Beamtinnen und Beamte sich nach Jahren/Jahrzehnten für eine Rückkehr von PKV zu GKV oder umgekehrt entscheiden?

Bei einem späteren Wechsel - sofern sozialrechtlich zulässig - von GKV zu PKV oder umgekehrt wird die Pauschale Beihilfe höchstens in der **vor der Änderung gewährten Höhe** gewährt. Eine **Ausnahme** gilt für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf (siehe Abschnitt 24).

31. Was passiert bei Elternzeit?

Während der Elternzeit wird Beihilfe in entsprechender Anwendung des § 80 HmbBG gewährt (§ 81 HmbBG i. V. m. § 5 Abs. 1 HmbEltZVO). Daher besteht in der Elternzeit ein Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe bzw. auf Pauschale Beihilfe weiter fort.

Hinweise über die Ansprüche bei Elternzeit und zur Durchführung der Elternzeitverordnung (siehe insb. Ziff. 3.4 des Merkblatts) sind an folgender Stelle zu finden:
https://fhhportal.ondataport.de/websites/1002/DocsAndForms/Elternzeit-Beamte.pdf