

Allgemeine Informationen

Pauschale Beihilfe ab 01.02.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 12. Dezember 2023 hat der Niedersächsische Landtag das Gesetz zur Einführung einer pauschalen Beihilfe verabschiedet (Nds. GVBl. vom 19.12.2023, S. 296 f). Mit diesem Gesetz wurde § 80 a in das Niedersächsische Beamtenengesetz (NBG) eingefügt.

Mit dieser Änderung wird den Beihilfeberechtigten die Möglichkeit gegeben, anstelle des bewährten Systems aus Eigenvorsorge und Beihilfe die pauschale Beihilfe zu wählen und damit einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen zu erhalten. Voraussetzung ist, freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse zu sein oder eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen zu haben (d.h. mit einem 100 %-igen Tarif).

Die Wahl der pauschalen Beihilfe ist eine freiwillige Entscheidung. Mit der Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe verzichtet der Beihilfeberechtigte **unwiderruflich** auf eine aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe für sich selber und für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Es besteht dann ausschließlich ein Leistungsanspruch gegenüber der privaten bzw. gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausgenommen von dem Verzicht ist jedoch die Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen oder privaten Pflegeversicherung besteht. Zu diesen Aufwendungen wird weiterhin eine Beihilfe gewährt.

1. Anspruch auf pauschale Beihilfe

Anspruchsberechtigt sind Personen, die nach § 80 NBG beihilfeberechtigt sind. Dies sind Beamte und Versorgungsempfänger, inklusive Hinterbliebene, wenn und solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge oder Versorgungsbezüge erhalten. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge nur wegen der Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Elternzeit oder ein Urlaub unter Wegfall der Bezüge von längstens einem Monat lässt den Anspruch auf pauschale Beihilfe unberührt.

2. Antragsverfahren

Die Gewährung einer pauschalen Beihilfe erfolgt **nur auf Antrag** unter gleichzeitigem Verzicht des Beihilfeberechtigten auf Beihilfe nach § 80 NBG. Der Anspruch auf die pauschale Beihilfe entsteht mit Beginn des Monats, in welchem der Antrag gestellt und der Verzicht erklärt wurde, frühestens jedoch ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung.

Der Antrag ist unwiderruflich und bedarf der Schriftform. Die NVK hält hierfür einen Antragsvordruck – auch auf der Homepage – bereit. Der Antrag ist **innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr** bei der für die Festsetzung der Beihilfe zuständigen Stelle zu stellen. Für die von der NVK betreuten Beihilfeberechtigten ist dies also die NVK.

Die Frist beginnt:

- für die am 01.02.2024 vorhandenen Beihilfeberechtigten am 01.02.2024,
- für die am 01.02.2024 ohne Beihilfeberechtigung beurlaubten Beamten mit dem Wiederaufleben der Beihilfeberechtigung nach § 80 NBG,
- für die heilfürsorgeberechtigten Beamten nach § 114 NBG mit dem Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge.

Im Übrigen beginnt die Frist mit dem Tag der Entstehung einer neuen Beihilfeberechtigung nach § 80 Abs. 1 NBG infolge:

- der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses mit Ausnahme der Fälle des § 5 NBG,
- der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld, sofern nicht bereits ein eigener Beihilfeanspruch nach § 80 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 oder 2 NBG besteht, oder
- einer Versetzung von einem anderen Dienstherrn zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich des NBG.

Die pauschale Beihilfe wird zu einer freiwilligen gesetzlichen oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung gewährt. Bei einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ist Voraussetzung, dass das Versicherungsunternehmen die Versicherung nach § 257 Abs. 2a Satz 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) betreibt.

Dem Antrag auf pauschale Beihilfe ist der Nachweis einer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung für die beihilfeberechtigte Person in der freiwilligen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung beizufügen.

Für die nach § 80 NBG berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die eine private Krankheitskostenvollversicherung haben, ist ebenfalls ein Nachweis darüber vorzulegen, wenn der Höchstbetrag der pauschalen Beihilfe des Beihilfeberechtigten nicht erreicht wird und Beiträge des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zur Erreichung des Höchstbetrages berücksichtigt werden können. Kann der Nachweis bei Antragstellung nicht erbracht werden, so ist er spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung nachzureichen. Wird der Nachweis innerhalb dieser Frist nicht erbracht, so ist der Antrag abzulehnen.

3. Höhe des Zuschusses

Die Höhe des Zuschusses beträgt bei Anspruchsberechtigten, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, die Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrages der gesetzlichen Versicherung des Anspruchsberechtigten. Die Zuschusshöhe im Jahr 2024 beträgt maximal 421,76 € pro Monat. Das entspricht der Hälfte des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Krankenversicherung von 843,53 €. Krankenversicherungsbeiträge der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind damit abgegolten.

Bei Anspruchsberechtigten, die in einer privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind, beträgt die pauschale Beihilfe höchstens die Hälfte des Beitrages einer im Basistarif nach § 152 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versicherten Person. Der Zuschuss im Jahr 2024 wird maximal bis zum Betrag von 421,76 € monatlich gewährt.

Sofern die Hälfte des Versicherungsbeitrages des Anspruchsberechtigten zur Krankheitskostenvollversicherung geringer ist als der Höchstbetrag der pauschalen Beihilfe, kann eine Aufstockung bis zur Erreichung des Höchstbetrages durch die (anteiligen) Krankenversicherungsbeiträge einer privaten Krankheitskostenvollversicherung der berücksichtigungsfähigen Angehörigen erfolgen.

Änderungen in der Höhe des Krankenversicherungsbeitrages und Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die sich auf den Anspruch sowie die Höhe der pauschalen Beihilfe auswirken könnten, sind der Beihilfestelle unverzüglich mitzuteilen.

Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis in der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfanges wird die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

Auf die pauschale Beihilfe anzurechnen sind:

- Beiträge eines anderen Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung
- ein Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses sowie
- Beitragsrückerstattungen der Versicherung im Verhältnis der gewährten pauschalen Beihilfe zu den Krankenversicherungsbeiträgen.

Erstattungen von Krankenversicherungsbeiträgen während der Elternzeit werden nicht berücksichtigt.

Die genannten Zahlungen sind der Beihilfestelle unmittelbar und unverzüglich mitzuteilen. Sie werden auf den Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen angerechnet und mindern die Höhe der pauschalen Beihilfe. Sollten die Zahlungen anderer Stellen genauso hoch oder höher sein wie die zustehende pauschale Beihilfe, entfällt die Gewährung der pauschalen Beihilfe.

Beiträge zur Pflegeversicherung werden von der pauschalen Beihilfe **nicht abgedeckt**.

4. Auswirkungen der Entscheidung für die pauschale Beihilfe

Eine einmal getroffene Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich! Es besteht keine Möglichkeit zur aufwendungsbezogenen Beihilfe zurück zu kehren.

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe hat dauerhafte Auswirkungen für den Beihilfeberechtigten selbst, seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen und seine Hinterbliebenen, sofern sie nach seinem Tod beihilfeberechtigt sind. Im Falle des Todes des Beihilfeberechtigten haben auch Hinterbliebene ausschließlich Anspruch auf die pauschale Beihilfe, sofern sich der verstorbene Beihilfeberechtigte zu Lebzeiten für die pauschale Beihilfe entschieden hat.

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe wird auf die Beihilfe zu krankheitsbedingten Aufwendungen verzichtet.

Dieser Verzicht umfasst auch die sog. ergänzende Beihilfe. „Ergänzende Beihilfe“ wird geleistet, wenn dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung nicht oder nicht in voller Höhe abdeckt werden.

Aktuell gehören zu dieser „ergänzenden Beihilfe“ insbesondere folgende Leistungen, die über die pauschale Beihilfe nicht mehr gewährt werden können:

- Beihilfe zu Heilpraktikeraufwendungen
- Beihilfe bei Zahnersatzbehandlungen und implantologischen Leistungen
- Beihilfe bis zur Höhe der Höchstbeträge für Hörgeräte und Sehhilfen, wenn diese über den in der GKV geltenden Festbeträgen liegen.

5. Beamte auf Widerruf

Ein Beamtenverhältnis auf Widerruf endet kraft Gesetzes mit Bestehen oder endgültigem Nichtbestehen der Prüfung. Mit der Begründung eines neuen Beamtenverhältnisses im Anschluss an das Beamtenverhältnis auf Widerruf wird ein neuer Anspruch auf Beihilfe begründet, so dass erneut die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe getroffen werden kann.

6. Steuerrechtlicher Hinweis

Die Gewährung einer pauschalen Beihilfe ist unter den Voraussetzungen des § 3 Nr. 62 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerfrei. Die Beihilfestelle übermittelt zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres die Beträge, die in der Lohnsteuerbescheinigung zu erfassen sind, an den Dienstherren, zur Weitergabe an die zuständige bezügelnde Stelle.

Bei freiwilliger Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind keine besonderen Nachweise vorzulegen, damit die Steuerfreiheit Anwendung findet.

Wer die pauschale Beihilfe bezieht und eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen hat, muss unverzüglich nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres die zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Beihilfe nachweisen, in dem er eine Bescheinigung seines Versicherungsunternehmens über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge vorlegt.

Das Versicherungsunternehmen hat außerdem (mindestens alle drei Jahre) zu bestätigen, dass die Voraussetzungen vorliegen, die für Beitragszuschüsse an privat versicherte Beschäftigte gelten und in § 257 Abs. 2 a SGB V genannt sind. Ferner muss bestätigt werden, dass es sich bei den vertraglichen Leistungen um Leistungen im Sinne des SGB V handelt. Dies ergibt sich in der Regel bereits aus den Angaben in der jährlichen Bescheinigung über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge.

7. Allgemeines

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können daraus nicht abgeleitet werden.

Die Information steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrundeliegenden Sach- und Rechtslage, insbesondere, dass eine Beihilfeberechtigung nach dem in Niedersachsen geltenden Beihilferecht besteht.