

Hinweise zur pauschalen Beihilfe ab 1. Januar 2024

Mit dem Vierten Gesetz zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften (Viertes Dienstrechtsänderungsgesetz – 4. DRÄndG) wird ab dem 1. Januar 2024 in § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes (SächsBG) eine sog. pauschale Beihilfe im Freistaat Sachsen eingeführt. Diese ist auch unter dem Namen „Hamburger Modell“ bekannt.

Ob die pauschale Beihilfe gegenüber der individuellen Beihilfe vorteilhaft ist, ist Ergebnis einer eigenständigen Prüfung und freiwilligen Entscheidung. **Die Beihilfefestsetzungsstelle kann hier keine Beratung vornehmen.** Um sich für eine bestimmte Kombination zu entscheiden, ist es - wie bisher auch - erforderlich, bei der gesetzlichen Krankenkasse oder der privaten Krankenversicherung Informationen über die jeweiligen Leistungen und über die langfristig anfallenden Versicherungskosten einzuholen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind zur Beratung und Auskunft verpflichtet (§§ 14, 15 SGB I).

Pauschale Beihilfe kann erhalten, wer freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder vollständig, d. h. im Umfang von 100 %, in einer privaten Krankenversicherung versichert ist. Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist **unwiderruflich**. „Neubeamtinnen und Neubeamte“ sollten sich also genauso wie bereits vorhandene Beamtinnen und Beamte gründlich über die Alternativen informieren. Dabei sollten sie sich auch informieren, wie besondere Gesundheitsrisiken ggf. über Beihilfeergänzungstarife und Zusatzversicherungen abgesichert werden können.

Über die dabei zu berücksichtigenden Besonderheiten soll mit diesen Hinweisen informiert werden. Diese Hinweise sollten daher sorgfältig durchgelesen werden!

Diese Hinweise dienen der allgemeinen Information und begründen keine Rechtsansprüche. Eine Beratung in steuer- und versicherungsrechtlichen Fragen erfolgt nicht; Auskünfte geben beispielsweise die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungsunternehmen oder Versicherungsmakler oder die Verbraucherzentralen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Für wen wird Beihilfe gewährt? Wer hat einen Anspruch auf Beihilfe?	4
2.	Was ist die pauschale Beihilfe und was bietet sie?	4
3.	Was bietet die individuelle Beihilfe?	5
a)	Krankenhausleistungen/Wahlleistungen im Krankenhaus	6
b)	Heilmittel.....	6
c)	Heilpraktikerleistungen.....	7
d)	Sehhilfen.....	7
e)	Zahnärztliche Leistungen	7
f)	Implantologische Leistungen.....	7
g)	Leistungen im Ausland.....	8
h)	Sonstiges.....	8
4.	Haben Änderungen der Bemessungssätze der individuellen Beihilfe Auswirkungen auf die pauschale Beihilfe?	9
5.	Welche Auswirkungen hat ein Antrag auf pauschale Beihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörigen, wenn sich die oder der Beihilfeberechtigte für die pauschale Beihilfe entschieden hat?	9
6.	Kann eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe „rückgängig“ gemacht werden? ...	9
7.	Berührt eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe den Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall der Pflegebedürftigkeit?	9
8.	Wie funktioniert die private Krankenversicherung?	10
9.	Welche Anforderungen sind an eine private Krankenvollversicherung zu stellen?	10
10.	Wie funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung?	10
11.	Was ist bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen?	11
12.	Handelt es sich bei der pauschalen Beihilfe um eine neue Wechsellmöglichkeit in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung bzw. können Beamtinnen und Beamte in das System der gesetzlichen Krankenversicherung wechseln?	11
13.	Welche Kombinationen der individuellen Beihilfe mit einer Krankenversicherung gab es bisher?	12
14.	Welche neuen Kombinationen ergeben sich durch die pauschale Beihilfe?	12
15.	„Verzichten“ gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte auf Ansprüche, wenn sie sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?	13
16.	„Verzichten“ privat versicherte Beihilfeberechtigte auf Ansprüche, wenn sie sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?.....	13
17.	Können Beamtinnen und Beamte, die bereits freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind und die Beiträge in voller Höhe selbst tragen, ebenfalls eine pauschale Beihilfe beanspruchen?.....	14
18.	Welche Auswirkungen ergeben sich für die pauschale Beihilfe, wenn sich Beamtinnen und Beamte später für eine Rückkehr von der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung oder umgekehrt entscheiden?	14
19.	Wie hoch ist die pauschale Beihilfe, wenn Beihilfeberechtigte in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind?	14

20.	Wie hoch ist die pauschale Beihilfe, wenn Beihilfeberechtigte in der privaten Krankenversicherung versichert sind?	15
21.	Wie wird die pauschale Beihilfe beantragt, wie erfolgt die Auszahlung und ab wann kann pauschale Beihilfe gewährt werden?	16
22.	Welche Unterlagen sind mit dem Antrag auf pauschale Beihilfe einzureichen?	17
23.	Innerhalb welcher Frist kann man sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?.....	17
24.	Welche Änderungen sind dem Landesamt für Steuern und Finanzen zur Berechnung der pauschalen Beihilfe mitzuteilen?	17
25.	Was ist bei Elternzeit und Beurlaubungen ohne Dienstbezüge zu beachten?	17
26.	Welche Auswirkungen auf die pauschale Beihilfe hat ein Wechsel zu einem anderen Dienstherrn?	18
	a) Versetzung zu einem anderen Dienstherrn im Geltungsbereich des Sächsischen Beamtengesetzes	18
	b) Versetzung zu einem anderen Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches des Sächsischen Beamtengesetzes	18
27.	Welche Auswirkungen auf die pauschale Beihilfe hat der Übergang in den Ruhestand?	18
28.	Können Vollzugsbeamtinnen und Vollzugsbeamte der Polizei und Beamtinnen und Beamte der Feuerwehr sowie andere Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge die pauschale Beihilfe erhalten und was ist zu beachten?	19
29.	Was ist für Vollzugsbeamtinnen und Vollzugsbeamte der Polizei und für Beamtinnen und Beamte der Feuerwehr sowie andere Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge mit Blick auf den Ruhestand zu beachten?	19
30.	Was ist bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf zu beachten?	20
31.	Welche Auswirkungen hat ein ergänzender Beitragszuschuss nach § 80b SächsBG auf die pauschale Beihilfe, der für berücksichtigungsfähige Angehörige gewährt wird?	21
32.	Unterliegt die pauschale Beihilfe der Einkommensteuer?	21
33.	Welche Nachweise sind dem Dienstherrn für die Steuerfreistellung vorzulegen?	21
34.	Wird die pauschale Beihilfe auf der Lohnsteuerbescheinigung ausgewiesen?.....	21

1. Für wen wird Beihilfe gewährt? Wer hat einen Anspruch auf Beihilfe?

Einen Anspruch auf Beihilfe haben nach § 80 Abs. 2 Satz 1 SächsBG alle

- Beamtinnen und Beamten, Richterinnen und Richter, solange sie Besoldung erhalten, sowie
- Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, solange sie Ruhegehalt, einen Unterhaltsbeitrag, Witwengeld, Waisengeld oder Übergangsgeld erhalten.

Daneben besteht ein Anspruch auf Beihilfe auch in den in § 80 Abs. 2 Satz 2 SächsBG genannten Fällen:

- wenn Besoldung oder Versorgungsbezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden,
- während eines Urlaubs ohne Dienstbezüge nach § 98 Abs. 1 SächsBG (Beurlaubung aus familiären Gründen), wenn kein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht,
- während der Inanspruchnahme von Elternzeit,
- während eines Urlaubs ohne Dienstbezüge, wenn die oberste Dienstbehörde schriftlich ein dringendes dienstliches Interesse an der Beurlaubung anerkannt hat,
- bei einer sonstigen Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung bis zu einer Dauer von jeweils einem Monat sowie
- für ehemalige Beamtinnen und Beamte auf Widerruf, solange sie Anwärterbezüge nach § 71 (ab 1. Januar 2024: § 69) SächsBesG erhalten.

Keinen eigenen Anspruch haben Angehörige.

Beihilfeberechtigte haben jedoch Anspruch auf Beihilfe zu den notwendigen Aufwendungen ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Hierzu gehören berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, wenn deren Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG und vergleichbarer ausländischer Einkünfte in den drei Kalenderjahren vor der Leistungserbringung im Durchschnitt den Ehegattengrenzbetrag (§ 80 Abs. 4 SächsBG) nicht übersteigt, und berücksichtigungsfähige Kinder, für die Anspruch auf Familienzuschlag nach § 42 (ab 1. Januar 2024: § 40) Abs. 2 oder 3 SächsBesG oder § 55 Abs. 2 Satz 1 oder 2 SächsBeamtVG besteht. Der Ehegattengrenzbetrag beträgt im Kalenderjahr 2024 18.504 €.

2. Was ist die pauschale Beihilfe und was bietet sie?

Die meisten Beamtinnen und Beamten, Richterinnen und Richter sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger in Deutschland sind in einer privaten Krankenversicherung versichert. Diese bietet eine passende Ergänzung zur individuellen Beihilfe, die sie von ihrem jeweiligen Dienstherrn erhalten.

Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder vollständig, d. h. im Umfang von 100 %, in einer privaten Krankenversicherung (im Folgenden: Krankenvollversicherung) versicherte Beihilfeberechtigte können ab dem 1. Januar 2024 anstelle der bisherigen „individuellen“ Beihilfe, die jeweils zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen gewährt wird,

eine pauschale Beihilfe wählen, mit der der Dienstherr einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. Die Wahl der pauschalen Beihilfe ist eine freiwillige und **unwiderrufliche Entscheidung**, die einen schriftlichen Antrag erfordert.

Die pauschale Beihilfe ist eine neue Form der Beihilfe, die in § 80a SächsBG geregelt ist. Sie wird monatlich zusammen mit den Bezügen gewährt.

Die pauschale Beihilfe beträgt grundsätzlich die Hälfte der anfallenden Kosten einer notwendigen Krankenvollversicherung (d. h. im Umfang von 100 %), unabhängig davon, ob gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz besteht. Bei der oder dem Beihilfeberechtigten ist die pauschale Beihilfe auf den auf die Besoldung oder die Versorgungsbezüge entfallenden Beitragsanteil beschränkt, soweit sich die Höhe des Beitrages – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nach der Höhe des Einkommens bestimmt.

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

Bei der Kombination einer privaten Krankenvollversicherung mit der pauschalen Beihilfe erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn an den Beiträgen, so dass der oder dem Beihilfeberechtigten geringere Belastungen entstehen.

Auch notwendige Krankenversicherungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Angehörige werden bei der pauschalen Beihilfe berücksichtigt. Individuelle Beihilfe wird neben der pauschalen Beihilfe nicht ergänzend gewährt.

Für Pflegefälle besteht grundsätzlich Anspruch auf individuelle Beihilfe (vgl. Frage 7)! **Eine pauschale Beihilfe für Pflegeversicherungen wird nicht gezahlt.**

3. Was bietet die individuelle Beihilfe?

Bei einer Kombination einer beihilfekonformen privaten Krankenversicherung mit der individuellen Beihilfe beteiligt sich der Dienstherr nicht an den Beiträgen zu der Versicherung.

Die individuelle Beihilfe wird zu den medizinisch notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen für Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind, gewährt. Der Umfang der Beihilfe hängt vom Bemessungssatz (§ 80 Abs. 7 und 8 SächsBG) ab und unterscheidet zwischen Aufwendungen im Bereich der Krankenversicherung und Aufwendungen in Pflegefällen:

Dieser beträgt zwischen 50 % und 90 % für die oder den Beihilfeberechtigten selbst und zwischen 70 % und 90 % für berücksichtigungsfähige Angehörige.

Beihilfeberechtigte mit beihilfekonformer privater Krankenversicherung erhalten grundsätzlich Rechnungen unter anderem von Leistungserbringern (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker) und gehen gewöhnlich mit der Zahlung der Vergütung in Vorleistung. Die Rechnungen werden in der Regel sowohl bei der privaten

Krankenversicherung als auch bei der Beihilfefestsetzungsstelle zur Erstattung eingereicht (hierzu auch Frage 8).

Beihilfeberechtigte können die individuelle Beihilfe innerhalb einer Frist von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragen.

Beihilfe wird nicht nur in Krankheitsfällen gewährt, sondern auch in Pflege-, Geburts- und Todesfällen, zur Gesundheitsvorsorge, zur Früherkennung von Krankheiten, zu Maßnahmen der Empfängnisverhütung, der künstlichen Befruchtung, in Fällen des nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs sowie der Sterilisation.

Die Leistungen der individuellen Beihilfe können im Einzelnen der Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO) entnommen werden. Wesentliche beihilferechtliche Bestimmungen sind in § 80 SächsBG enthalten.

Dabei sind Eigenbeteiligungen (z. B. für Arzneimittel) oder Höchstbeträge (z. B. für physiotherapeutische Leistungen) zu beachten.

Die wesentlichen Unterschiede der individuellen Beihilfe gegenüber den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nachfolgend (beispielhaft und nicht abschließend) dargestellt:

a) Krankenhausleistungen/Wahlleistungen im Krankenhaus

Bei Krankenhausbehandlungen sind in der Beihilfe grundsätzlich keine Eigenbeteiligungen vorgesehen. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird bei Krankenhausbearbeitung ein Eigenbehalt von 10 € täglich (max. für 28 Tage = max. 280 €) erhoben. Dies gilt auch für stationäre Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Wahlleistungen im Krankenhaus sind beihilfefähig für eine Unterbringung im Zweibettzimmer, wenn dies nicht als Regelleistung angeboten wird und dies auf Wunsch der Patientin oder des Patienten erbracht und schriftlich vereinbart worden ist, sowie wahlärztliche Leistungen. Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung für Unterkunft ist von den beihilfefähigen Aufwendungen eine Eigenbeteiligung von 14,50 € je Aufenthaltstag abzuziehen (§ 59 Abs. 2 SächsBhVO).

Wahlleistungen im Krankenhaus sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Heilmittel

Aufwendungen für Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Massagen, Logopädie und Ergotherapie) sind bis zu den in der Sächsischen Beihilfeverordnung geregelten Höchstbeträgen beihilfefähig. Eigenbeteiligung sind grundsätzlich nicht vorgesehen, können sich aber mittelbar ergeben, wenn die Preise der Heilmittelerbringer die beihilfefähigen Höchstbeträge überschreiten.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind bei Heilmitteln Zuzahlungen zu leisten (10 € pro Verordnung plus 10 % der Gesamtkosten, § 61 Satz 3 SGB V).

c) Heilpraktikerleistungen

Aufwendungen für ambulante Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind für die in der Sächsischen Beihilfeverordnung geregelten Leistungen und bis zu den dort genannten Höchstbeträgen beihilfefähig, wenn diese aus Anlass einer Krankheit entstanden sind.

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden grundsätzlich keine Kosten erstattet, die beim Besuch einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers entstehen. Bei einigen gesetzlichen Krankenkassen sind Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern allerdings (freiwillige) Satzungsleistungen, auf deren Grundlage eine Erstattung von Aufwendungen erfolgen kann.

d) Sehhilfen

Für volljährige Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ab einem bestimmten Grad der Sehbeeinträchtigung und für mitversicherte Kinder besteht Anspruch auf Sehhilfen (§ 33 SGB V). Für diese Hilfsmittel gelten in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitliche Festbeträge in Abhängigkeit von der Art der Sehbeeinträchtigung (§ 36 SGB V).

In der Beihilfe gelten für Erwachsene pauschale Höchstbeträge: Bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist die Beihilfefähigkeit begrenzt auf einen Betrag von 100 € je Auge alle zwei Jahre, einschließlich Handwerksleistung und Reparaturkosten.

e) Zahnärztliche Leistungen

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben bei Zahnersatzmaßnahmen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse (§§ 55 und 56 SGB V). Die Differenz zu den tatsächlichen Aufwendungen ist von den Versicherten selbst zu tragen.

Im Gegensatz hierzu sind für Beihilfeberechtigte die notwendigen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privatärztlich abgerechneten Aufwendungen für Leistungen dem Grunde nach beihilfefähig. Einschränkend gilt hierbei, dass die Aufwendungen für Material und zahntechnische Leistungen bei der Versorgung mit Inlays, Zahnkronen, Zahnersatz und Suprakonstruktionen nicht in voller Höhe, sondern nur zu 65 % beihilfefähig sind.

f) Implantologische Leistungen

Implantologische Leistungen werden in der gesetzlichen Krankenversicherung nur in Ausnahmefällen als Regelversorgung erbracht. Dagegen sind grundsätzlich zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig. Bei bestimmten Indikationen (vgl. § 11 Abs. 2 SächsBhVO) sind Aufwendungen für Material und zahntechnische Leistungen zu 100 % beihilfefähig.

g) Leistungen im Ausland

Bei akuten Erkrankungen oder bei einem Unfall im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland (z. B. Urlaub) innerhalb der EU / EWR oder eines Staates, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen besteht, das die Krankenversicherung umfasst, übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Behandlungskosten. Übernommen werden medizinisch notwendige Leistungen, die nicht bis zur Rückkehr nach Deutschland aufgeschoben werden können. Für chronisch Kranke (z. B. Dialysepatientinnen und Dialysepatienten) gelten gesonderte Regelungen. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten bis zur Höhe der im Ausland geltenden Regelungen. Selbstbehalte und Zuzahlungen, die im Ausland üblich sind, müssen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zahlen. Kosten werden bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen. Eine Kostenübernahme für eine planbare Behandlung im Ausland erfolgt nur, wenn die gesetzliche diese vorher genehmigt hat. Für Leistungen außerhalb der EU / EWR und Abkommensstaaten übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung keine Kosten.

Weiterführende Informationen bietet die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung (DVKA). Weitere Informationen sind im Internet zu finden unter <https://www.dvka.de/>.

Im Ausland innerhalb der EU / EWR entstandene Aufwendungen sind wie im Inland beim Verbleiben am Wohnort oder, wenn ein solcher im Inland nicht vorhanden ist, am letzten früheren Dienort der oder des Beihilfeberechtigten, entstandene Aufwendungen zu behandeln und damit grundsätzlich beihilfefähig.

Im Ausland außerhalb der EU / EWR entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie auch bei einer Behandlung im Inland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Diese Begrenzung entfällt, sofern gemäß Gutachten und nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfefestsetzungsstelle eine wesentlich höhere Erfolgsaussicht einer Behandlung besteht, wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder die Aufwendungen 1.000 € je Krankheitsfall nicht übersteigen. Die Beschränkungen gelten nicht für Aufwendungen, die bei einer Dienstreise der oder des Beihilfeberechtigten entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können.

h) Sonstiges

Mehrleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zur individuellen Beihilfe können sich durch satzungsgemäße Zusatzleistungen (über die Pflichtleistungen hinaus) ergeben, so zum Beispiel im Bereich der Gesundheitsförderung.

Zu vielen beihilferechtlichen Einzelfragen sind Antworten in den gesonderten Beihilfe FAQ auf den Internetseiten des Landesamtes für Steuern und Finanzen (<https://www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html>) zu finden.

4. Haben Änderungen der Bemessungssätze der individuellen Beihilfe Auswirkungen auf die pauschale Beihilfe?

(Künftige) Änderungen der Bemessungssätze der individuellen Beihilfe haben auf die pauschale Beihilfe keine Auswirkungen. Der Zuschuss zu den maßgeblichen Krankenversicherungsbeiträgen beträgt immer 50 % und ist unabhängig vom individuell geltenden Beihilfebemessungssatz.

5. Welche Auswirkungen hat ein Antrag auf pauschale Beihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörigen, wenn sich die oder der Beihilfeberechtigte für die pauschale Beihilfe entschieden hat?

Wenn die oder der Beihilfeberechtigte sich für die pauschale Beihilfe entscheidet, gilt diese Entscheidung auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen, d. h. für diese kann ebenfalls keine individuelle Beihilfe mehr geleistet werden. Pauschale Beihilfe kann für berücksichtigungsfähige Angehörige aber auch bei einer Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden, wobei aber Leistungen von Dritten auf die pauschale Beihilfe angerechnet werden (vgl. Fragen 19 und 20).

6. Kann eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe „rückgängig“ gemacht werden?

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

Bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf sind weitere Besonderheiten zu beachten (vgl. Frage 30).

7. Berührt eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe den Anspruch auf individuelle Beihilfe im Fall der Pflegebedürftigkeit?

Nein. Die Entscheidung für oder gegen die pauschale Beihilfe berührt nicht den Anspruch auf Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit. In diesen Fällen besteht also trotz Gewährung einer pauschalen Beihilfe ein Anspruch auf individuelle Beihilfe. Dies gilt auch für den Anspruch auf individuelle Beihilfe zu den Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Der Bemessungssatz beträgt hier aufgrund von § 28 Abs. 2 SGB XI bei Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung 50 %. Bei Versicherung in der privaten Pflegeversicherung gilt der individuelle Bemessungssatz nach § 80 Abs. 8 SächsBG.

Mit der pauschalen Beihilfe werden keine Beiträge zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung erstattet.

Es wird darauf hingewiesen, dass auch bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung eine private Pflegeversicherung unter den Voraussetzungen des § 22

SGB XI abgeschlossen werden kann. Zu beachten ist dabei die dreimonatige Ausschlussfrist des § 22 Abs. 3 SGB XI.

8. Wie funktioniert die private Krankenversicherung?

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung werden auf privatrechtlicher Grundlage zwischen Krankenversicherungsunternehmen und Versicherungsnehmer vereinbart und hängen vom gewählten Versicherungstarif ab. Hierzu wird auch auf die Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung des PKV-Verbandes hingewiesen (https://www.privat-patienten.de/fileadmin/Dateien/7_Verband/PDF/MB-KK.pdf).

Die Versicherungsbeiträge werden in der privaten Krankenversicherung nach individuellem Risiko berechnet, also unter anderem in Abhängigkeit vom Umfang der versicherten Leistungen, dem Alter und dem Gesundheitszustand (gilt nicht bei Neugeborenen). Auf die Öffnungsaktion der privaten Krankenversicherung für die erleichterte Aufnahme in die private Krankenversicherung für Beamtinnen und Beamte und deren Angehörige wird hingewiesen. Dadurch wird keine Antragstellerin und kein Antragssteller aus Risikogründen abgelehnt, Leistungsausschlüsse werden nicht vorgenommen und Zuschläge zum Ausgleich erhöhter Risiken werden – soweit sie erforderlich sind – auf maximal 30 % des tariflichen Beitrages begrenzt.

Über die Leistungen und Tarife der privaten Krankenversicherung sollten sich Beihilfeberechtigte bei den privaten Krankenversicherungen informieren.

Privatversicherte Beihilfeberechtigte mit beihilfekonformer privater Krankenversicherung erhalten grundsätzlich Rechnungen unter anderem von Leistungserbringern (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker), die in der Regel sowohl bei der privaten Krankenversicherung als auch bei der Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht werden (**Kostenerstattungsprinzip**). Bei einer Krankenvollversicherung werden die Rechnungen nicht bei der Beihilfestelle, sondern nur bei der privaten Krankenversicherung zur Erstattung eingereicht.

9. Welche Anforderungen sind an eine private Krankenvollversicherung zu stellen?

Bei einer privaten Krankenvollversicherung ist Voraussetzung, dass deren Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 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 Versicherung im Basistarif nach § 152 VAG.

10. Wie funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung?

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Leistungen vom Gesetzgeber im Fünften Buch Sozialgesetzbuch definiert und können auch gestrichen werden. Sie müssen nicht nur ausreichend und zweckmäßig, sondern auch wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag (§ 12 SGB V).

Die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert nach dem **Sachleistungsprinzip**. Das heißt, sie stellt ihren Versicherten Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung. Hierbei nehmen Versicherte Leistungen zur Krankenbehandlung von der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten.

Abweichungen zum Sachleistungsprinzip, wie z. B. bei Zahnersatz, sind im SGB V geregelt.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind einkommensabhängig.

Weitere Informationen erhalten Beihilfeberechtigte von den gesetzlichen Krankenversicherungen.

11. Was ist bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen?

Eine Entscheidung für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt werden (§ 9 SGB V).

Bei einer Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der individuellen Beihilfe sind die Leistungen der Beihilfe auf Heilpraktikerleistungen, Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt (§ 5 Abs. 3 SächsBhVO).

Bei einer Kombination einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der pauschalen Beihilfe erfolgt eine Beteiligung des Dienstherrn aus Mitteln der Beihilfe nur an den Krankenversicherungskosten (Beiträge), allerdings wird keine ergänzende individuelle Beihilfe gewährt. Bei der oder dem Beihilfeberechtigten ist die pauschale Beihilfe auf den auf die Besoldung oder die Versorgungsbezüge entfallenden Beitragsanteil beschränkt, während sich die Höhe des Beitrages nach der Höhe des gesamten Einkommens bestimmt. So sind auch weitere Einkünfte, wie beispielsweise aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitaleinkünften, bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen. Hierauf entfallende Beiträge werden bei der pauschalen Beihilfe nicht berücksichtigt.

Eine Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist darüber hinaus unwiderruflich, so dass ein späterer Wechsel ausgeschlossen ist.

12. Handelt es sich bei der pauschalen Beihilfe um eine neue Wechselmöglichkeit in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung bzw. können Beamtinnen und Beamte in das System der gesetzlichen Krankenversicherung wechseln?

Nein. 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.

Aktive Beamtinnen und Beamte sind nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Sie können sich unter den in § 9 SGB V geregelten Voraussetzungen freiwillig gesetzlich krankenversichern, zum Beispiel mit der Verbeamtung, wenn zu diesem Zeitpunkt entsprechende Vorversicherungszeiten vorliegen. Das ist unter anderem bei Personen der Fall, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Der Beitritt ist der gesetzlichen Krankenkasse innerhalb einer Frist von 3 Monaten anzuzeigen, nähere Einzelheiten sind in § 9 Abs. 2 SGB V geregelt.

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

13. Welche Kombinationen der individuellen Beihilfe mit einer Krankenversicherung gab es bisher?

Bisher bestanden und bestehen weiterhin folgende Kombinationsmöglichkeiten:

- beihilfekonforme private Kranken(teil)versicherung und ergänzende individuelle Beihilfe
- freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenvollversicherung) und ergänzende individuelle Beihilfe, beschränkt auf Heilpraktikerleistungen, Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus
- private Krankenvollversicherung (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 Beihilfeberechtigte mit der privaten Krankenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkasse klären.

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

Ab dem 1. Januar 2024 können Beihilfeberechtigte auf schriftlichen Antrag an Stelle der individuellen Beihilfe, auf die unwiderruflich zu verzichten ist, grundsätzlich die Hälfte der Kosten für eine Krankenvollversicherung als pauschale Beihilfe erhalten.

Die pauschale Beihilfe wird Beihilfeberechtigten sowohl bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch bei einer privaten Krankenvollversicherung 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 Krankenvollversicherung und pauschale Beihilfe ohne Anspruch auf ergänzende individuelle Beihilfe.

Die Frage, welche der genannten Kombinationen im Einzelfall vorteilhafter ist, sollten Beihilfeberechtigte mit der privaten Krankenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkasse klären.

15. „Verzichten“ gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte auf Ansprüche, wenn sie sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?

Ja. Entscheiden sich gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte für die pauschale Beihilfe, besteht kein Anspruch mehr auf individuelle Beihilfe. Hierzu wird auf die Ausführungen unter Frage 16 verwiesen.

Freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich **nicht** für die pauschale Beihilfe entscheiden, erhalten ergänzende individuelle Beihilfe nur für Heilpraktikerleistungen, Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und für Wahlleistungen im Krankenhaus. Gewährte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden bei der Festsetzung der Beihilfe berücksichtigt.

16. „Verzichten“ privat versicherte Beihilfeberechtigte auf Ansprüche, wenn sie sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?

Ja. Entscheiden sich privat versicherte Beihilfeberechtigte für die pauschale Beihilfe, besteht kein Anspruch mehr auf individuelle Beihilfe.

Dabei ist zu beachten: Sowohl durch eine beihilfekonforme private Krankenversicherung (Umfang abhängig vom individuellen Bemessungssatz) mit ergänzender individueller Beihilfe, als auch mit einer Krankenvollversicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (Umfang 100 %) entsprechend der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wird eine ausreichende Absicherung gewährleistet, die alle notwendigen und angemessenen Leistungen im Krankheitsfall beinhaltet.

Trotz der insgesamt bestehenden Gleichwertigkeit von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe (ergänzt durch eine beihilfekonforme private Krankenversicherung) können sich im Einzelfall aufgrund der Strukturunterschiede unterschiedliche Leistungen ergeben. Die wesentlichen Unterschiede der Beihilfe im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus Frage 3. Über die konkreten Unterschiede im Leistungsvolumen von privater Krankenversicherung (ergänzt durch individuelle Beihilfe) und gesetzlicher Krankenversicherung sollten sich Beihilfeberechtigte bei den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen umfassend informieren.

17. Können Beamtinnen und Beamte, die bereits freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind und die Beiträge in voller Höhe selbst tragen, ebenfalls eine pauschale Beihilfe beanspruchen?

Diesen Beamtinnen und Beamten wird auf Antrag die pauschale Beihilfe gewährt. Zu beachten ist dabei, dass damit unwiderruflich auf Leistungen der individuellen Beihilfe verzichtet wird und entsprechende Leistungen der Beihilfe entfallen.

18. Welche Auswirkungen ergeben sich für die pauschale Beihilfe, wenn sich Beamtinnen und Beamte später für eine Rückkehr von der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung oder umgekehrt entscheiden?

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung, zum Beispiel von freiwilliger gesetzlicher Krankenversicherung in eine private Krankenversicherung oder umgekehrt, bleibt eine - frühere - Entscheidung für die pauschale Beihilfe weiterhin bindend. Die pauschale Beihilfe wird höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

19. Wie hoch ist die pauschale Beihilfe, wenn Beihilfeberechtigte in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind?

Die Höhe des Beitrages zur gesetzlichen Krankenversicherung ist einkommensabhängig. In der gesetzlichen Krankenversicherung 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 wegen der Fortzahlung der Dienstbezüge im Krankheitsfall keine Krankengeldzahlung durch die gesetzliche Krankenkasse. Daher gilt für Beamtinnen und Beamte im aktiven Beamtenverhältnis der ermäßigte Beitragssatz für freiwillige Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherung in Höhe von derzeit 14,0 % des Bruttoeinkommens.

Bei freiwillig Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung werden zudem grundsätzlich alle Einkünfte (zum Beispiel private Renten, aus Vermietung und Verpachtung sowie Einnahmen aus Kapitalvermögen, Aktien usw.) verbeitragt. Die Einkünfte werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2023: 59.850 € im Jahr bzw. 4.987,50 € im Monat) berücksichtigt. 2023 liegt der monatliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch bei 698,25 €. Hinzu kommt ggf. ein kassenindividueller Zusatzbeitrag, den gesetzliche Krankenkassen erheben können.

Für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % (zzgl. kassenindividueller Zusatzbeitrag). Der Höchstbeitrag (ohne kassenindividuellen Zusatzbeitrag) beträgt dann 728,18 €.

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

Es werden grundsätzlich 50 % der nachgewiesenen Kosten für eine gesetzliche Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten und 50 % der Kosten für eine

notwendige gesetzliche Krankenversicherung für berücksichtigungsfähige Angehörige als pauschale Beihilfe erstattet.

Bei der oder dem Beihilfeberechtigten ist die pauschale Beihilfe auf den auf die Besoldung oder die Versorgungsbezüge entfallenden Beitragsanteil beschränkt, soweit sich die Höhe des Beitrages – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nach der Höhe des Einkommens bestimmt.

Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder ein Anspruch auf Zuschüsse zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses werden auf die pauschale Beihilfe angerechnet. Dies kommt insbesondere bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen zum Tragen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind.

Beispiel:

Ein im aktiven Dienst stehender Beihilfeberechtigter hat Einkommen aus Besoldung in Höhe von 4.500 € brutto monatlich. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 %, die gesetzliche Krankenversicherung erhebt einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von 1,1 %: Der Beitrag beträgt 679,50 € monatlich. Die pauschale Beihilfe beträgt die Hälfte (339,75 €).

Der berücksichtigungsfähige Ehegatte verfügt über ein monatliches Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit von 1.200 €. Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 %, die gesetzliche Krankenversicherung erhebt einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von 1,1 %: Der Beitrag beträgt 188,40 €. Die pauschale Beihilfe beträgt die Hälfte (94,20 €). Allerdings beträgt der Arbeitgeberanteil ebenfalls die Hälfte des Beitrags (7,85 %), das sind 94,20 €. Die pauschale Beihilfe wird um diesen Arbeitgeberanteil gekürzt und beträgt deshalb 0 €.

20. Wie hoch ist die pauschale Beihilfe, wenn Beihilfeberechtigte in der privaten Krankenversicherung versichert sind?

Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sind einkommensunabhängig. Die private Krankenversicherung kalkuliert die Beiträge nach dem vereinbarten Leistungsumfang und dem individuellen Risiko. Für weitere Informationen sollten sich Beihilfeberechtigte an eine der privaten Krankenversicherungen wenden.

Es werden grundsätzlich 50 % der nachgewiesenen Kosten für eine notwendige Krankenvollversicherung des Beihilfeberechtigten und 50 % der Kosten für eine notwendige Krankenvollversicherung für berücksichtigungsfähige Angehörige als pauschale Beihilfe erstattet.

Bei privater Krankenversicherung ist die Höhe der pauschalen Beihilfe begrenzt auf die Hälfte der Versicherungsbeiträge, höchstens jedoch auf den hälftigen Beitrag einer privaten Krankenversicherung im Basistarif nach § 152 VAG, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sein müssen. Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten.

Der gesetzlich geregelte Höchstbeitrag im Basistarif beträgt im Jahr 2023 pro Person 807,98 € und berechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung

von 14,6 % und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag (2023: 1,6 %), bezogen auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (2023: 4.987,50 € im Monat). Die Zuschusshöhe im Jahr 2023 beträgt maximal 403,99 € pro Monat je Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung oder ein Anspruch auf Zuschüsse zum Beitrag zur Krankenversicherung auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses werden auf die pauschale Beihilfe angerechnet.

21. Wie wird die pauschale Beihilfe beantragt, wie erfolgt die Auszahlung und ab wann kann pauschale Beihilfe gewährt werden?

Für die Gewährung der pauschalen Beihilfe bedarf es eines schriftlichen Antrags. Dieser ist beim Landesamt für Steuern und Finanzen einzureichen. Der Antrag auf Gewährung der pauschalen Beihilfe und der Verzicht auf die individuelle Beihilfe sind unwiderruflich und in Schriftform nach § 126 BGB einzureichen. Hierzu ist das Formular „Antrag auf pauschale Beihilfe nach § 80a des Sächsischen Beamtengesetzes“ zu verwenden, das im Internetauftritt des Landesamtes für Steuern und Finanzen zu finden ist (<https://www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html>).

Es wird darum gebeten, mit dem Antrag auch den Nachweis für das Bestehen einer gesetzlichen oder privaten Krankenvollversicherung mit einem „100 % Tarif“ und zur Beitragshöhe vorzulegen. Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge ist nachzuweisen und Veränderungen der Beitragshöhe sind dem Landesamt für Steuern und Finanzen unverzüglich mitzuteilen. Von den Krankenversicherungen gewährte Beitragsrückerstattungen für nicht in Anspruch genommene Leistungen für Zeiten, in denen pauschale Beihilfe gezahlt wurde, sind hiervon ausgenommen.

Zur Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Erwachsenen ist zudem ein Nachweis über deren Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG und vergleichbarer ausländischer Einkünfte in den drei Kalenderjahren vor der Antragstellung erforderlich.

Es wird darum gebeten dem Landesamt für Steuern und Finanzen zur Unterstützung eines reibungslosen Verfahrens regelmäßig die von den Krankenversicherungen jährlich erstellten Mitteilungen über die zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge und ggf. den o. g. Nachweis über die Einkünfte (z. B. Einkommensteuerbescheid) von berücksichtigungsfähigen Erwachsenen zuzusenden, damit die Beiträge der o. g. Angehörigen berücksichtigt werden können.

Die pauschale Beihilfe wird monatlich an die oder den Beihilfeberechtigten gezahlt. Es erfolgt keine Zahlung an eine Krankenversicherung.

Aufgrund der gesetzlichen Regelung ist eine rückwirkende Zahlung der pauschalen Beihilfe nicht möglich. Die pauschale Beihilfe wird ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang des Antrags im Landesamt für Steuern und Finanzen folgt, gewährt. Die Antragstellung kann bereits vor der Berufung in ein Beamtenverhältnis erfolgen. Um also bereits ab 1. Januar 2024

pauschale Beihilfe erhalten zu können, muss ein entsprechender Antrag bis zum 31. Dezember 2023 im Landesamt für Steuern und Finanzen eingegangen sein; dies gilt auch für bereits am 1. Januar 2024 vorhandene Beamtinnen und Beamte, die freiwillig gesetzlich krankenversichert sind.

22. Welche Unterlagen sind mit dem Antrag auf pauschale Beihilfe einzureichen?

Mit dem schriftlichen Antrag sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Krankenversicherungsnachweis (Bescheinigung bzw. Versicherungsschein über das Vorliegen einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. privaten Krankenvollversicherung)
- Bescheinigung über die Höhe der Beiträge der gesetzlichen Krankenkasse oder der privaten Krankenvollversicherung
- evtl. Nachweis über die Höhe des Zuschusses zur Krankenversicherung (z. B. vom Rententräger oder vom Jobcenter)

Sollten diese noch nicht vollständig vorliegen, können diese auch nachgereicht werden. Der Antrag dient dann vor allem zunächst der Fristwahrung!

23. Innerhalb welcher Frist kann man sich für die pauschale Beihilfe entscheiden?

Für die pauschale Beihilfe können sich Beihilfeberechtigte jederzeit entscheiden. Hierfür gilt keine Frist. Zu beachten ist dabei aber, dass pauschale Beihilfe frühestens ab dem ersten Tag des Monats gewährt werden kann, der auf den Eingang des Antrags im Landesamt für Steuern und Finanzen folgt. Es wird auf die die Hinweise zu Frage 12 verwiesen.

24. Welche Änderungen sind dem Landesamt für Steuern und Finanzen zur Berechnung der pauschalen Beihilfe mitzuteilen?

Änderungen in

- der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (ausgenommen: Beitragsrückerstattungen der Krankenversicherungen, die im Zusammenhang mit der Nichtinanspruchnahme von Vertragsleistungen gewährt werden) oder
- den persönlichen Verhältnissen (zum Beispiel Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens, Änderung des Krankenversicherungsumfangs, Veränderungen zum Familienstand, Wegfall eines berücksichtigungsfähigen Kindes im Familienzuschlag, Änderungen des Einkommens eines berücksichtigungsfähigen Erwachsenen),

sind unmittelbar und unverzüglich dem Landesamt für Steuern und Finanzen schriftlich mitzuteilen. Aus Änderungen resultierende Überzahlungen werden - soweit möglich - mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe verrechnet.

25. Was ist bei Elternzeit und Beurlaubungen ohne Dienstbezüge zu beachten?

Bei einer Elternzeit besteht die Beihilfeberechtigung nach § 80 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SächsBG und damit auch der Anspruch auf pauschale Beihilfe fort, soweit weiterhin Beiträge entrichtet werden. Eine Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen nach § 27 der Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung ist auf die pauschale Beihilfe anzurechnen.

Bei einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge besteht grundsätzlich keine Beihilfeberechtigung und damit kein Anspruch auf pauschale Beihilfe. Insoweit besteht auch kein Anspruch auf pauschale Beihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige.

Die Beihilfeberechtigung besteht nur in den in § 80 Abs. 2 Satz 2 SächsBG genannten Ausnahmefällen fort (vgl. Frage 1).

26. Welche Auswirkungen auf die pauschale Beihilfe hat ein Wechsel zu einem anderen Dienstherrn?

Bei einer Abordnung oder einer Zuweisung zu einem anderen Dienstherrn wird die pauschale Beihilfe weitergewährt, da sich der Beihilfeanspruch weiterhin nach dem bisherigen (abgebenden) Dienstherrn richtet.

Bei einer Versetzung zu einem anderen Dienstherrn ist zunächst zu unterscheiden, ob die Versetzung zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich des Sächsischen Beamtengesetzes erfolgt oder nicht:

a) Versetzung zu einem anderen Dienstherrn im Geltungsbereich des Sächsischen Beamtengesetzes

Der Antrag auf pauschale Beihilfe ist im staatlichen Bereich beim Landesamt für Steuern und Finanzen (Dienstherr Freistaat Sachsen) einzureichen und bindet daher nur den (aktuellen) Dienstherrn. Bei einer Versetzung zu einem anderen Dienstherrn im Geltungsbereich des Sächsischen Beamtengesetzes (z. B. Stadt Leipzig) ist daher ein neuer Antrag erforderlich, wenn pauschale Beihilfe (im bisherigen Umfang) weiter bezogen werden soll. Ansonsten besteht beim neuen Dienstherrn Anspruch auf individuelle Beihilfe.

b) Versetzung zu einem anderen Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches des Sächsischen Beamtengesetzes

Bei einer Versetzung zu einem anderen Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches des Sächsischen Beamtengesetzes gilt das dortige Beihilferecht. Ob dort ein Anspruch auf pauschale Beihilfe besteht, richtet sich nach dem dortigen Beihilferecht. Sieht der neue Dienstherr eine pauschale Beihilfe vor, ist ggf. ein neuer Antrag erforderlich. Dabei ist auch zu beachten, dass eine eventuelle pauschale Beihilfe dort von anderen Faktoren abhängig sein kann und ggf. auch abweichende Regelungen getroffen wurden. Neben dem Freistaat Sachsen bieten derzeit auch die Länder Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen eine pauschale Beihilfe an.

27. Welche Auswirkungen auf die pauschale Beihilfe hat der Übergang in den Ruhestand?

Der Anspruch auf pauschale Beihilfe bleibt auch im Ruhestand bestehen. Eine erneute Antragstellung ist nicht erforderlich. Für Versorgungsbezüge gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung statt des ermäßigten der allgemeine Beitragssatz von z. Z. 14,6 % (zzgl.

des kassenindividuellen Zusatzbeitrages), der der Berechnung der pauschalen Beihilfe zu Grunde gelegt wird.

Die Zahlung der pauschalen Beihilfe erfolgt dann mit den Versorgungsbezügen. Am Umfang (50 %) ändert sich nichts.

Ein neues Wahlrecht besteht auch nicht im Falle einer Reaktivierung (z. B. bei erneuter Berufung in ein Beamtenverhältnis nach vorausgegangener Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit).

28. Können Vollzugsbeamtinnen und Vollzugsbeamte der Polizei und Beamtinnen und Beamte der Feuerwehr sowie andere Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge die pauschale Beihilfe erhalten und was ist zu beachten?

Bei einem Anspruch auf Heilfürsorge wird Beihilfe darüber hinaus bzw. daneben nicht gewährt (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SächsBhVO).

Aber: Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge im Sinne des § 135 SächsBG haben bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 80 Abs. 4 SächsBG (vgl. Frage 1) Anspruch auf individuelle Beihilfe für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Ihnen kann anstelle der individuellen Beihilfe für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine pauschale Beihilfe gewährt werden. Diese Entscheidung ist ebenso unwiderruflich und gilt somit auch bei Eintritt oder Versetzung der Beamtin oder des Beamten in den Ruhestand fort, auch wenn sie oder er selbst dann Anspruch auf individuelle Beihilfe hat.

29. Was ist für Vollzugsbeamtinnen und Vollzugsbeamte der Polizei und für Beamtinnen und Beamte der Feuerwehr sowie andere Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Heilfürsorge mit Blick auf den Ruhestand zu beachten?

Ein bestehender Anspruch auf Heilfürsorge fällt bei Eintritt oder Versetzung in den Ruhestand weg. Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte sind grundsätzlich beihilfeberechtigt. Erfahrungsgemäß schließen viele Beamtinnen und Beamte eine Anwartschaftsversicherung bei der privaten Krankenversicherung ab, um bei Eintritt in den Ruhestand eine private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ggf. mit geringeren Beiträgen zu gewährleisten. Eine Anwartschaftsversicherung ist grundsätzlich auch in der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Diese kommt dann in Betracht, wenn Anspruch auf Heilfürsorge besteht und im Ruhestand die Möglichkeit zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen soll.

Durch die Rechtsänderung können ab dem 1. Januar 2024 für die Planung der Krankheitsvorsorge im Ruhestand auch die Kombinationen einer gesetzlichen Krankenversicherung mit pauschaler Beihilfe oder einer privaten Krankenvollversicherung mit pauschaler Beihilfe in Betracht gezogen werden.

Bei Planung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ruhestand sind derzeit u. a. folgende Rechtsgrundlagen maßgeblich:

Beamtinnen und Beamte können sich unter den in § 9 SGB V geregelten Voraussetzungen freiwillig gesetzlich krankenversichern, z. B. mit der Verbeamtung, wenn zu diesem Zeitpunkt entsprechende Vorversicherungszeiten vorliegen. Der Beitritt ist der gesetzlichen Krankenkasse innerhalb einer Frist von 3 Monaten anzuzeigen, nähere Einzelheiten sind in § 9 Abs. 2 SGB V geregelt. Der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ruht, solange ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht (§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) und es kommt grundsätzlich eine „Anwartschaftsversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Die Beitragsbemessung während der Dauer der Anwartschaftsversicherung regelt § 240 Abs. 4b SGB V, wonach der Beitragsbemessung 10 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zu Grunde zu legen ist. Im Jahr 2023 beträgt die Bezugsgröße 3.395 € (West) bzw. 3.290 € (Ost) monatlich.

Alternativ kommt aber auch eine Anwartschaft in der privaten Krankenversicherung im Rahmen einer Vollversicherung („100 %“) in Betracht.

Für die Kosten einer solchen Anwartschaftsversicherung wird keine pauschale Beihilfe gewährt.

Hinsichtlich der Kosten und Leistungen sollten sich Beamtinnen und Beamte bei den privaten Krankenversicherungen und den gesetzlichen Krankenkassen informieren. Die gesetzlichen Krankenkassen sind zur Beratung und Auskunft verpflichtet (§§ 14, 15 SGB I). Interessierte Personen sollten sich in jedem Fall bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse über das Verfahren nach § 9 SGB V und nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V individuell informieren.

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

Sofern individuelle Beihilfe in Anspruch genommen wird, ist zu berücksichtigen, dass für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf bestimmte zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen ausgeschlossen sind und einer Wartezeit unterliegen (§ 15 Abs. 2 SächsBhVO). Ein Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen ist auf den Internetseiten des Landesamtes für Steuern und Finanzen (<https://www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html>) zu finden.

Das Beamtenverhältnis auf Widerruf endet grundsätzlich mit schriftlicher Bekanntgabe des Bestehens oder endgültigen Nichtbestehens der Prüfung oder dem endgültigen Nichtbestehen einer vorgeschriebenen Zwischenprüfung (§ 40 Abs. 1 SächsBG). Nach Ablauf dieser Zeit kann das Beamtenverhältnis auf Widerruf nicht in eines auf Probe umgewandelt werden. Es ist ein neues Beamtenverhältnis zu begründen. Damit wird ein neuer Anspruch auf Beihilfe begründet, so dass erneut eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe getroffen werden kann. Beihilfeberechtigte sind in diesem Fall nicht mehr an ihre im Beamtenverhältnis auf Widerruf getroffene Entscheidung gebunden.

Es wird darum gebeten, das Landesamt für Steuern und Finanzen rechtzeitig vor oder zu Beginn des neuen Beamtenverhältnisses durch erneuten schriftlichen Antrag zu informieren, falls die pauschale Beihilfe weiter gewährt werden oder erstmals gewählt werden soll.

Im Falle der Umwandlung eines Beamtenverhältnisses auf Widerruf in ein solches auf Probe noch vor Entlassung aus dem Beamtenverhältnis auf Widerruf kraft Gesetzes (also vor der

schriftlichen Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses) verbleibt es bei der ursprünglich getroffenen Entscheidung.

31. Welche Auswirkungen hat ein ergänzender Beitragszuschuss nach § 80b SächsBG auf die pauschale Beihilfe, der für berücksichtigungsfähige Angehörige gewährt wird?

Eine Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung für berücksichtigungsfähige Angehörige nach § 80b SächsBG kommt bei pauschaler Beihilfe nicht in Betracht, da diese nur für beihilfekonforme, d. h. anteilige Krankenversicherungen gewährt werden. Hingegen muss bei pauschaler Beihilfe eine vollständige Versicherung im Umfang von 100 % bestehen.

32. Unterliegt die pauschale Beihilfe der Einkommensteuer?

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.

33. Welche Nachweise sind dem Dienstherrn für die Steuerfreistellung vorzulegen?

Bei einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ist - neben den bei Antragstellung für die pauschale Beihilfe geforderten Unterlagen - unverzüglich nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres (spätestens bis zum 30. April des jeweils folgenden Kalenderjahres) die zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Beihilfe durch eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge nachzuweisen. Regelmäßig geschieht dies bereits in der jährlichen Bescheinigung über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge.

34. Wird die pauschale Beihilfe auf der Lohnsteuerbescheinigung ausgewiesen?

Ja, die ausgezahlte pauschale Beihilfe ist unter Nummer 24 a) (gesetzliche Krankenversicherung) bzw. Nummer 24 b) (private Krankenversicherung) der Lohnsteuerbescheinigung auszuweisen.