

Stand: 01.09.2025

Informationen zur pauschalen Beihilfe

Mit dem Gesetz zur Einführung einer pauschalen Beihilfe in Niedersachsen vom 12.12.2023 (Nds. GVBl. Nr. 25/2023 S. 296) wurde eine Alternative zur bisher bekannten aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfe geschaffen, die pauschale Beihilfe nach § 80 a NBG.

Diese Mitteilung dient der allgemeinen Information und begründet keine Rechtsansprüche. **Eine Beratung in steuer- und versicherungsrechtlichen Fragen durch die Festsetzungsstelle erfolgt nicht.** Auskünfte hierzu geben beispielsweise Krankenversicherungsunternehmen, Versicherungsmakler oder unabhängige Beratungsstellen. Diese können dabei auch die für diese Entscheidung maßgeblichen derzeitigen und beabsichtigten zukünftigen Lebensumstände berücksichtigen und Ihnen einen entsprechend angepassten Versicherungsschutz anbieten. Die Festsetzungsstelle erteilt ausschließlich Auskünfte in Zusammenhang mit der Antragsstellung.

Die wichtigsten Fragen zur Gesetzesänderung beantworten wir in unserem Fragen- und Antwortenkatalog:

1. Versicherungsrechtliche Stellung von Beamtinnen und Beamten

Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Beihilfe sind nicht versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 SGB V). 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 im niedersächsischen Landesdienst 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).

Mit der Einführung einer pauschalen Beihilfe wird keine neue oder weitere Wechselmöglichkeit in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung geschaffen.

Ob ein Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung im Einzelfall möglich ist, richtet sich nach bundesgesetzlichen Regelungen. Durch die Einführung einer pauschalen Beihilfe werden diese Regelungen nicht berührt. 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).

2. Was sind die Unterschiede zwischen individueller Beihilfe und pauschaler Beihilfe?

Im Rahmen der aufwendungsbezogenen und ergänzenden (sog. individuellen) Beihilfe nach § 80 NBG beantragen zum Beispiel privat versicherte beihilfeberechtigte Personen die Erstattung der von ihnen verauslagten Rechnungsbeträge sowohl bei der Festsetzungsstelle als auch bei der privaten Krankenversicherung. Sie erhalten keinen Zuschuss zu ihrer privaten Krankenversicherung, sondern eine nach den tatsächlich entstandenen Aufwendungen ermittelte Beihilfezahlung.

Die pauschale Beihilfe ist eine Alternative zur individuellen Beihilfe. Vom Dienstherrn wird dann ein monatlicher Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag einer freiwillig gesetzlichen oder privaten Krankheitskostenvollversicherung (Versicherungsumfang 100 %), nicht jedoch zum Pflegeversicherungsbeitrag gezahlt. Ergänzende individuelle Beihilfe wie bisher wird neben der pauschalen Beihilfe nicht gewährt, so dass keine Rechnungen und Rezepte mit der Wahl der pauschalen Beihilfe mehr zur Erstattung bei der Festsetzungsstelle eingereicht werden können.

Bei dem Modell der individuellen Beihilfe erhöht sich der Beihilfebemessungssatz ab dem Datum des Ruhestandsbeginns von 50 auf 70 Prozent. Deshalb ist nur noch eine Krankenteilkostenversicherung von 30 Prozent erforderlich. Eine solche Erhöhung des Zuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag erfolgt bei der pauschalen Beihilfe nicht, so dass der Zuschuss in der bisherigen Höhe weitergewährt wird.

Aufwendungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen oder privaten Pflegeversicherung besteht, sind von der pauschalen Beihilfe nicht umfasst. Hier bleibt es bei der Gewährung der individuellen Beihilfe für Pflegeaufwendungen. Diese kann bei Feststellung eines Pflegegrades neben der monatlichen pauschalen Beihilfe für die gesetzliche oder private Krankheitskostenvollversicherung in Anspruch genommen werden.

3. Welche Kombinationen der individuellen Beihilfe mit einer Krankenversicherung gab es bisher bzw. gibt es weiterhin?

Bisher bestanden und bestehen weiterhin folgende Kombinationsmöglichkeiten:

- beihilfekonforme private Kranken(teil)versicherung und ergänzende individuelle Beihilfe
- freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkostenvollversicherung) und ergänzende individuelle Beihilfe, beschränkt auf Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres
- private Krankenkostenvollversicherung (d. h. Versicherungsumfang 100%) und ggf. ergänzende individuelle Beihilfe für nicht von der privaten Krankenversicherung erstattete Aufwendungen

Bei den o. g. Kombinationen hat sich der Dienstherr bisher nicht an den Beiträgen zu einer Krankenversicherung beteiligt. Die Frage, welche der genannten Kombinationen im Einzelfall vorteilhafter ist, sollten Sie mit der privaten Krankenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkasse klären.

4. Welche neuen Kombinationen ergeben sich durch die pauschale Beihilfe?

Ab dem 01.02.2024 können Beihilfeberechtigte auf schriftlichen Antrag an Stelle der individuellen Beihilfe, auf die unwiderruflich zu verzichten ist, grundsätzlich die Hälfte der Kosten für eine Krankenkostenvollversicherung als pauschale Beihilfe erhalten.

Die pauschale Beihilfe wird beihilfeberechtigten Personen sowohl bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch bei einer privaten Krankenkostenvollversicherung gewährt, so dass neben den o. g. Kombinationen folgende zusätzliche Kombinationsmöglichkeiten entstehen:

- freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und pauschale Beihilfe ohne Anspruch auf ergänzende individuelle Beihilfe
- private Krankenkostenvollversicherung und pauschale Beihilfe ohne Anspruch auf ergänzende individuelle Beihilfe.

Die Frage, welche der genannten Kombinationen im Einzelfall für Sie vorteilhafter ist, klären Sie bitte mit der privaten Krankenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkasse oder kontaktieren hierfür Versicherungsmakler oder unabhängige Beratungsstellen.

5. Wer kann die pauschale Beihilfe beantragen?

Grundsätzlich können alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes beihilfeberechtigten Personen des Landes Niedersachsen eine pauschale Beihilfe beantragen.

Beihilfeberechtigte Personen sind

- Beamtinnen und Beamte, entpflichtete Hochschullehrerinnen und -lehrer,
- Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
- Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie
- Waisen,

wenn und solange diese Personen Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Unterhaltsbeihilfe, Entpflichtetenbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld, Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld erhalten.

6. Für welche weiteren Personen wird eine pauschale Beihilfe gewährt?

- berücksichtigungsfähige Kinder, für die Beamtinnen und Beamte den Familienzuschlag erhalten
- Ehegattinnen und Ehegatten und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Beamtinnen und Beamten werden bei der Bemessung der Höhe der pauschalen Beihilfe nur berücksichtigt, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) oder ihrer vergleichbaren ausländischen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 22.000 Euro (§ 80 Abs. 3 S. 2 NBG) nicht überstiegen hat. Bei erstmaligem Rentenbezug nach dem 01.04.2009 ist hinsichtlich des Rentenbezugs der Bruttorentenbetrag maßgeblich.

7. Wer kann die pauschale Beihilfe nicht beantragen?

- Heilfürsorgeberechtigte Beamtinnen und Beamte für die Zeit ihres Anspruchs auf Heilfürsorge, auch nicht für berücksichtigungsfähige Angehörige,
- beurlaubte Personen ohne Beihilfeberechtigung für die Dauer der Beurlaubung,

8. Wie kann die pauschale Beihilfe beantragt werden?

Die Gewährung einer pauschalen Beihilfe erfolgt nur auf schriftlichen Antrag. Das NLBV stellt hierfür den **Vordruck 2201 zur Verfügung**. Den Vordruck erhalten Sie auf unserer Internetseite unter www.nlbv.niedersachsen.de/beihilfe_heilfursorge/ oder auf telefonische Nachfrage bei unserer Servicehotline zur pauschalen Beihilfe unter 04941 13 5000. Die Servicehotline erteilt ausschließlich Auskünfte in Zusammenhang mit der Antragsstellung.

Ein Antrag auf pauschale Beihilfe ist nur für die Zukunft möglich und kann nicht für zurückliegende Zeiträume gestellt werden. Der Anspruch auf die pauschale Beihilfe entsteht mit Beginn des Monats, in welchem der Antrag gestellt **und** der Verzicht auf individuelle Beihilfe erklärt wurde, jedoch frühestens ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung.

Bei der Festsetzungsstelle sind der Erstantrag zu stellen sowie alle Änderungen und Anpassungen schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Für die Mitteilung von Änderungen und Anpassungen ist stets der Änderungsantrag mit **Vordrucksnummer 2202** zu verwenden. Den Vordruck erhalten Sie auf unserer Internetseite unter www.nlbv.niedersachsen.de/beihilfe_heilfursorge/ oder auf telefonische Nachfrage bei unserer Servicehotline zur pauschalen Beihilfe unter 04941 13 5000.

9. Welche Unterlagen sind für eine Antragstellung erforderlich?

Dem ausgefüllten Antragsvordruck 2201 ist der Nachweis einer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung (Versicherungsumfang 100 Prozent) für die beihilfeberechtigte Person in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder in der privaten Krankenversicherung (ggf. auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen) beizufügen. Bei privater Krankenversicherung ist zusätzlich die Bescheinigung nach § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V beizufügen.

Sofern der Nachweis zur Krankheitskostenvollversicherung zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht erbracht werden kann, ist er spätestens innerhalb von sechs Monaten nach der Antragstellung nachzureichen. Wird der Nachweis nicht oder nicht fristgerecht erbracht, wird der Antrag auf pauschale Beihilfe abgelehnt. Wird der Nachweis innerhalb der sechs Monate erbracht, erfolgt die nachträgliche Auszahlung der pauschalen Beihilfe für die zurückliegenden Monate, da der Anspruch auf die pauschale Beihilfe mit Beginn des Monats entsteht, in welchem der Antrag gestellt und der Verzicht erklärt wurde, jedoch frühestens ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung. Alle weiteren erforderlichen Nachweise ergeben sich aus dem Antragsvordruck 2201.

Im Falle ausländischer Krankenkostenvollversicherungen sind im Rahmen der Antragstellung oder im Falle von Veränderungsmitteilungen zudem ins Deutsche übersetzte Versionen der beigelegten Anhänge beizulegen.

10. Welche Fristen gelten für die Beantragung / den Wechsel in die pauschale Beihilfe?

Der Antrag auf pauschale Beihilfe ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr bei der Festsetzungsstelle zu stellen. Auch der Verzicht auf aufwendungsbezogene Beihilfe ist innerhalb dieser Frist zu erklären. Diese Entscheidung ist unwiderruflich.

Die Frist beginnt

1. für die am 01.02.2024 vorhandenen beihilfeberechtigten Personen nach § 80 Abs. 1 NBG am 01.02.2024, Fristende für diese Personengruppe ist der 31.01.2025,
2. für die am 01.02.2024 ohne Beihilfeberechtigung beurlaubten Beamtinnen und Beamten mit dem Wiederaufleben der Beihilfeberechtigung nach § 80 Abs. 1 NBG,
3. für die heilfürsorgeberechtigten Beamtinnen und Beamten nach § 114 NBG mit Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge,
4. im Übrigen mit dem Tag der Entstehung einer neuen Beihilfeberechtigung nach § 80 Abs. 1 NBG infolge
 - a) der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses mit Ausnahme der Fälle des § 5 NBG,

Beispiele:

Eine Beamtin oder ein Beamter auf Widerruf wird zur Beamtin oder zum Beamten auf Probe. Es erfolgt eine Entlassung kraft Gesetzes und das Beamtenverhältnis auf Probe wird neu begründet. Es entsteht eine neue Beihilfeberechtigung und somit ein neues Wahlrecht.

Eine Beamtin oder ein Beamter auf Probe wird Beamtin oder Beamter auf Lebenszeit. Das Beamtenverhältnis wird umgewandelt und es entsteht keine neue Beihilfeberechtigung und damit kein neues Wahlrecht.

Eine Beamtin oder ein Beamter kehrt nach Wiederherstellung ihrer oder seiner Dienstfähigkeit in den Dienst zurück. Das frühere Beamtenverhältnis gilt als fortgesetzt, sodass keine neue Beihilfeberechtigung und somit keine neue Wahlmöglichkeit entsteht.

Eine Beamtin oder ein Beamter tritt in den Ruhestand ein. Das Beamtenverhältnis endet und es entsteht ein Ruhestandsbeamtenverhältnis, aber keine neue Beihilfeberechtigung und somit kein neues Wahlrecht.

- b) der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld, sofern nicht bereits ein eigener Beihilfeanspruch besteht oder
- c) der Versetzung von einem anderen Dienstherrn zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich des NBG.

Die Ausschlussfrist beginnt von Gesetzes wegen mit Beginn der – ggf. neuen – Berechtigung zur Antragstellung und nicht erst mit Zugang dieser oder einer anderen Information zu diesem Thema.

11. Kann die Entscheidung für eine pauschale Beihilfe wieder rückgängig gemacht werden?

Nein, die Entscheidung für eine pauschale Beihilfe ist unwiderruflich. Ein Anspruch auf individuelle Beihilfe besteht dann nicht mehr.

Der Verzicht auf die individuelle Beihilfe gilt nicht nur für die aktive Dienstzeit, sondern auch für die Zeit des Ruhestands; er gilt auch für die (ggf. künftigen) berücksichtigungsfähigen Angehörigen wie zum Beispiel Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und Kinder. Für diese Angehörigen kann ebenfalls keine individuelle Beihilfe mehr geleistet werden.

12. Welche Auswirkungen hat die Entscheidung für die pauschale Beihilfe auf berücksichtigungsfähige Angehörige beim Tod der beihilfeberechtigten Person?

Im Falle des Todes der beihilfeberechtigten Person haben berücksichtigungsfähige Angehörige als Witwen, Witwer oder Waisen grundsätzlich Anspruch auf Witwen-/Witwer- oder Waisengeld und damit (erstmalig) eine eigene Beihilfeberechtigung. Damit können privat versicherte oder freiwillig gesetzlich versicherte Witwen, Witwer oder Waisen selbständig nach § 80 a Abs. 1 NBG entscheiden, ob sie pauschale oder individuelle Beihilfe erhalten wollen, auch wenn sie zuvor als berücksichtigungsfähige Angehörige in der pauschalen Beihilfe berücksichtigt wurden.

13. Wie hoch ist die pauschale Beihilfe?

Die Höhe der pauschalen Beihilfe beträgt bei

- freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen die Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person. Die Kosten dieser Versicherung bemessen sich nach dem allgemeinen Beitragssatz und nach dem ggf. anfallenden kassenindividuellen Zusatzbeitrag.
- vollständig privat krankenversicherten Personen höchstens die Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags begrenzt auf die Hälfte des Beitrags einer im Basistarif nach § 152 Abs. 3 Versicherungsaufsichtsgesetz versicherten Person. Über die Leistungen im Normaltarif hinausgehende Versicherungen, wie etwa Beihilfeergänzungstarife, Zusatztarife, Krankengeld-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherungen werden bei der pauschalen Beihilfe nicht berücksichtigt.
- in der gesetzlichen Pflichtversicherung versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags. Der nachgewiesene Krankenversicherungsbeitrag mindert sich um Beitragsanteile von Arbeitgebern oder Sozialversicherungsträgern.

Die pauschale Beihilfe wird für die beihilfeberechtigte Person und jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen einzeln berechnet und anschließend addiert.

Beispiel:

Beihilfeberechtigter mit mtl. 4.200,- Euro Bruttobezügen	
KV-Beitrag bei 14% ermäßigter Beitragssatz zzgl. 1,4% Zusatzbeitrag:	646,80 Euro
Berücksichtigungsfähige Angehörige mit 1.100,- Euro mtl. Einkommen	
KV-Beitrag bei 14,6% allgemeiner Beitragssatz zzgl. 1,4% Zusatzbeitrag:	176,00 Euro
Gemindert um Arbeitgeberanteil (8%)	88,00 Euro
Insgesamt	<u>734,80 Euro</u>

Pauschale Beihilfe (50 %)**367,40 Euro**

Die pauschale Beihilfe zählt bei der Berechnung der Beiträge einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung zudem nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Die pauschale Beihilfe ist im Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtlicher Bewertung nach § 240 SGB des GKV Spitzenverbandes als beitragsfrei geführt.

14. Ich erhalte von einem anderen Arbeitgeber einen Zuschuss zur Krankenversicherung. Wird dieser Zuschuss bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe berücksichtigt?

Ja, bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe werden berücksichtigt:

- Beiträge eines anderen Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung,
- ein Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses. Hiervon ausgenommen sind Erstattungen von Krankenversicherungsbeiträgen während der Elternzeit.
- Beitragsrückerstattungen der Versicherung im Verhältnis der gewährten pauschalen Beihilfe zu den Krankenversicherungsbeiträgen. Beitragsrückerstattungen sind der Festsetzungsstelle unaufgefordert mitzuteilen und ebenfalls anzurechnen.

Die Höhe der genannten Zahlungen ist der Festsetzungsstelle unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Das NLBV stellt für die Mitteilung von Änderungen und Anpassungen den Änderungsantrag mit Vordrucknummer 2202 zur Verfügung. Den Vordruck erhalten Sie auf unserer Internetseite unter www.nlbv.niedersachsen.de/beihilfe_heilfuersorge/ oder auf telefonische Nachfrage bei unserer Servicehotline zur pauschalen Beihilfe unter 04941 13 5000.

Verringert sich durch die mitgeteilten Zahlungen rückwirkend die Höhe der pauschalen Beihilfe, so wird die zurückzuzahlende pauschale Beihilfe, soweit möglich, mit den laufenden Zahlungen der pauschalen Beihilfe verrechnet.

15. An wen wird die pauschale Beihilfe gezahlt?

Die pauschale Beihilfe wird monatlich mit den Bezügen an die beihilfeberechtigte Person gezahlt. Es erfolgt keine Auszahlung der pauschalen Beihilfe in bar und keine Zahlung an eine Krankenversicherung.

16. Welche Beihilfeleistungen können trotz Wahl der pauschalen Beihilfe weiterhin in Anspruch genommen werden?

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe kann darüber hinaus ausschließlich individuelle Beihilfe zu Aufwendungen für die Pflege gewährt werden.

17. Welche Beihilfeleistungen werden nicht mehr erstattet, wenn die pauschale Beihilfe gewährt wird?

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe wird auf alle individuellen Beihilfeleistungen nach der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) – mit Ausnahme der Aufwendungen im Pflegefall – verzichtet. Dies gilt auch für entsprechende Leistungsausschlüsse privater Krankenversicherungen.

Dies sind zum Beispiel Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen
- zahnärztliche Leistungen
- implantologische Leistungen
- heilpraktische Leistungen
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Hilfsmittel wie zum Beispiel Hörgeräte, Sehhilfen usw.

18. Können trotz pauschaler Beihilfe in Ausnahmefällen Aufwendungen als Härtefall erstattet werden?

In sehr seltenen, atypischen Härtefällen kommt für einzelne Leistungen ein über die pauschale Beihilfe hinausgehender Anspruch auf individuelle Beihilfe als besondere Fürsorgeleistung des Dienstherrn in Betracht.

Folgende Voraussetzungen müssen für eine Anerkennung als Härtefall erfüllt sein:

- es muss sich um dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen handeln, die die entsprechenden Voraussetzungen für die Gewährung einer Beihilfe erfüllen,
- eine – auch anteilige – Leistung der Krankheitskostenvollversicherung zu den Aufwendungen ist trotz form- und fristgerechter Beantragung nicht zu erlangen, hierüber ist ein ausreichender Nachweis zu führen,
- die Aufwendungen hätten auch nicht über eine entsprechende und zumutbare Zusatzversicherung versichert werden können und
- die fraglichen Aufwendungen waren unbedingt notwendig und die Ablehnung einer Beihilfe nach § 80 NBG würde unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht des Dienstherrn zu einer unzumutbaren Härte führen.

Ein besonderer Härtefall liegt nicht schon deshalb vor, weil die Leistung nicht oder nicht vollständig vom Leistungskatalog der Krankheitskostenvollversicherung umfasst ist. Der Grund für die besondere Härte muss sich aus weiteren Umständen erschließen.

Über einen Härtefallantrag entscheidet die Festsetzungsstelle für Landesbeamtinnen und Landesbeamte im Einvernehmen mit dem Finanzministerium.

19. Was passiert bei einem Wechsel der Krankenversicherung?

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung - sofern sozialversicherungsrechtlich zulässig - zum Beispiel von einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung in eine private Krankenversicherung oder umgekehrt, oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs bleibt eine - frühere - Entscheidung für die pauschale Beihilfe weiterhin bindend.

Die Pauschale wird höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt. Ausnahmen gelten bei einer Begründung eines neuen Beamtenverhältnisses (z. B. bei Beamtinnen oder Beamten auf Widerruf).

20. Welche Folgen ergeben sich bei einem Wechsel zu einem anderen Dienstherrn?

Bei einem Wechsel zu einem anderen Dienstherrn gilt das dortige Beihilferecht. Eine Fortzahlung der pauschalen Beihilfe durch das NLBV erfolgt nicht.

21. Welche Änderungen sind der Festsetzungsstelle zur Berechnung der pauschalen Beihilfe mitzuteilen?

Änderungen in

- der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags und / oder
- den persönlichen Verhältnissen (zum Beispiel Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens, Änderung des Krankenversicherungsumfangs, Veränderungen zum Familienstand, Wegfall eines berücksichtigungsfähigen Kindes im Familienzuschlag) und / oder
- Beitragsrückerstattungen der Krankenkassen und Krankenversicherungen,

die sich auf den Anspruch sowie die Höhe der pauschalen Beihilfe auswirken können, sind der Festsetzungsstelle unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen, da sie in der Regel rückwirkend zu einer Änderung der Belastung durch Krankenversicherungsbeiträge führen. In der Folge kann es zur (teilweisen) Rückforderung der bis dahin gezahlten pauschalen Beihilfe kommen. **Für die Mitteilung von Änderungen und Anpassungen ist stets der Änderungsantrag mit Vordrucknummer 2202 zu verwenden.** Den Vordruck erhalten Sie auf unserer Internetseite unter www.nlbv.niedersachsen.de/beihilfe_heilfuersorge/ oder auf telefonische Nachfrage bei unserer Servicehotline zur pauschalen Beihilfe unter 04941 13 5000. Sie können den Änderungsantrag auch per E-Mail an Aenderungen-Pauschale-Beihilfe@nlbv.niedersachsen.de übersenden. Bitte füllen Sie hierzu den Änderungsantrag 2202 aus, unterschreiben ihn handschriftlich und fügen Ihrer E-Mail die entsprechenden Nachweise als Scan oder Fotografie bei.

Aus Änderungen resultierende Überzahlungen werden, soweit möglich, mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe verrechnet.

Im Falle ausländischer Krankenkostenvollversicherungen sind im Falle von Veränderungsmitteilungen ins Deutsche übersetzte Versionen beizufügen.

22. Ist die pauschale Beihilfe steuerfrei?

Die pauschale Beihilfe ist nach § 3 Nr. 62 EStG steuerfrei. In Höhe der pauschalen Beihilfe ist jedoch ein steuerlicher Abzug der Krankenversicherungsbeiträge als Sonderausgaben ausgeschlossen.

23. Wird die pauschale Beihilfe auf der Lohnsteuerbescheinigung ausgewiesen?

Die ausgezahlte pauschale Beihilfe wird unter Nummer 24 a) (gesetzliche Krankenversicherung) bzw. Nummer 24 b) (private Krankenversicherung) der Lohnsteuerbescheinigung ausgewiesen.

Ihr Niedersächsisches Landesamt für Bezüge und Versorgung