Stand: 01.12.2025

Informationsblatt zur Beihilfegewährung für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger

Die Beihilfegewährung richtet sich in Niedersachsen nach § 80 Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG) und der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO).
An Stelle einer individuellen Beihilfe nach § 80 Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG) kann ein Anspruch auf pauschale Beihilfe bestehen. Mit der pauschalen Beihilfe wird vom Dienstherrn ein monatlicher Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag einer freiwilligen gesetzlichen oder privaten Krankheitskostenvollversicherung, nicht jedoch zum Pflegeversicherungsbeitrag gezahlt. Ein unwiderruflicher Antrag auf pauschale Beihilfe kann unter den Voraussetzungen des § 80 a NBG gestellt werden. Weitere **Informationen zur pauschalen Beihilfe** erhalten Sie unter www.nlbv.niedersachsen.de/beihilfe_heilfürsorge/ oder unter der Servicerufnummer 04941 135000.

Dieses Infoblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über beihilferechtliche Bestimmungen und das Abrechnungsverfahren **der individuellen Beihilfe**. Weitere Informationsblätter und Antragsformulare finden Sie auf der Internetseite **www.nlbv.niedersachsen.de**. Dort steht auch ein umfangreiches Allgemeines Informationsblatt über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Vordruck 2719) zur Verfügung.
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten. Im Zweifel setzen Sie sich bitte mit Ihrer Beihilfefestsetzungsstelle in Verbindung.

1. **Rechtsgrundlagen**
   Die Beihilfegewährung richtet sich in Niedersachsen nach § 80 Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG) und der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO).

2. **Umfang**
   Die Beihilfe bemisst sich nach einem personenbezogenen Prozentsatz. Dieser **Bemessungssatz (BMS)** beträgt für **Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger 70 Prozent.**

   Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzl. Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent. **Dies gilt nicht**, wenn ein **Zuschuss, ein Arbeitgeberanteil oder eine andere Geldleistung von mindestens 21 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag** gewährt wird oder die Krankenkasse weder eine Sachleistung erbracht noch eine Erstattung geleistet hat.

   Bei der Festsetzung der Beihilfe werden nur „beihilfefähige“ Aufwendungen berücksichtigt. So sind z. B. Aufwendungen für **Wahlleistungen** (Ein-/Zweibettzimmer, Wahlarztbehandlung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung) nicht beihilfefähig.

3. **Krankenversicherung**
   Seit 2009 besteht eine generelle Krankenversicherungspflicht, aus der sich die Pflicht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zum Abschluss einer ergänzenden bzw. beihilfekonformen Krankenversicherung ergibt. Bitte passen Sie Ihre private Versicherung entsprechend an. Der Abschluss eines nicht beihilfekonformen Versicherungstarifes (Überversicherung) führt in der Regel zu Kürzungen der Beihilfe, da diese zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Versicherungsleistungen die beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen darf.
   Anstelle der privaten Krankenversicherung können Sie auch freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert bleiben. Zu den Bedingungen erkundigen Sie sich bei der gesetzlichen Krankenkasse. Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung ist die gesetzliche Krankenversicherung eine Vollversicherung, die grundsätzlich alle entstehenden Kosten im Rahmen sogenannter Sach- und Dienstleistungen deckt. Darüber hinaus ist die Gewährung von Beihilfeleistungen nur unter bestimmten Voraussetzungen eingeschränkt möglich.

4. Antragstellung

Die Beihilfe ist mit den offiziellen schriftlichen Formularen zu beantragen. Antragsformulare erhalten Sie bei den Zentralen Informations- und Beratungsstellen (ZIB) in den Standorten der NLBV.
Sie finden den **Beihilfeantrag** (Vordr. S001 A), das Ergänzungsblatt (31 - 07.23) und weitere Informationsblätter auch auf der Internetseite **www.nlbv.niedersachsen.de**. Beim Erstantrag und bei allen beihilferechtlich relevanten Änderungen ist das Ergänzungsblatt zum Beihilfeantrag beizufügen.

Ihren Krankenversicherungsstatus weisen Sie bitte (beim Erstantrag und bei jeder Änderung des Versicherungsumfangs) durch eine **aktuelle Versicherungsbescheinigung** nach. Sofern Sie Beihilfe für Versicherte in einer gesetzlichen Krankenkasse beantragen (für sich selbst oder eine berücksichtigungsfähige Person) ist stets - bei jedem Antrag, für jeden Beleg - ein Erstattungsnachweis der Krankenkasse beizubringen.

Die krankheits- bzw. pflegebedingten Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die Zweitschriften oder Kopien der Belege sind dem Beihilfeantrag beizufügen. Aus den Belegen müssen Grund und Höhe der Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich und für die Beihilfefestsetzungsstelle nachprüfbar sein.
Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen **insgesamt mehr als 100,00 €** betragen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstünde.
Auf die **Ausschlussfrist von einem Jahr** wird ausdrücklich hingewiesen. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen innerhalb eines Jahres, nachdem sie entstanden sind (Ausstellungsdatum der Rechnung, Kaufdatum des Medikaments oder Hilfsmittels), geltend gemacht werden. Maßgebend ist der Antragseingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle (Eingangsstempel der Poststelle). Eine Beihilfe ist auch dann innerhalb der Ausschlussfrist von einem Jahr zu beantragen, wenn wegen der Aufwendungen ein privatrechtliches Streitverfahren anhängig ist (zur Fristwahrung). Hierauf ist bei der Antragstellung hinzuweisen.
Bitte schicken Sie Ihren Beihilfeantrag, das Ergänzungsblatt, Ihre Versicherungsbescheinigung und die Zweitschriften/Kopien der Rechnungsbelege an das Beihilfe Scan Center.

Kontaktdaten:		
Niedersächsisches Landesamt für Bezüge und Versorgung **Beihilfe Scan Center** **Postfach 91 12 18** **30432 Hannover**	**www.nlbv.niedersachsen.de**	
	Telefonzentrale (Vermittlung von Ansprechpartner):	**(04941) 13 - 0**
	Telefon ZIB (Information und Beratung):	**(04941) 13 - 2700**

Bitte achten Sie darauf, dass die Beihilfeformulare vollständig ausgefüllt sind. Beachten Sie auch die Formularhinweise. Neben der Versendung mit der „gelben“ Post oder einem privaten Anbieter ist die Versendung per Dienstpost auf den vom Land genutzten Kurierwegen möglich. Das Frankieren der Beihilfepost über die Dienststellen ist unzulässig. Der Antragsweg per Dienstpost dauert in der Regel etwas länger als der Weg über die „gelbe“ Post. Erkundigen Sie sich hierzu ggf. bei Ihrer Dienststelle.
Die Übersendung von Unterlagen ohne einen Beihilfeantrag (z.B. Widersprüche, Vordrucke, Voranerkennungsverfahren) erfolgt weiterhin an das NLBV in Aurich über das Postfach 1570 in 26585 Aurich.

5. Antragsbearbeitung

Ihr Beihilfeantrag wird schnellstmöglich bearbeitet. Sie erhalten von uns einen Beihilfebescheid. In diesem Bescheid werden die einzelnen Rechnungsbelege mit der festgesetzten Beihilfe und etwaigen Begründungen bzw. Hinweisen aufgelistet. Die festgesetzte Beihilfe wird auf Ihr Bezügekonto überwiesen. Dem Beihilfebescheid liegt ein im Kopfbogen vorausgefüllter Beihilfeantrag für Ihre nächste Beantragung bei. In Zukunft wird auf die Rücksendung Ihrer Rechnungsbelege verzichtet werden. Bitte machen Sie sich Kopien der Rechnungsbelege für Ihre Unterlagen, sofern Sie diese noch benötigen.
Bitte überprüfen Sie den Bescheid. Auf etwaige Fehler im Bescheid weisen Sie uns bitte hin (**Anzeigepflicht!**).

6. Voranerkennungsverfahren

Aufwendungen für folgende Behandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit vorab durch die Beihilfefestsetzungsstelle anerkannt wurden: ▪ kieferorthopädische Leistungen ▪ psychotherapeutische Behandlungen ▪ Rehabilitationsmaßnahmen (stationäre Reha, Reha für Mütter/Väter, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Reha) ▪ ambulante medizinische Vorsorgeleistungen in einem Kurort ▪ stationäre medizinische Vorsorgeleistungen ▪ Suchtbehandlungen ▪ Aufwendungen einer künstliche Befruchtung ▪ Aufwendungen von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union ▪ in besonderen Ausnahmefällen Fahrtkosten zu ambulanten Krankenbehandlungen

7. Vollmacht

Für den Fall, dass Sie als beihilfeberechtigte Person nicht oder nicht mehr in der Lage sind, selbst einen Beihilfeantrag zu stellen, kann unter Vorlage einer Vollmacht (Vordr. 2128) eine andere Person den Beihilfeantrag für Sie stellen.

Für weitere Erläuterungen steht Ihnen Ihre Beihilfefestsetzungsstelle - auch telefonisch - gern zur Verfügung.