

Informationsblatt Beihilfe für neu eingestellte Beamte

Stand: 01.01.2019

Dieses Infoblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über beihilferechtliche Bestimmungen und das Abrechnungsverfahren. Weitere Informationsblätter und Antragsformulare finden Sie auf der Internetseite

www.nlbv.niedersachsen.de. Dort steht auch ein umfangreiches Allgemeines Informationsblatt über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Vordruck 2719) zur Verfügung.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten. Im Zweifel setzen Sie sich bitte mit Ihrer Beihilfefestsetzungsstelle in Verbindung. Zur besseren Lesbarkeit dieses Infoblattes wurde auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet.

1. Zweckbestimmung/Personenkreis

Die Beihilfe ist eine finanzielle Unterstützung in Krankheits-, Geburts- und Pflegefällen für Beamte und Versorgungsempfänger. Sie wird auf Antrag vom Dienstherrn prozentual nach Vorlage der krankheitsbedingten Aufwendungen gewährt.

Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge werden keine Beihilfen gewährt (Ausnahmen u. a.: Beurlaubung wegen Elternzeit, Beurlaubung unter einem 1 Monat, in den ersten sechs Monaten eines Urlaubs zur Pflege naher Angehöriger). Nicht beihilfeberechtigt sind Beamte, wenn ihr Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist.

2. Rechtsgrundlagen

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

3. Umfang

Die Beihilfe bemisst sich nach einem personenbezogenen Prozentsatz. Dieser **Bemessungssatz (BMS)** beträgt für:

- Beamte (Bedienstete im aktiven Dienst) **50 %**
(für Beamte mit zwei oder mehr im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder **70 %**),
- berücksichtigungsfähige Ehegatten/Lebenspartner sowie Versorgungsempfänger **70 %**,
- berücksichtigungsfähige Kinder **80 %**.

Für Beamte mit zwei oder mehr im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kindern beträgt der BMS 70 %; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der BMS nur bei einem von ihnen 70 %.

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

Bei der Festsetzung der Beihilfe werden nur „beihilfefähige“ Aufwendungen berücksichtigt. So sind z. B.

Wahlleistungen (Ein-/Zweibettzimmer, Wahlarztbehandlung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung) nicht beihilfefähig.

Für **Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst** und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für **Zahnersatz**, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen grundsätzlich nicht beihilfefähig. Dies gilt u. a. nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist.

4. Krankenversicherung

Seit 2009 besteht eine generelle Krankenversicherungspflicht, aus der sich die Pflicht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zum Abschluss einer ergänzenden bzw. beihilfekonformen Krankenversicherung ergibt. Bitte passen Sie Ihre private Versicherung entsprechend an. Der Abschluss eines nicht beihilfekonformen Versicherungstarifes (Überversicherung) führt in der Regel zu Kürzungen der Beihilfe, da diese zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Versicherungsleistungen die beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen darf.

Anstelle der privaten Krankenversicherung können Sie auch freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert bleiben. Zu den Bedingungen erkundigen Sie sich bei der gesetzlichen Krankenkasse. Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung ist die gesetzliche Krankenversicherung eine Vollversicherung, die grundsätzlich alle entstehenden Kosten im Rahmen sogenannter Sach- und Dienstleistungen deckt. Darüber hinaus ist die Gewährung von Beihilfeleistungen nur unter bestimmten Voraussetzungen eingeschränkt möglich. Hierzu erkundigen Sie sich ggf. bei Ihrer Beihilfestelle.

5. Antragstellung

Die Beihilfe ist mit den offiziellen schriftlichen Formularen zu beantragen. Antragsformulare erhalten Sie bei den Zentralen Informations- und Beratungsstellen (ZIB) in den Standorten der LBV. Sie finden den **Beihilfeantrag (Vordr. S001 A)**, das **Ergänzungsblatt (Vordr. S 002)** und weitere Informationsblätter auch auf der Internetseite www.nlbv.niedersachsen.de. Beim Erstantrag und bei allen beihilferechtlich relevanten Änderungen ist das Ergänzungsblatt zum Beihilfeantrag beizufügen.

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

Die krankheits- bzw. pflegebedingten Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungsaussteller gefertigten Zweitschriften der Belege sind dem Beihilfeantrag beizufügen. Selbst gefertigte Kopien der Belege werden nicht akzeptiert. Aus den Belegen müssen Grund und Höhe der Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich und für die Beihilfestelle nachprüfbar sein.

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen **insgesamt mehr als 100,00 €** betragen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstände.

Auf die **Ausschlussfrist von einem Jahr** wird ausdrücklich hingewiesen. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen innerhalb eines Jahres, nachdem sie entstanden sind (Ausstellungsdatum der Rechnung, Kaufdatum des Medikaments oder Hilfsmittels), geltend gemacht werden. Maßgebend ist der Antragseingang bei der Beihilfestelle (Eingangsstempel der Poststelle). Eine Beihilfe auch ist dann innerhalb der Ausschlussfrist von einem Jahr zu beantragen, wenn wegen der Aufwendungen ein privatrechtliches Streitverfahren anhängig ist (zur Fristwahrung). Hierauf ist bei der Antragstellung hinzuweisen.

Bitte schicken Sie Ihren Beihilfeantrag, das Ergänzungsblatt, Ihre Versicherungsbescheinigung und die Zweitschriften der Rechnungsbelege an die Beihilfestelle Aurich.

Kontaktdaten:

Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Postfach 1570
26585 Aurich

www.nlbv.niedersachsen.de

Telefonzentrale (Vermittlung von Ansprechpartner): (04941) 13 - 0

Telefon ZIB (Information und Beratung): (04941) 13 - 2700

Bitte achten Sie darauf, dass die Beihilfeformulare vollständig ausgefüllt sind. Beachten Sie auch die Formularhinweise. Neben der Versendung mit der „gelben“ Post oder einem privaten Anbieter ist die Versendung per Dienstpost auf den vom Land genutzten Kurierwegen möglich. Das Frankieren der Beihilfepost über die Dienststellen ist unzulässig. Der Antragsweg per Dienstpost dauert in der Regel etwas länger als der Weg über die „gelbe“ Post. Erkundigen Sie sich hierzu ggf. bei Ihrer Dienststelle.

6. Antragsbearbeitung

Ihr Beihilfeantrag wird schnellstmöglich bearbeitet. Sie erhalten von uns mit der Dienstpost einen Beihilfebescheid. In diesem Bescheid werden die einzelnen Rechnungsbelege mit der festgesetzten Beihilfe und etwaigen Begründungen bzw. Hinweisen aufgelistet. Die festgesetzte Beihilfe wird auf Ihr Bezügekonto überwiesen. Dem Beihilfebescheid liegen Ihre Rechnungsbelege (Ausnahme: Arzneimittelverordnungen) und ein im Kopfbogen vorausgefüllter Beihilfeantrag (für Ihre nächste Beantragung) bei. Bitte überprüfen Sie den Bescheid. Auf etwaige Fehler im Bescheid weisen Sie uns bitte hin (**Anzeigepflicht!**).

7. Voranerkennungsverfahren

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

8. Vollmacht

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

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