



Stand: 04/2026

FAQ

Pauschale Beihilfe (§ 80a LBG M-V)

A. Ausgangslage

Mit dem Gesetz zur Änderung des Landesbeamtengesetzes, des Landesdisziplinargesetzes und des Landesbesoldungsgesetzes wurde zum 01.05.2026 der § 80a Landesbeamtengesetz (LBG M-V) und damit die **pauschale Beihilfe als neue Form der Beihilfe** eingeführt (GVOBl. M-V S. 102).

Damit können sich **freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenvollversicherung (100 %) versicherte Beihilfeberechtigte** ab dem 01.05.2026 für die pauschale Beihilfe anstelle der bisher individuellen Beihilfe entscheiden.

Über die Besonderheiten wird in den nachfolgenden Punkten informiert. Diese Hinweise dienen der allgemeinen Information und begründen keine Rechtsansprüche. Eine Beratung in steuer- und versicherungsrechtlichen Fragen erfolgt nicht! Hierzu wenden Sie sich bitte beispielsweise an die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen oder einen Versicherungsmakler.

B. Anspruch und Grundlagen der Beihilfe

1. Wer ist beihilfeberechtigt und wer kann pauschale Beihilfe beantragen?

Beihilfeberechtigte sind nach § 80 Abs.1 LBG M-V alle

- Beamtinnen und Beamte (auch während Elternzeit oder bestimmter Freistellungen ohne Bezüge),
- Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger (z.B. Ruhestandsbeamtinnen und -beamte sowie Hinterbliebene wie Witwen, Witwer und Waisen),
- frühere Beamtinnen und Beamte für den Zeitraum, in dem sie einen Unterhaltsbeitrag oder Übergangsgeld nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz beziehen,
- frühere Beamtinnen und Beamte auf Zeit für den Zeitraum, in dem sie Übergangsgeld nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz beziehen.

Entsprechendes gilt auch für Richterinnen und Richter.

Der Anspruch besteht auch dann, wenn zwar ein grundsätzlicher Anspruch auf Bezüge besteht, diese aber aufgrund gesetzlicher Regelungen (z. B. Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften) ganz oder teilweise nicht ausgezahlt werden.

Die pauschale Beihilfe kann beantragt werden, wenn man sich statt der individuellen Beihilfe für einen Zuschuss zur Krankenversicherung entscheidet und die weiteren Voraussetzungen erfüllt.

2. Für welche weiteren Personen (z. B. Angehörige) wird pauschale Beihilfe gewährt?

Angehörige haben keinen eigenen Anspruch auf Beihilfe. Allerdings haben Beihilfeberechtigte unter Berücksichtigung der Voraussetzungen nach § 80 Abs. 2 LBG M-V Anspruch auf Beihilfe hinsichtlich der notwendigen Aufwendungen ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Für Angehörige besteht daher ein abgeleiteter Anspruch. Hierzu gehören zum einen Kinder, wenn sie im Familienzuschlag der Beihilfeberechtigten berücksichtigt werden und zum anderen Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, wenn diese Gesamteinkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EstG) von nicht mehr als 22.648 € (Wert für 2026) haben, und zwar in dem zweiten Kalenderjahr vor dem laufenden Jahr.

Die einmalig getroffene Entscheidung der oder des Beihilfeberechtigten für die pauschale Beihilfe wirkt gemäß § 80a Abs. 7 LBG M-V auch auf die berücksichtigungsfähigen Angehörigen durch und schließt eine parallele individuelle Beihilfegewährung aus.

Eine Berücksichtigung von Aufwendungen Angehöriger ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn ein eigener Beihilfeanspruch nach § 80 Abs. 1 LBG M-V besteht.

3. Wer kann die pauschale Beihilfe nicht beantragen?

Heilfürsorgeberechtigte können während der Zeit ihres Anspruchs auf Heilfürsorge keine pauschale Beihilfe erhalten. Dies gilt auch für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen (s. hierzu auch Frage 33).

Darüber hinaus erhalten beurlaubte Personen ohne Beihilfeberechtigung für die Dauer ihrer Beurlaubung keine pauschale Beihilfe.

C. Arten der Beihilfe und Unterschiede

4. Was bietet die individuelle Beihilfe?

Die individuelle Beihilfe ist eine ergänzende Fürsorgeleistung des Dienstherrn zu bestimmten, tatsächlich entstandenen und notwendigen Aufwendungen, insbesondere in Krankheits-, Pflege- und vergleichbaren Fällen (z. B. Geburt, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen). Sie ergibt sich dem Grunde nach aus § 80 Abs. 3 LBG M-V.

Gemäß § 80 Abs. 7 LBG M-V richtet sich die nähere Ausgestaltung nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV), die in Mecklenburg-Vorpommern mangels einer eigenen Regelung entsprechend Anwendung findet.

Der Umfang der Beihilfe richtet sich nach dem Bemessungssatz in § 80 Abs. 5 LBG M-V:

- grundsätzlich **50 %** der entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen,
- **70 %** für bestimmte Personengruppen, insbesondere Beamtinnen und Beamte in Elternzeit; Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger sowie berücksichtigungsfähige Ehegattinnen, Ehegatten und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner; Beihilfeberechtigte, bei denen mehr als ein Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird
- **80 %** für berücksichtigungsfähige Kinder sowie eigenständig beihilfeberechtigte Waisen.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden in der Regel zunächst von den Beihilfeberechtigten gegenüber den Leistungserbringern (z. B. Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhäusern) beglichen und anschließend bei der Beihilfestelle sowie ggf. bei einer privaten Krankenversicherung zur Erstattung eingereicht.

Wie in anderen Kostenerstattungssystemen können auch im Rahmen der Beihilfe Eigenbehalte oder Abzugsbeträge, insbesondere bei Arzneimitteln, vorgesehen sein.

5. Was bietet die pauschale Beihilfe?

Die pauschale Beihilfe ist eine **neue Form der Beihilfe**, die in § 80a LBG M-V geregelt ist. Ab dem 01.05.2026 können freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankenvollversicherung zu 100 % versicherte Beihilfeberechtigte anstatt der individuellen Beihilfe, bei der jeweils ein Teil der tatsächlichen Aufwendungen erstattet wird, eine pauschale Beihilfe wählen. Sie wird monatlich zusammen mit den Bezügen gewährt.

Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer Krankenvollversicherung, unabhängig davon, ob ein gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz besteht. Bei Beihilfeberechtigten ist die pauschale Beihilfe auf den auf die Besoldung oder die Versorgungsbezüge entfallenden Beitragsanteil beschränkt, soweit sich die Höhe des Beitrags – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nach der Höhe des Einkommens bestimmt.

Auch notwendige Krankenversicherungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Angehörige werden bei der pauschalen Beihilfe berücksichtigt.

Über die Leistungen im Basistarif hinausgehende Versicherungen, wie etwa Beihilfeergänzungstarife, Zusatztarife und Krankengeld-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherungen u. ä. werden bei der pauschalen Beihilfe nicht berücksichtigt.

Die individuelle Beihilfe wird nicht neben der pauschalen Beihilfe gewährt.

Auch erfasst die pauschale Beihilfe nicht die Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit. Im Fall der dauernden Pflegebedürftigkeit ist stets die individuelle

Beihilfe maßgebend (siehe hierzu auch unter Frage 36). Deshalb sind Beiträge, die zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung auf der Grundlage des SGB XI für die Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu leisten sind, nicht Bestandteil der pauschalen Beihilfe.

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

Im System der individuellen Beihilfe kann die beihilferechtliche Absicherung mit unterschiedlichen Formen der Krankenversicherung kombiniert werden:

- beihilfekonforme private Krankenteilversicherung
- freiwillige gesetzliche Krankenversicherung
- private Krankenvollversicherung.

Unabhängig von der gewählten Versicherungsform erfolgt im System der individuellen Beihilfe keine vollständige Übernahme der Krankenversicherungskosten durch den Dienstherrn. Die Kostenbeteiligung erfolgt ausschließlich im Rahmen des jeweiligen Beihilfebemessungssatzes. Ein Eigenanteil an den Krankenversicherungskosten verbleibt in allen Fällen.

In der Praxis wurde daher häufig eine beihilfekonforme private Krankenteilversicherung gewählt, da diese auf die Beihilfeleistungen abgestimmt ist und den verbleibenden Eigenanteil regelmäßig reduziert.

Mit Einführung der pauschalen Beihilfe besteht die Möglichkeit, anstelle der individuellen Beihilfe die pauschale Beihilfe in Form eines Zuschusses zur Krankenversicherung zu wählen.

Damit stehen heute – je nach Entscheidung – sowohl das klassische Beihilfesystem in Form der individuellen Beihilfe als auch das Modell der pauschalen Beihilfe als Alternativen zur Verfügung.

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

Mit der Einführung der pauschalen Beihilfe zum 01.05.2026 können Beihilfeberechtigte auf schriftlichen Antrag anstelle der individuellen Beihilfe einen Zuschuss zu den Kosten einer Krankenvollversicherung erhalten. Der Zuschuss beträgt grundsätzlich 50 % der nachgewiesenen Aufwendungen für die Krankenversicherung.

In diesem System erfolgt die Absicherung über eine Krankenvollversicherung, entweder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder in der privaten Krankenversicherung (PKV).

Ein Anspruch auf individuelle Beihilfe besteht in diesem Fall nicht mehr, da die pauschale Beihilfe das Beihilfesystem insoweit ersetzt.

D. Krankenversicherung und Mitgliedschaft

8. Versicherungsrechtliche Stellung von Beamtinnen und Beamten

Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Beihilfe unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sind versicherungsfrei nach § 6 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 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 GKV 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).

9. Wie funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)?

Die Leistungen der GKV sind im SGB V geregelt. Danach müssen sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht bis zum Festbetrag (§ 12 SGB V).

Die GKV funktioniert nach dem sog. Sachleistungsprinzip. Das heißt, die gesetzlich Versicherten erhalten medizinische Sach- und Dienstleistungen, ohne selbst in Vorkasse treten zu müssen. Gegen Vorlage der Krankenversichertenkarte können versicherte Leistungen zur Krankenbehandlung in Anspruch genommen werden, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten. Abweichungen vom Sachleistungsprinzip, wie z.B. der Zahnersatz, sind ebenfalls im SGB V geregelt.

Die Beiträge zur GKV sind einkommensabhängig.

Weitere Informationen erhalten Sie von den gesetzlichen Krankenversicherungen.

10. Wie funktioniert die private Krankenversicherung (PKV)?

Die Höhe des Versicherungsbeitrags richtet sich grundsätzlich nach dem individuellen Risiko. Dabei spielen insbesondere das Eintrittsalter, der Gesundheitszustand sowie der gewählte Leistungsumfang eine Rolle (bei Neugeborenen gelten besondere Regelungen).

Für Beamtinnen und Beamte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einer sogenannten Öffnungsaktion der PKV.

Diese ist eine freiwillige Vereinbarung einzelner Versicherungsunternehmen; nicht alle privaten Krankenversicherer nehmen daran teil. Bei teilnehmenden Versicherern erfolgt keine Ablehnung aus gesundheitlichen Gründen, es werden keine Leistungsausschlüsse vorgenommen und mögliche Risikozuschläge sind begrenzt.

Grundsätzlich wird zwischen einer Krankenvollversicherung und einer beihilfekonformen Krankenteilversicherung unterschieden. Die Krankenvollversicherung deckt den gesamten Krankenversicherungsschutz ab. Die beihilfekonforme Krankenteilversicherung ergänzt die individuelle Beihilfe des Dienstherrn.

Im Krankheitsfall erhalten Versicherte in der Regel Rechnungen direkt von den Leistungserbringern (z. B. Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhäusern). Diese werden anschließend bei der privaten Krankenversicherung und der Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht (Kostenerstattungsprinzip).

11. Welche Anforderungen sind an eine private Krankenvollversicherung (PKV) zu stellen?

Bei einer PKV ist Voraussetzung, dass deren Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV mindestens vergleichbar sind. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn das Versicherungsunternehmen die Versicherung nach § 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V betreibt bzw. bei einer Versicherung im Basistarif nach § 152 Versicherungsaufsichtsgesetz.

12. Wer ist freiwillig und wer ist pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

In Deutschland besteht grundsätzlich eine Krankenversicherungspflicht. Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterliegen der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 SGB V, insbesondere Tarifbeschäftigte und Auszubildende.

Beamtinnen und Beamte sind aufgrund ihres Status von der Versicherungspflicht in der GKV ausgenommen (§ 6 SGB V). Sie unterliegen daher nicht der gesetzlichen Versicherungspflicht.

Sie können sich entweder

- freiwillig in der GKV versichern (§ 9 SGB V), sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, oder
- eine private Krankenversicherung abschließen.

Beamtinnen und Beamte, die vor ihrer Berufung in das Beamtenverhältnis in der GKV versichert waren, haben unter bestimmten Voraussetzungen (insbesondere bei Erfüllung der Vorversicherungszeiten) die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung in der GKV nach § 9 SGB V.

Bei Interesse empfiehlt es sich in jedem Fall, sich bei seiner Krankenkasse über Leistungen und das Verfahren individuell zu informieren. Nach §§ 14, 15 SGB I ist sie zur Beratung und Auskunft verpflichtet.

13. Können Beamtinnen und Beamte in das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wechseln?

Beamtinnen und Beamte sind aufgrund ihres Status grundsätzlich von der Versicherungspflicht in der GKV ausgenommen (§ 6 SGB V). Ein Wechsel in die GKV ist daher nicht automatisch möglich.

Unter bestimmten Voraussetzungen können sie sich jedoch freiwillig gesetzlich krankenversichern (§ 9 SGB V). Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn unmittelbar vor der Verbeamtung eine Mitgliedschaft in der GKV bestand und die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt sind. Der Beitritt ist innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungsfreiheit bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu erklären (§ 9 Abs. 2 SGB V).

Ein späterer Wechsel in die GKV kommt in der Regel nur in Betracht, wenn Versicherungspflicht eintritt (z. B. durch Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung) oder ein anderer gesetzlich geregelter Zugangstatbestand erfüllt ist.

Die Einführung einer pauschalen Beihilfe begründet keine zusätzlichen Wechselmöglichkeiten in die GKV; maßgeblich bleiben die bundesgesetzlichen Regelungen.

In Zweifelsfällen bzw. bei der Frage, ob die individuellen Voraussetzungen für eine Weiterversicherung in der GKV erfüllt sind, sollten sich Interessierte an eine der gesetzlichen Krankenkassen wenden.

14. Können Beihilfeberechtigte, die bereits freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, ebenfalls pauschale Beihilfe beanspruchen?

Beihilfeberechtigte, die bereits freiwillig in der GKV versichert sind, können unter den einen entsprechenden Antrag stellen. Die pauschale Beihilfe wird in diesen Fällen gewährt, sofern die jeweiligen gesetzlichen und landesrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und kein Ausschlussgrund vorliegt.

E. Entscheidung für ein Modell

15. Kann die pauschale Beihilfe für mich von Vorteil sein?

Ob die pauschale Beihilfe im Vergleich zur individuellen Beihilfe im Einzelfall vorteilhaft ist, hängt von der persönlichen Lebens- und Versicherungssituation ab. Beide Systeme gewährleisten in Verbindung mit einer Krankenversicherung grundsätzlich eine angemessene Absicherung im Krankheitsfall.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der Systeme (individuelle Beihilfe mit ergänzender Krankenversicherung bzw. pauschale Beihilfe als Zuschuss zur Krankenversicherung) können sich die finanziellen Belastungen und Leistungen im Einzelfall unterscheiden.

Die Entscheidung für eines der Systeme ist daher eine individuelle Wahlentscheidung der (zukünftigen) Beihilfeberechtigten. Zur Bewertung sollten Informationen zu

Leistungen und langfristigen Kosten bei der jeweiligen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eingeholt werden.

16. Welche Kombinationen bestehen bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Verbindung mit der Beihilfe?

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 9 SGB V erfüllt sind, insbesondere hinsichtlich der Vorversicherungszeiten und der fristgerechten Beitrittserklärung.

- Bei einer Kombination aus **freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV** und **individueller Beihilfe** besteht weiterhin ein Anspruch auf Beihilfe zu den beihilfefähigen Aufwendungen nach Maßgabe der jeweiligen beihilferechtlichen Vorschriften.
- Bei einer Kombination aus **freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV** und **pauschaler Beihilfe** beteiligt sich der Dienstherr an den Kosten der Krankenversicherung in Form eines Zuschusses. Ein Anspruch auf individuelle Beihilfe besteht in diesem Fall nicht. Eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist darüber hinaus **unwideruflich**, so dass ein späterer Wechsel grundsätzlich ausgeschlossen ist.

17. Welche Kombinationen bestehen bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) in Verbindung mit der Beihilfe?

- Bei einer beihilfekonformen **privaten Krankenteilversicherung** in Kombination mit der **individuellen Beihilfe** fallen in der Regel geringere Eigenbelastungen an, als bei einer privaten Krankenvollversicherung. Teilversicherung und Beihilfe sind dabei aufeinander abgestimmt und ergänzen sich gegenseitig. Die jeweiligen Systeme gewährleisten dabei grundsätzlich eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall, unterscheiden sich jedoch in ihrer Struktur und Ausgestaltung.
- Im Unterschied dazu erfolgt bei einer **privaten Krankenvollversicherung** in Verbindung mit der **individuellen Beihilfe** keine Beteiligung des Dienstherrn an den Versicherungsbeiträgen.
- Wird eine **private Krankenvollversicherung** mit der **pauschalen Beihilfe** kombiniert, beteiligt sich der Dienstherr in Form eines Zuschusses an den Krankenversicherungsbeiträgen. Dadurch kann die finanzielle Belastung geringer ausfallen. Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist allerdings unwiderruflich, so dass ein späterer Wechsel grundsätzlich ausgeschlossen ist. Bei dieser Kombination werden grundsätzlich 50 % der Krankenversicherungsbeiträge für GKV-entsprechende Leistungen, maximal 50 % des Höchstbeitrags im Basistarif nach § 152 Versicherungsaufsichtsgesetz, als pauschale Beihilfe gewährt.

Die Frage, welche der genannten Kombinationen im Einzelfall vorteilhafter ist, sollten Beihilfeberechtigte mit den Krankenversicherungen klären. Die Beihilfestelle kann hier leider nicht beraten.

18. Verzichten Beihilfeberechtigte bei Wahl der pauschalen Beihilfe auf individuelle Beihilfeleistungen?

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe verzichten Beihilfeberechtigte auf die **individuelle** Beihilfegewährung für Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und vergleichbaren Fällen nach der Bundesbeihilfeverordnung.

Stattdessen erhalten sie einen Zuschuss zu den Beiträgen ihrer Krankenversicherung (gesetzlich oder privat). Die Absicherung von Krankheitskosten erfolgt dann ausschließlich über die gewählte Krankenversicherung und nicht mehr über die Beihilfe.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden weiterhin im Rahmen der individuellen Beihilfe gewährt (siehe auch Frage 36).

19. Gilt der Verzicht auf individuelle Beihilfeleistungen auch bei einer beihilfekonformen privaten Krankenteilversicherung?

Der Verzicht auf **individuelle** Beihilfe gilt unabhängig davon, ob eine gesetzliche Krankenversicherung oder eine private Krankenteilversicherung mit beihilfekonformer Tarif gewählt wird.

Auch in diesem Fall werden Krankheitskosten nicht mehr über die individuelle Beihilfe erstattet, sondern ausschließlich über die private Krankenversicherung in Kombination mit der pauschalen Beihilfe abgesichert.

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

Die einmal durch schriftlichen Antrag getroffene Entscheidung ist **unwiderruflich**. Ein Hin- und Herwechseln zwischen der pauschalen Beihilfe und der individuellen Beihilfe ist nicht möglich. Aufwendungen für Leistungen, die gegebenenfalls über dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegen, können damit auch nicht mehr bei der Beihilfestelle des Landesamtes für Finanzen geltend gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn Versicherte in der GKV das Prinzip der Kostenerstattung nach § 13 SGB V wählen.

Bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf sind Besonderheiten zu beachten (siehe Fragen 34.1 und 34.2).

Der Verzicht auf die individuelle Beihilfe gilt sowohl für die Dauer des aktiven Dienstverhältnisses als auch für den Ruhestand. Er erstreckt sich auf die beihilfeberechtigte Person insgesamt und umfasst damit auch alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen, einschließlich künftig berücksichtigungsfähiger Personen, insbesondere Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie Kinder.

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe besteht für diese Personen kein Anspruch auf individuelle Beihilfeleistungen mehr.

F. Beiträge, Leistungen & finanzielle Aspekte

21. Wie hoch sind die Beiträge für Beamtinnen und Beamte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Die Höhe des Beitrages zur GKV ist einkommensabhängig. In der GKV werden keine Risikozuschläge erhoben und sowohl Kinder als auch Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ohne bzw. mit geringem Einkommen sind in der Familienversicherung in der Regel beitragsfrei mitversichert. Beamtinnen und Beamte erhalten keine Lohnfortzahlung durch die Krankenkasse, daher gilt für

Bezüge aus dem aktiven Beamtenverhältnis der ermäßigte Beitragssatz für freiwillige GKV-Mitglieder in Höhe von derzeit 14,0 % des Bruttoeinkommens. Bei freiwillig GKV-Versicherten werden zudem Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, Aktien und Ähnlichem verbeitragt.

Die Einkünfte werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2026: 69.750 Euro im Jahr, 5.812,50 Euro im Monat) berücksichtigt. 2026 liegt der monatliche GKV-Höchstbetrag für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch bei 813,75 Euro, wenn ausschließlich Bezüge aus dem aktiven Dienstverhältnis bezogen werden. Hinzu kommt ggf. ein kassenindividueller Zusatzbeitrag, den gesetzliche Krankenkassen erheben können. Für Versorgungsbezüge gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % (zzgl. kassenindividueller Zusatzbeitrag).

Für weitere Informationen sollten Sie sich an eine der gesetzlichen Krankenkassen wenden.

22. Wie hoch sind die Beiträge für Beamtinnen und Beamte in der privaten Krankenversicherung (PKV)?

Die Beiträge zur PKV sind einkommensunabhängig. Die PKV kalkuliert die Beiträge nach dem vereinbarten Leistungsumfang und dem individuellen Risiko.

Für weitere Informationen sollten Sie sich an eine der privaten Krankenversicherungen wenden.

23. Wie wird die pauschale Beihilfe berechnet?

Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich 50 % des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags.

Die maßgeblichen Beiträge sind durch geeignete Nachweise, insbesondere Bescheinigungen der jeweiligen Krankenversicherung, zu belegen. Auf dieser Grundlage erfolgt die Berechnung der pauschalen Beihilfe.

Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags richtet sich nach dem jeweiligen Versicherungssystem: In der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Beitrag insbesondere einkommensabhängig. In der privaten Krankenversicherung bestimmt er sich nach individuellen Faktoren wie Alter, Gesundheitszustand und dem gewählten Leistungsumfang. Für die Berechnung wird nur der tatsächlich selbst zu tragende Beitrag berücksichtigt. Beitragsanteile, die von einem Arbeitgeber oder einem anderen Sozialleistungsträger übernommen werden, bleiben unberücksichtigt.

Für privat Versicherte gilt zusätzlich eine Begrenzung: Die pauschale Beihilfe wird höchstens in Höhe von 50 % eines gesetzlich festgelegten Vergleichsbeitrags gezahlt. Dieser orientiert sich am sogenannten Basistarif der privaten Krankenversicherung.

Beitragsrückerstattungen der Krankenversicherung sind der Beihilfestelle mitzuteilen, da sie die berücksichtigungsfähigen Aufwendungen nachträglich mindern.

24. Wie werden berücksichtigungsfähige Angehörige bei der Berechnung der pauschalen Beihilfe berücksichtigt?

Für berücksichtigungsfähige Angehörige kann ebenfalls eine pauschale Beihilfe gewährt werden, wenn für sie eigene Krankenversicherungsbeiträge anfallen.

Maßgeblich ist dabei der tatsächlich selbst zu tragende Beitrag. Soweit ein Arbeitgeber oder ein anderer Sozialleistungsträger einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag leistet, wird dieser vor der Berechnung der pauschalen Beihilfe abgezogen. Dies gilt insbesondere bei Angehörigen, die selbst sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.

Die Berechnung erfolgt auf Grundlage der durch die Krankenversicherung nachgewiesenen Beiträge.

25. Was passiert bei nachträglichen Änderungen (z. B. Zuschüsse oder Beitragsrückerstattungen)?

Änderungen, die Auswirkungen auf die Höhe der pauschalen Beihilfe haben, sind der Beihilfestelle unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für nachträgliche Beitragsrückerstattungen der Krankenversicherung sowie für Zuschüsse eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers, die erst nach der Festsetzung bekannt werden oder sich nachträglich ergeben.

Beitragsrückerstattungen werden auf die berücksichtigungsfähigen Krankenversicherungsaufwendungen angerechnet und mindern den Anspruch auf pauschale Beihilfe. Die pauschale Beihilfe wird entsprechend angepasst und zunächst nur in Höhe der verbleibenden tatsächlichen Beitragsbelastung berücksichtigt.

Ergibt sich dadurch eine Überzahlung, wird diese in der Regel mit laufenden Zahlungen verrechnet.

- **Beispiel:** Beträgt der monatliche Krankenversicherungsbeitrag 600 Euro und wird eine Beitragsrückerstattung von 300 Euro gewährt, wird die pauschale Beihilfe zunächst nur auf Grundlage der verbleibenden 300 Euro berücksichtigt. Erst nach vollständiger Verrechnung der Rückerstattung wird wieder die reguläre Beitragsgrundlage für die Berechnung der pauschalen Beihilfe zugrunde gelegt.

26. Gibt es Ausnahmen oder Härtefallregelungen?

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.

Ein solcher Härtefall liegt nur vor, wenn eine besondere individuelle Ausnahmesituation besteht, die deutlich über das regelmäßig mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe verbundene finanzielle Risiko hinausgeht.

Das Vorliegen eines Härtefalls wird stets im jeweiligen Einzelfall geprüft.

27. Ist die pauschale Beihilfe steuerfrei?

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

28. 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.

G. Wechsel, Bindung & besondere Folgen

29. Was passiert bei einem Wechsel der Krankenversicherung oder späteren Wechsel zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV)?

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

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

Ein Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. zu einer anderen Krankenkasse) stellt keinen Systemwechsel dar. Die Höhe der pauschalen Beihilfe kann sich jedoch aufgrund der geänderten Beitragshöhe, insbesondere durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge, entsprechend verändern.

30. 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 Land Mecklenburg-Vorpommern erfolgt nicht.

31. Ändert sich bei Nichtinanspruchnahme der pauschalen Beihilfe etwas am Umfang der individuellen Beihilfe?

Der grundsätzliche Anspruch nach § 80 Abs. 1 LBG M-V auf individuelle Beihilfe bleibt unverändert bestehen. Die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe ist freiwillig.

Anspruchsberechtigte auf Heilfürsorge beachten bitte die gesonderten Hinweise (s. auch Frage 33).

32. Welche Auswirkungen hat der Tod der oder des Beihilfeberechtigten auf die Beihilfeberechtigung der Hinterbliebenen?

Im Falle des Todes der oder des Beihilfeberechtigten haben berücksichtigungsfähige Angehörige als Witwen, Witwer und Waisen grundsätzlich einen Anspruch auf Witwen-, Witwer- oder Waisengeld und damit (erstmalig) eine eigene Beihilfeberechtigung. Damit können sie selbständig nach § 80a Abs. 1 LBG M-V entscheiden, ob sie pauschale oder individuelle Beihilfe erhalten wollen, auch wenn sie zuvor als berücksichtigungsfähige Angehörige in der pauschalen Beihilfe berücksichtigt wurden. Der Gesetzgeber hat allerdings mit § 80a Abs. 1 LBG M-V auch abschließend und eindeutig geregelt, dass die pauschale Beihilfe nur gewährt werden kann, wenn die oder der Beihilfeberechtigte freiwillig in der GKV oder vollständig in einer PKV versichert ist. Sind Witwen, Witwer und Waisen jedoch in der GKV pflichtversichert, kommt die Gewährung einer pauschalen Beihilfe nicht in Betracht.

H. Besondere Lebenssituationen

33. Können Heilfürsorgeberechtigte die pauschale Beihilfe erhalten und was ist zu beachten?

Heilfürsorgeberechtigte können während der Zeit ihres Anspruchs auf Heilfürsorge keine pauschale Beihilfe erhalten. Dies gilt auch für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Der Anspruch auf Beihilfe ergibt sich dem Grunde nach aus § 80 Abs. 1 LBG M-V und richtet sich im Übrigen nach den aufgrund § 80 Abs. 7 LBG M-V anwendbaren Vorschriften der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). Nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 BBhV sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, wenn ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht. Die Heilfürsorge ist nach § 112 LBG M-V sowie § 114 LBG M-V als eigenständige Form der Krankenfürsorge ausgestaltet und tritt während der aktiven Dienstzeit an die Stelle der Beihilfe.

Damit besteht für die Dauer des Heilfürsorgeanspruchs kein Anspruch auf Beihilfeleistungen für diese Aufwendungen; dies umfasst auch die pauschale Beihilfe.

Mit dem Eintritt in den Ruhestand und dem damit verbundenen Wegfall der Heilfürsorge werden sie beihilfeberechtigt und können ab diesem Zeitpunkt die pauschale Beihilfe wählen.

Zur Aufrechterhaltung eines vor Eintritt in das Beamtenverhältnis und dem Erwerb des Heilfürsorgeanspruchs bestehenden Versicherungsverhältnisses bieten die gesetzlichen und privaten Krankenkassen die Möglichkeit zum Abschluss einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankenvollversicherung an. Bei Vorliegen der Voraussetzungen kann dann mit bzw. nach Eintritt in den Ruhestand durch schriftlichen Antrag die freiwillige Entscheidung über die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe getroffen werden.

Beiträge für eine Anwartschaftsversicherung werden nicht von der pauschalen Beihilfe umfasst.

Hinweis zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen:

Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge haben für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen einen Anspruch auf **individuelle** Beihilfe.

34. Was ist bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf zu beachten?

34.1 Antragstellung im Beamtenverhältnis auf Widerruf

Der Anspruch auf pauschale Beihilfe wird nach § 80a Abs. 1 Satz 3 LBG M-V ab dem ersten Tag des Monats festgesetzt, der auf den Eingang des Antrags folgt. Maßgeblich ist der Eingang des Antrags bei der Beihilfestelle.

Aufgrund der gesetzlichen Regelung ist eine rückwirkende Zahlung der pauschalen Beihilfe nicht möglich. Die Antragstellung muss daher bereits erfolgen, bevor die Berufung ins Beamtenverhältnis (auf Widerruf) erfolgt.

Um die pauschale Beihilfe im Ergebnis ab Einstellungszeitpunkt zu erhalten, wird empfohlen, den Antrag – ggf. formlos zur Fristwahrung – im Monat vor der geplanten Ernennung zu stellen, sodass die pauschale Beihilfe in diesen besonderen Fällen frühestens ab dem Einstellungs- bzw. Ernennungsdatum gewährt werden kann. Aufgrund von Bearbeitungszeiten kann es in Einzelfällen zu einer Nachzahlung kommen, sofern der Antrag rechtzeitig gestellt wurde.

Geht der Antrag erst nach Beginn des Beamtenverhältnisses ein, entsteht der Anspruch erst ab dem Folgemonat nach Antragseingang. Für die Zeit davor besteht kein Anspruch auf pauschale Beihilfe.

34.2 Übergang in das Beamtenverhältnis auf Probe

Das Beamtenverhältnis auf Widerruf endet kraft Gesetzes mit Ablauf des Tages, an dem der Vorbereitungsdienst infolge des Ablegens der Prüfung endet, frühestens aber mit Ende der für den Vorbereitungsdienst bestimmten Dauer. Im Falle des endgültigen Nichtbestehens der Prüfung endet der Vorbereitungsdienst sofort.

Mit dem Ende des Vorbereitungsdienstes endet auch der Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe, sowohl in Form der individuellen Beihilfe als auch in Form der pauschalen Beihilfe.

Mit einer anschließenden Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe wird **ein neues Beamtenverhältnis begründet** (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 Beamtenstatusgesetz), welches zugleich **mit einem neuen Beihilfeanspruch einhergeht**.

Dies bedeutet, dass dann erneut eine Entscheidung für oder gegen die pauschale Beihilfe getroffen werden kann.

Sofern eine beihilfeberechtigte Person bei vorgesehener Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe die pauschale Beihilfe (weiterhin) gewährt bekommen möchte, wird diese gebeten, rechtzeitig einen erneuten Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe beim Landesamt für Finanzen zu stellen. An dieser Stelle wird nochmals auf den rechtzeitigen Antragseingang hingewiesen, da die Zahlung erst ab dem ersten Tag des Monats nach Eingang des Antrags beginnt.

Bitte beachten Sie:

Soweit mit Ablegen der Laufbahnprüfung die für den Vorbereitungsdienst bestimmte Dauer noch nicht abgelaufen ist, wäre eine Umwandlung des Beamtenverhältnisses auf Widerruf in ein solches auf Probe möglich. In einem solchen Fall wird kein neues Beamtenverhältnis begründet, sodass **auch kein neuer Anspruch auf Beihilfe entsteht**. Dies hat zur Folge, dass eine etwaig im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung zu einem Antrag auf Gewährung pauschaler Beihilfe dazu führt, dass eine erneute Wahlmöglichkeit im anschließenden (umgewandelten) Beamtenverhältnis auf Probe **nicht** besteht.

Somit hängt die Frage, ob es nach dem Ende des Vorbereitungsdienstes eine erneute Wahlmöglichkeit für oder gegen die pauschale Beihilfe gibt, vom Einstellungs- oder Übernahmeverfahren der jeweiligen Dienststelle ab.

Jede Beamtin und jeder Beamte auf Widerruf hat sich selbstständig darüber zu informieren, ob im persönlichen Einzelfall nach dem Ende des Vorbereitungsdienstes, der regelmäßig im Beamtenverhältnis auf Widerruf erfolgt, eine Umwandlung in das Beamtenverhältnis auf Probe stattfindet oder ein neues Beamtenverhältnis in der Form des Beamtenverhältnisses auf Probe begründet wird.

35. Was ist in der Elternzeit im Zusammenhang mit der pauschalen Beihilfe zu beachten?

35.1 Welche Auswirkungen hat die Elternzeit auf die individuelle Beihilfe und die pauschale Beihilfe?

In der Elternzeit besteht ein Anspruch auf individuelle Beihilfe bzw. auf pauschale Beihilfe weiter fort.

Bei dem Modell der individuellen Beihilfe erhöht sich der Beihilfebemessungssatz während der Elternzeit von 50 % auf 70 %. Deshalb ist nur noch eine Krankenteilkostenversicherung von 30 % erforderlich.

Eine solche Erhöhung der Erstattung des Beitrags erfolgt **nicht** bei der pauschalen Beihilfe. Es bleibt bei der hälftigen Beitragserstattung.

Maßgeblich ist jeweils der tatsächlich zu zahlende Krankenversicherungsbeitrag.

35.2 Wie wirkt sich die pauschale Beihilfe auf den Zuschuss zur Kranken- sowie zur Pflegeversicherung in der Elternzeit aus?

Während der Elternzeit kann neben der pauschalen Beihilfe unter den Voraussetzungen des § 81 LBG M-V in Verbindung mit § 9 der Mutterschutz- und Elternzeitverordnung des Bundes (MuSchEltZV) ein Zuschuss zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen gewährt werden.

§ 9 MuSchEltZV regelt die näheren Einzelheiten der Zuschussgewährung in Abhängigkeit von der jeweiligen Versicherungsart und der tatsächlichen Beitragsbelastung.

Sofern eine pauschale Beihilfe nach § 80a LBG M-V gewährt wird, ist diese bei der Ermittlung der tatsächlichen Beitragsbelastung zu berücksichtigen. Ein Zuschuss kann daher nur für den verbleibenden selbst zu tragenden Anteil gewährt werden.

➤ **Beispiel:**

Beträgt der Krankenversicherungsbeitrag 600 Euro monatlich und wird hiervon eine pauschale Beihilfe in Höhe von 300 Euro gewährt, verbleibt ein Eigenanteil von 300 Euro. Ein etwaiger Zuschuss nach beamten- oder sozialrechtlichen Vorschriften kann sich nur auf diesen verbleibenden Eigenanteil beziehen.

Für die gesetzliche Krankenversicherung gelten die in § 9 Abs. 3 MuSchEltZV vorgesehenen Regelungen. Für die private Krankenversicherung ist die Anwendung nach Maßgabe der konkreten Ausgestaltung des Versicherungsschutzes im Einzelfall zu prüfen.

Die Pflegeversicherung bleibt unberührt, da die pauschale Beihilfe ausschließlich die Krankenversicherung umfasst.

35. Was passiert beim Übergang in den Ruhestand im Zusammenhang mit der pauschalen Beihilfe?

Der Anspruch auf pauschale Beihilfe bleibt auch im Ruhestand bestehen. Die Zahlung der pauschalen Beihilfe erfolgt weiterhin in Höhe von 50 % des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags und wird mit den Bezügen ausgezahlt.

Bei dem Modell der individuellen Beihilfe erhöht sich der Beihilfebemessungssatz ab dem Datum des Ruhestandsbeginns von 50 % auf 70 %. Deshalb ist nur noch eine Krankenteilkostenversicherung von 30 % erforderlich.

Eine solche Erhöhung der Erstattung des Beitrags erfolgt nicht bei der pauschalen Beihilfe. Es bleibt bei der hälftigen Beitragserstattung. Die pauschale Beihilfe ist damit unmittelbar an die tatsächliche Krankenversicherungsbelastung gekoppelt. Da die freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung einkommensabhängig, führen niedrigere Ruhestandsbezüge auch zu einem geringeren Beitrag.

36. Berührt die Wahl der pauschalen Beihilfe den Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall der Pflegebedürftigkeit?

Die Entscheidung für oder gegen die pauschale Beihilfe hat keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Krankenversicherung und Pflegeversicherung bestehen im Pflegefall nebeneinander. Die Krankenversicherung ist für medizinische Leistungen (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhausaufenthalte und Medikamente) zuständig. Die Pflegeversicherung und die Beihilfe sind dagegen für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zuständig.

Im Fall der Pflegebedürftigkeit erhalten Beihilfeberechtigte weiterhin Leistungen nach den beihilferechtlichen Vorschriften. Ergänzend besteht eine Absicherung über die Pflegeversicherung entweder in der sozialen Pflegeversicherung bei gesetzlicher Krankenversicherung oder in der privaten Pflegepflichtversicherung bei privater Krankenversicherung.

Das Zusammenspiel von Pflegeversicherung und Beihilfe besteht seit jeher und ist im Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) angelegt. Nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte (dies gilt auch für Sachleistungen). Darauf bezogen bestimmt § 55 Absatz 1 Satz 3 SGB XI, dass in diesen Fällen auch nur der hälftige Beitrag zur Pflegeversicherung zu zahlen ist. Damit ist die gesetzliche Pflegeversicherung anders als die gesetzliche Krankenversicherung bereits strukturell auf das beamtenrechtliche Beihilfesystem abgestimmt, sodass es keiner Anpassungen bedurfte. Aus diesem Grund umfassen auch die Regelungen in Ländern, die bereits die pauschale Beihilfe eingeführt haben, nicht den Bereich der Pflegeleistungen.

Die pauschale Beihilfe betrifft ausschließlich die Krankenversicherung und stellt einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen dar. Sie hat keinen Einfluss auf die Pflegeversicherung, da diese unabhängig davon nach dem System der hälftigen Leistungsaufteilung zwischen Pflegeversicherung und Beihilfe erfolgt.

Dies gilt auch für berücksichtigungsfähige Angehörige.

I. Antrag & Verfahren

37. Wie wird die pauschale Beihilfe beantragt?

Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe bedarf es eines schriftlichen Antrags an die zuständige Beihilfestelle im Landesamt für Finanzen. Ein Antrag auf pauschale Beihilfe ist nur für die Zukunft möglich (ab dem Monat nach der Antragstellung oder später) und kann nicht für zurückliegende Zeiträume gestellt werden.

38. Welche Unterlagen sind für die Antragsstellung auf pauschale Beihilfe erforderlich?

Dem Antrag ist der Nachweis einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (100 %) für die Beihilfeberechtigte bzw. den Beihilfeberechtigten in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung beizufügen. Bei privater Krankenversicherung ist zusätzlich die Bescheinigung nach § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V vorzulegen. Diese Bescheinigung bestätigt, dass Sie eine den gesetzlichen Anforderungen entsprechende private Krankenvollversicherung abgeschlossen haben.

Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge ist durch geeignete Nachweise der Krankenversicherung (z. B. Beitragsbescheinigungen oder Bestätigungen über den tatsächlich zu zahlenden Beitrag) zu belegen.

Für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ist ein Nachweis über den Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) für das zweite Kalenderjahr vor Antragstellung erforderlich.

Im Falle ausländischer Krankenversicherungen sind entsprechende Nachweise in deutscher Sprache vorzulegen.

Hinweis:

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 erst mit Beginn des Monats entsteht, der auf die Antragstellung und die Abgabe der Verzichtserklärung folgt, jedoch frühestens ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung. Alle weiteren erforderlichen Nachweise ergeben sich aus dem Antragsvordruck.

39. Welche Nachweispflichten bestehen während des Bezugs der pauschalen Beihilfe?

Die von den Krankenversicherungen erstellten Mitteilungen über die zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge, über Beitragsrückerstattungen und gegebenenfalls der Nachweis über den Gesamtbetrag der Einkünfte (Einkommensteuerbescheid) sind der Beihilfestelle fortlaufend zuzusenden.

40. Welche Änderungen müssen der Beihilfestelle während des Bezugs der pauschalen Beihilfe mitgeteilt werden?

Der Beihilfestelle sind Änderungen, die sich auf den Anspruch oder die Höhe der pauschalen Beihilfe auswirken können, unverzüglich mitzuteilen.

Dies betrifft insbesondere:

- Änderungen in der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (z. B. durch Tarifwechsel oder Beitragsanpassungen),
- Änderungen des Krankenversicherungsverhältnisses (z. B. Wechsel der Krankenkasse oder Änderung des Versicherungsumfangs),
- Beitragsrückerstattungen der Krankenversicherung.

Im Falle berücksichtigungsfähiger Angehöriger sind zudem Änderungen mitzuteilen, die deren Berücksichtigung beeinflussen können.

Im Falle ausländischer Krankenversicherungen sind bei Änderungsmitteilungen entsprechende Nachweise in deutscher Übersetzung vorzulegen.

41. An wen wird die pauschale Beihilfe gezahlt?

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

42. Wann wird die pauschale Beihilfe gezahlt?

Die Pauschale wird monatlich zusammen mit den Bezügen gezahlt.

Ihr Landesamt für Finanzen
- Abteilung Bezüge -