

Information zur Pauschalen Beihilfe

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 der § 80 a in das Niedersächsische Beamtenengesetz (NBG) eingefügt.

Mit der Änderung im Beihilferecht 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 es, 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 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 Aufwendungen der Pflege wird weiterhin eine Beihilfe gewährt.

1. Anspruch auf pauschale Beihilfe

Anspruchsberechtigt sind Personen, die nach § 80 NBG beihilfeberechtigt sind. Hiernach anspruchsberechtigt sind Beamte und Versorgungsempfänger, wenn und solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Versorgungsbezüge erhalten. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge nur wegen der Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. 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 VKO hält hierfür einen Antragsvordruck bereit. Der Antrag ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr bei der für die Festsetzung der Beihilfe zuständigen Stelle – für die Beihilfeberechtigten der VKO also unmittelbar bei der VKO - zu stellen. 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,

Die Frist beginnt in nachfolgenden Fällen, in denen eine neue Beihilfeberechtigung nach § 80 Abs. 1 NBG beginnt, mit dem Tag der Entstehung der Beihilfeberechtigung:

- bei der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses mit Ausnahme der Fälle des § 5 NBG,
- bei 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
- bei 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 ist maximal 421,76 € pro Monat, im Jahr 2025 maximal 471,32€. Das entspricht der Hälfte des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Krankenversicherung von 843,53 € im Jahr 2024 und 942,64 € im Jahr 2025. Krankenversicherungsbeiträge der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind damit abgeegolten.

Bei Anspruchsberechtigten, die in einer privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind, beträgt die pauschale Beihilfe höchstens die Hälfte des Beitrages einer im Basisarif nach § 152 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versicherten Person. Der Zuschuss im Jahr 2024 wird maximal bis zum Betrag von 421,76 € monatlich gewährt, im Jahr 2025 bis zum Betrag von 471,32 € monatlich.

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 Krankenversicherungsumfangs 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 nicht von der pauschalen Beihilfe übernommen.

4. Auswirkungen der Entscheidung für die pauschale Beihilfe

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe hat dauerhafte Auswirkungen für den Beihilfeberechtigten selbst und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Im Falle des Todes des Beihilfeberechtigten erwerben die Hinterbliebenen mit dem erworbenen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgungsbezüge grundsätzlich eine eigene Beihilfeberechtigung und können bei Vorliegen der Voraussetzungen selbständig nach § 80 a NBG entscheiden, ob sie pauschale oder individuelle Beihilfe erhalten wollen.

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe wird auf die aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe in Krankheitsfällen verzichtet, lediglich zu Leistungen im Pflegefall wird weiterhin Beihilfe gewährt.

Unter „aufwendungsbezogener Beihilfe“ sind die konkreten, krankheitsbedingten Aufwendungen zu verstehen.

„Ergänzende Beihilfe“ wird geleistet, wenn ein Beihilfeberechtigter oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist und diese Krankenkasse dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen nicht oder nicht in voller Höhe abdeckt.

Als Beispiel für „ergänzende Beihilfe“ wird insbesondere auf folgende „individuelle“ Beihilfeleistungen hingewiesen: Beihilfe zu Heilpraktikeraufwendungen, Beihilfe bei Zahnersatzbehandlungen und implantologische Leistungen, Beihilfe bei über den in der GKV geltenden Festbeträgen liegende Höchstbeträge für Hörgeräte und Sehhilfen.

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

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 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 geltendem Beihilferecht besteht.