

Information für Berufsanfänger über die Tragweite krankensicherungsrechtlicher Grundentscheidungen

Mit der Berufung in das Beamtenverhältnis haben Sie auch zu entscheiden, wie Sie sich künftig gegen die Risiken in Krankheits- und Pflegefällen absichern. An diese Entscheidung sind Sie langfristig oder sogar lebenslang gebunden. Damit Sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Folgen dieser Entscheidung besser einschätzen können, sollen die folgenden Informationen einen ersten Einblick in das Krankenfürsorgesystem der Beihilfe sowie in die Zusammenhänge mit anderen Krankensicherungssystemen geben.

Beihilfe

Mit der Ernennung zur Beamtin bzw. zum Beamten haben Sie nach § 72 Thüringer Beamtengesetz (ThürBG) in Verbindung mit der Thüringer Beihilfeverordnung (ThürBhV) grundsätzlich Anspruch auf „individuelle“ Beihilfe insbesondere in Geburts-, Krankheits- und Pflegefällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen.

Alternativ zur „individuellen“ Beihilfe kann auf unwiderruflichen Antrag auch eine „pauschale“ Beihilfe in den Fällen einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenvollversicherung (100 v.H.) gewährt werden. Bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf wird darauf hingewiesen, dass sich der unwiderrufliche Antrag nur auf die Zeit dieses Beamtenverhältnisses beschränkt. Bei einer sich daran anschließenden Ernennung zur Beamtin oder zum Beamten auf Probe, kann die Entscheidung erneut getroffen werden. Ob dann jedoch noch ein Wechsel von einer privaten Krankenversicherung zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) möglich ist, sollten Interessierte bereits bei Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf mit einer gesetzlichen Krankenkasse klären.

Für Polizeivollzugsbeamte im Vorbereitungsdienst für den mittleren und gehobenen Polizeivollzugsdienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge nach § 103 ThürBG gelten besondere Bestimmungen!

➔ Leistungsumfang der individuellen Beihilfe (Bemessungssatz)

Die individuelle Beihilfe wird nach folgenden Vomhundertsätzen der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssätze) für die beihilfeberechtigte Person und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt:

- 50 v.H. - für aktive Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter,
- 70 v.H. - für aktive Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter mit mindestens zwei im kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags berücksichtigungsfähigen Kindern,
 - für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen bzw. Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner, soweit diese nicht über ein Einkommen von mehr als 18.000 Euro verfügen,
 - für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
- 80 v.H. - für im kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags berücksichtigungsfähige Kinder und selbst beihilfeberechtigte Waisen,
- 100 v.H. - für freiwillige Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen nach Anrechnung von Kassenleistungen.

➔ **Leistungsumfang der pauschalen Beihilfe**

Die pauschale Beihilfe ist grundsätzlich für die beihilfeberechtigte Person und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen auf 50 v.H. der nachgewiesenen Versicherungsbeiträge einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenvollversicherung (hier jedoch höchstens hälftiger Beitrag für eine Versicherung im Basis-tarif) begrenzt. Auf die zu erstattenden Beihilfe werden Beiträge oder Zuschüsse von Dritter Seite angerechnet. Hinsichtlich der Pflegeversicherung besteht kein Anspruch auf pauschale Beihilfe, hier verbleibt es bei dem Anspruch auf individuelle Beihilfe.

Einzelheiten zur pauschalen Beihilfe können Sie auf der Internetseite des Thüringer Landesamtes für Finanzen unter der Adresse www.tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe unter der Rubrik „Informationen zur pauschalen Beihilfe in Thüringen“ erhalten.

Kranken- und Pflegeversicherungspflicht

Jede Person mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist verpflichtet, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Deshalb sind auch die beihilfeberechtigte Person und ggf. ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen, die mindestens den nicht von der Beihilfe getragenen Anteil abdeckt. Mit Abschluss einer Krankenversicherung wird gleichzeitig die Pflichtmitgliedschaft in der Pflegeversicherung begründet.

Die Entscheidung für einen geeigneten Krankenversicherungsschutz sollte in jedem Einzelfall unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten, der möglichen Veränderungen in den familiären Verhältnissen und des angestrebten Schutzniveaus unter Einbeziehung aller verfügbaren Informationen erfolgen. Der Abschluss oder die Änderung einer Krankenversicherung, die ausschließlich auf eine aktuell zu erzielende Beitragsersparnis abzielt, kann auf lange Sicht unter Umständen zu erhöhten Aufwendungen führen.

➔ **Private Krankenversicherung (PKV)**

Für die durch die individuelle Beihilfe nicht gedeckten Aufwendungen hat die beihilfeberechtigte Person Eigenvorsorge zu treffen. Dies geschieht regelmäßig durch den Abschluss einer privaten Krankenteilversicherung. Die privaten Krankenversicherungen bieten auf die Bemessungssätze abgestimmte Tarife an. Die Höhe der Beiträge ist abhängig vom Eintrittsalter und vom individuellen Gesundheitsrisiko, nicht jedoch vom Einkommen. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nicht beitragsfrei mitversichert, für jede Person ist ein Versicherungsvertrag abzuschließen.

Der Abschluss eines nicht beihilfekonformen Tarifs kann zur Über- bzw. Unterversicherung führen. Eine Überversicherung führt in der Regel zu Kürzungen der individuellen Beihilfe, da diese zusammen mit der aus demselben Anlass gewährten Versicherungsleistung die Aufwendungen nicht übersteigen darf (Beihilfebegrenzung). Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Pflagetagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen unberücksichtigt. Eine Unterversicherung führt hingegen zu Deckungslücken, so dass Sie Teile der entstandenen Aufwendungen selbst zu tragen haben. Dies kommt in Betracht, wenn sich Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder auf eins reduziert und der Versicherungsschutz nicht rechtzeitig angepasst wird.

Die Versicherten sind Vertragspartner der Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Physiotherapeuten) und haften daher für die Forderungen der Leistungserbringer. Bei der Einlösung der vom Arzt schriftlich verordneten Medikamente tritt der Versicherte regelmäßig in der Apotheke in Vorleistung.

Die entstandenen Aufwendungen sind von der beihilfeberechtigten Person im Rahmen der Kostenerstattung bei der Beihilfe und der PKV geltend zu machen.

Entscheiden Sie sich anstelle einer privaten Krankenteilversicherung für eine private Krankenvollversicherung (100 v.H.) kann auf unwiderruflichen Antrag pauschale Beihilfe gewährt werden. In diesem Fall sind die entstandenen Aufwendungen von der beihilfeberechtigten Person im Rahmen der Kostenerstattung nur bei der PKV geltend zu machen.

Wer sich bei Eintritt in den öffentlichen Dienst für die PKV entscheidet, ist an diese Entscheidung grundsätzlich dauerhaft gebunden. In nur ganz wenigen Ausnahmefällen ist eine Rückkehr in die GKV möglich. Mit der Entscheidung für die PKV sind gleichzeitig möglicherweise Auswirkungen für nach dem Beihilferecht berücksichtigungsfähige Angehörige (z.B. Ehefrau/Ehemann) im Fall einer Scheidung verbunden. Dieser Personenkreis ist ab Rechtskraft des Scheidungsurteils nicht mehr bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig, d.h. es besteht dann kein Anspruch mehr auf Beihilfe. Dies hat zur Folge, dass geschiedene Personen den weggefallenen Beihilfeanteil zusätzlich absichern müssen bzw. bei einer nunmehr erforderlichen privaten Krankenvoll- und Pflegeversicherung die Beiträge alleine zu tragen haben.

Die Wahl des Krankenversicherungsunternehmens bleibt der beihilfeberechtigten Person überlassen. Es empfiehlt sich jedoch Leistungen und Beiträge von verschiedenen Unternehmen zu prüfen. Spätere Wechselmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Versicherern können aufgrund der dann erneut anfallenden Gesundheitsprüfung und der nur bis zum Umfang des Basistarifs übertragbaren Altersrückstellungen mit einer deutlichen Prämienerrhöhung einhergehen.

Die PKV ermöglicht beihilfeberechtigten Personen und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen innerhalb von 6 Monaten nach Begründung des Beamtenverhältnisses einen erleichterten Zugang zu einer privaten Krankenversicherung. Dieser Zugang ist für Personen mit Vorerkrankungen interessant, die hohe Risikozuschläge erfordern würden. Menschen mit Behinderungen können auch davon betroffen sein. Für diese Öffnungsaktion gelten folgende Bedingungen:

- Anspruch auf Aufnahme in einen normale beihilfekonformen Krankheitskostentarif
- kein Aufnahmehöchstalter
- keine Leistungsausschlüsse
- Begrenzung eventueller Risikozuschläge auf höchstens 30 v.H. des tariflichen Betrages

Näheres zur Öffnungsaktion unter:

https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publicationen/Oeffnungsaktion_für_Beamtinnen_und_Beamte.pdf

Für weitergehende Auskünfte wenden Sie sich bitte an ein Unternehmen der PKV.

➔ **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**

Beihilfeberechtigte Personen, die vor Berufung in das Beamtenverhältnis in der GKV versichert waren, können im Beamtenverhältnis freiwillige Mitglieder der GKV bleiben. Eine Weiterversicherung als freiwilliges Mitglied in der GKV ist jedoch nur innerhalb von 3 Monaten möglich.

Auch die in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner können sich unabhängig von der Entscheidung des Beamten für eine freiwillige Fortsetzung ihrer Mitgliedschaft in der GKV entscheiden. Dies kann u.a. für Personen sinnvoll sein, die ihre versicherungspflichtige Beschäftigung z.B. wegen der Betreuung von Kindern oder der Pflege naher Angehöriger aufgeben oder unterbrechen, insbesondere im Hinblick auf die spätere Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Die gegenüber einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV beitragsbegünstigte KVdR verlangt u.a. die Erfüllung einer Vorversicherungszeit in der GKV (9/10 der zweiten Hälfte des Erwerbslebens). Zeiten, in denen Angehörige über die Beihilfe und privaten Krankenversicherungsschutz abgesichert waren, werden bei dieser Vorversi-

cherungszeit nicht berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund wird eine frühzeitige Beratung durch eine gesetzliche Krankenkasse vor dem Wechsel in die private Krankenversicherung empfohlen. Dies gilt insbesondere für die Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, die aller Voraussicht nach später erneut eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen.

Im Gegensatz zur PKV ist die GKV stets eine Vollversicherung. Die Höhe der Beiträge ist abhängig vom Einkommen. Grundsätzlich sind Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ohne eigenes Einkommen beitragsfrei mitversichert. Die GKV gewährt bei Behandlung mit Krankenschein bzw. Versichertenkarte Sach- und Dienstleistungen. Die Versicherten sind keine Vertragspartner der Leistungserbringer, daher haften sie auch nicht für deren Forderungen und müssen weder für Rechnungen noch Rezepte in Vorleistung treten. Soweit die GKV keine Leistungen bzw. nur Zuschüsse zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Kosten gewährt, besteht ein Anspruch auf ergänzende Beihilfe. Dies trifft beispielsweise auf Walleistungen im Krankenhaus und Leistungen für Heilpraktiker und Zahnersatz (soweit diese Leistungen für Beamte auf Widerruf nicht ausgeschlossen sind) zu. Die ergänzende Beihilfe erhalten Sie jedoch nur, wenn Sie sich für die individuelle Beihilfe entscheiden, mit der Folge, dass Sie die vollen Krankenversicherungsbeiträge alleine tragen.

Entscheiden Sie sich jedoch für die ab 1. Januar 2020 in Kraft getretene Möglichkeit der Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe (s.o.) i.V.m. der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV, entfällt die Gewährung der zuvor beschriebenen ergänzenden Beihilfe.

➔ **Versicherungsbeginn**

Es wird empfohlen, soweit noch nicht geschehen, unverzüglich die Aufnahme in eine entsprechende Krankenversicherung zu veranlassen, um finanzielle Nachteile (z.B. Ausschluss von Vorerkrankungen, Risikozuschläge) oder Kostenlücken (fehlende Versicherung) zu vermeiden.

➔ **Beantragung der Beihilfe**

Die individuelle Beihilfe ist mit einem speziellen Antragsformblatt unter Vorlage der Rechnungsbelege (Kopien) bei der zuständigen Beihilfestelle zu beantragen. Der „Antrag auf Beihilfe“ kann auf der Internetseite des Thüringer Landesamtes für Finanzen unter der Adresse www.tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe unter „Formulare“ heruntergeladen werden. Nur dann, wenn bereits mindestens ein Antrag auf Beihilfe (ausführlicher Antrag) in Papierform gestellt wurde und sich gegenüber dem ausführlichen Antrag auf Beihilfe keine Veränderungen ergeben haben und die Aufwendungen nicht im Zusammenhang mit einem Unfall stehen, kann Beihilfe auch mittels elektronischen Kurzantrag beantragt werden. Dazu müssen Sie sich ein Benutzerkonto im Serviceportal des Freistaats Thüringen anlegen. Näheres zum Anlegen des Benutzerkontos und zum Online-Kurzantrag finden Sie auch auf der o.g. Internetseite.

Das Formblatt zur Beantragung der pauschalen Beihilfe steht ebenfalls unter der angegebenen Adresse zur Verfügung.

➔ **Weitergehende Informationen**

Dieses Informationsblatt kann verständlicherweise nur einen sehr begrenzten Überblick über das Krankenfürsorgesystem der Beihilfe geben. Es ersetzt nicht das Studium der Verordnung, aus der sich Leistungsausschlüsse, -begrenzungen bzw. -einschränkungen und zu beachtende Formalitäten ergeben.

Der § 72 ThürBG und die ThürBhV sind unter der Adresse www.tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe einsehbar.

Für weitergehende Auskünfte wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Beihilfestelle.