

# Informationen über Krankenversicherung und Beihilfe sowie Versorgung und Rentenversicherung für Mitarbeitende der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis



## I. Krankenversicherung und Beihilfe

Bei Beschäftigung in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Kirchenbeamten- oder Pfarrdienstverhältnis) der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern (ELKB) besteht ebenso wie bei staatlichen Beamtenverhältnissen Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für den **Krankenversicherungsschutz** haben Sie deshalb selbst zu sorgen. Seit 2009 ist der Abschluss einer ausreichenden Krankenversicherung Pflicht. Ergänzend zur vorrangigen Eigenvorsorge haben Sie einen Anspruch auf Beihilfen in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen nach der Kirchlichen Beihilfeverordnung (KiBhV, RS 766).

Sofern Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren, haben Sie die Wahl, entweder als nunmehr freiwilliges Mitglied in Ihrer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. AOK Bayern, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse) zu bleiben oder zu einer privaten Krankenkasse zu wechseln und eine private beihilfekonforme Krankenversicherung abzuschließen.

### 1. Freiwillige Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse

Entscheiden Sie sich für die freiwillige Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse, können Sie beim Referat F4.8 – Beihilfe des Landeskirchenamts (Adresse siehe Nr. 6 dieses Abschnitts) einen Antrag auf Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag stellen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 KiBhV). Bitte fügen Sie dem formlosen Antrag den aktuellen Beitragsbescheid Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bei. Sobald sich Änderungen des Krankenversicherungsbeitrags ergeben, legen Sie bitte den neuen Beitragsbescheid vor, damit der Zuschuss angepasst werden kann.

Der Antrag auf Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag wird wirksam zum Ersten des Monats, in dem der Antrag beim Referat F4.8 eingegangen ist. Der Zuschuss wird längstens für ein Jahr rückwirkend gezahlt, jedoch nicht über den Beginn des öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses hinaus.

Somit können Sie, ohne finanzielle Nachteile befürchten zu müssen, mit der Antragstellung warten, bis Ihnen der Bescheid über die Beiträge zur Krankenversicherung ab Beginn des öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses vorliegt.

Den Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (vergleichbar dem Arbeitgeberanteil bei privatrechtlich Beschäftigten) gewährt die ELKB in Höhe der Hälfte des paritätisch ermäßigten Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung (2020: 14,0 %) bzw. des paritätisch finanzierten allgemeinen Beitragssatzes (2020: 14,6 %).

Kein Zuschuss wird gewährt auf den von den Mitgliedern der Krankenkassen zusätzlich zu zahlenden kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Auch zum Beitrag zur Pflegeversicherung wird kein Zuschuss gewährt (siehe Nr. 5 a).

Der Bezug des Zuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag setzt voraus, dass sich die Beihilfeberechtigten im Gegenzug verpflichten, die Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Behandlung auf Versichertenkarte) in Anspruch zu nehmen. Insoweit entfällt der **Beihilfeanspruch**

und findet § 46 Abs. 3 Satz 1 Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV) keine Anwendung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 KiBhV).

Es entstehen Ihnen bei der Behandlung auf Versichertenkarte jedoch keine Kosten (abgesehen von den üblichen Zuzahlungen für Arzneimittel, Verbandsmaterial und Hilfsmittel sowie für Heilmittelbehandlungen wie Massagen und Krankengymnastik). Wird ein Krankenhausaufenthalt nötig, ist die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, d.h. die Verpflegung, Pflege, Versorgung mit Arzneimitteln und die Unterkunft in der allgemeinen Pflegeklasse (meist Drei- oder Mehrbettzimmer, in modernen Krankenhäusern teilweise auch Zweibettzimmer) sowie der ärztlichen Leistungen mit den Pflegesätzen des Krankenhauses abgegolten. Sie verursacht also regelmäßig keine zusätzlichen Kosten (ausgenommen Zuzahlung von derzeit 10,00 € pro Kalendertag; dieser Eigenanteil ist auf 28 Tage = 280,00 € im Jahr beschränkt; vgl. § 39 Abs. 4 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i. V. m. § 61 Satz 2 SGB V). Anders als beim Krankenhausaufenthalt gilt bei einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme keine Zuzahlungsbegrenzung. Nur wenn die ambulante Reha länger als 42 Tage oder stationär länger als sechs Wochen dauert, gilt derzeit eine Höchstgrenze von 28 Tagen für die Zuzahlung. Bei einer Anschlussheilbehandlung sind es ebenfalls maximal 28 Tage (§ 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V).

Ein ergänzender Beihilfeanspruch besteht für **Zahnersatz** (nur Kronen, Brücken, Prothesen und Implantate), **Heilpraktiker-Leistungen** und **Wahlleistungen** im Krankenhaus (Zweibettzimmer, bei einer Eigenbeteiligung von 7,50 € pro Aufenthaltstag im Krankenhaus, höchstens für 30 Tage im Kalenderjahr; Chefarztbehandlung, bei einer Eigenbeteiligung von 25,00 € pro Aufenthaltstag). Hierbei ist zu beachten, dass auch für diese Leistungen Beihilfe zum jeweils geltenden Beihilfebemessungssatz gewährt wird, also nicht sämtliche Kosten durch die Beihilfe abgedeckt werden. Am Beispiel der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer bedeutet das, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse vom beihilfefähigen Betrag abgezogen werden und auf den Rest Beihilfe nach dem jeweils geltenden Beihilfebemessungssatz gezahlt wird. Wenn Sie garantiert im Ein- oder Zweibettzimmer untergebracht werden wollen, sollten Sie eine private Zusatzversicherung für den Krankenhausaufenthalt in dieser Variante abschließen. Die Krankenversicherer bieten Zusatztarife an, die genau die Deckungslücke zwischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe schließen.

## **2. Private Krankenversicherung und Beihilfe**

---

Entscheiden Sie sich für eine private Krankenversicherung oder besteht für Sie keine Möglichkeit der Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung, ist die private Krankenversicherung so abzuschließen, dass die Leistungen der Krankenkasse zusammen mit der Beihilfe einen 100 %igen Ersatz der entstandenen Aufwendungen ergeben (= beihilfekonforme private Krankenversicherung). Eigenbeteiligungen etwa zu Arznei- und Verbandmitteln bleiben davon unberührt.

Die ELKB gewährt den Empfängern und Empfängerinnen von Dienst-, Anwärter-, Versorgungs- und Wartestandsbezügen Beihilfen in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KiBhV). Dafür findet weitgehend das Beihilfe-Recht des Freistaats Bayern Anwendung. Deshalb gilt gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 KiBhV für die Gewährung von Beihilfen Art. 96 Bayerisches Beamtengesetz (BayBG) in Verbindung mit der Verordnung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen (Bayerische Beihilfeverordnung – BayBhV) in der jeweiligen Fassung, sofern in der Kirchlichen Beihilfeverordnung keine abweichenden oder ergänzenden Regelungen getroffen worden sind.

Beihilfen werden regelmäßig als Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) gewährt. Der Beihilfebemessungssatz stellt auf die Person ab, für die Beihilfe beantragt wird (z. B. Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst 50 %, Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern 70 %, berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner 70 %, berücksichtigungsfähige Kinder 80 %).

Während der Elternzeit besteht ein Anspruch auf Beihilfe für Mitarbeitende im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis auch, wenn keine Bezüge gezahlt werden (§ 1 Abs. 1 Satz 2 KiBhV i. V. m. Art. 96 Abs. 1 Satz 2 BayBG). Die eigene Beihilfeberechtigung schließt nach § 5 Abs. 3 Satz 1 BayBhV die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus.

Schon bei Abschluss des Vertrags mit der privaten Krankenkasse sollte beachtet werden, dass – im Gegensatz zu den Beamtinnen und Beamten des Freistaats Bayern – die kirchlichen Versorgungsempfängerinnen und -empfänger im Ruhestand ihre Versorgung unter Einbeziehung der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten (siehe II. Versorgung und Rentenversicherung). Aufgrund dessen kommen die Versorgungsempfängerinnen und -empfänger der ELKB ab Beginn der Rentenzahlung ferner in den Genuss des von der Deutschen Rentenversicherung Bund zusätzlich zur Rente gezahlten – und letztlich von der ELKB aufgebauten – Zuschusses zur privaten Krankenversicherung gemäß § 106 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI), der der betreffenden Person in voller Höhe verbleibt und den vergleichbare Beamtinnen und Beamte des Freistaats Bayern nicht erhalten.

Beträgt dieser Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung mehr als 78,62 € (Stand: 1. Juli 2020 – Betrag wird jährlich zum 1. Juli mit der Rentenerhöhung angepasst), vermindert sich der Beihilfebemessungssatz um 20 Prozentpunkte (§ 3 KiBhV).

Das heißt, statt eines Beihilfebemessungssatzes von 70 % (wie bei den staatlichen Ruheständlern) vermindert sich für kirchliche Versorgungsempfängerinnen und -empfänger der Beihilfebemessungssatz in diesem Regelfall um 20 Prozentpunkte auf 50 %. Ein grundsätzlich denkbarer (Teil-) Verzicht auf den Zuschuss der Rentenversicherung zur Krankenversicherung würde an der Verminderung des Beihilfebemessungssatzes nichts ändern, brächte diesbezüglich also nicht nur nichts, sondern wäre zum Nachteil der oder des Betroffenen. Die Regelung trifft auch auf die bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Kinder zu.

*Wir empfehlen dringend, bei Abschluss des Vertrags mit der privaten Krankenkasse einen Versicherungstarif zu wählen, der bei der Bildung von Alterungsrückstellungen dem Umstand des im Ruhestand abgesenkten Beihilfebemessungssatzes Rechnung trägt. Sprechen Sie Ihre private Krankenkasse aktiv darauf an, da die rechtliche Besonderheit der ELKB nicht allgemein bekannt ist. Alterungsrückstellungen dienen der Dämpfung des Beitragsanstiegs im Alter. Gegebenenfalls müssen Sie Ihren bestehenden Vertrag mit der privaten Krankenkasse unverzüglich anpassen. Wenn Sie dies nicht tun, müssen Sie später im Ruhestand höhere Beiträge zur privaten Krankenversicherung bei dann niedrigerem Einkommen finanzieren.*

### **3. Einschränkungen der Beihilfe**

---

Ferner sind Einschränkungen der Beihilfe zu beachten, wenn z. B. eine Pflichtversicherung für die Ehegattin oder den Ehegatten bzw. die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Soweit der Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten bzw. der eingetragenen Lebenspartnerin oder des

eingetragenen Lebenspartners im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages 20.000,00 € im Jahr übersteigt, entfällt die Beihilfe für diese Person. Ein eigener Beihilfeanspruch der Ehegattin oder des Ehegatten bzw. der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners ist stets vorrangig.

Die Beihilfevorschriften sehen bei Zahnersatzleistungen Einschränkungen oder Höchstbeträge vor. Einige private Krankenversicherer bieten hier Zusatzversicherungen an, die zumindest einen Teil der Selbstbeteiligung abdecken, die im Beihilferecht vorgesehen ist. Soweit die Zahnersatzleistungen in der privaten Krankenversicherung gesondert versichert werden, könnte auch ein höherer Prozentsatz abgeschlossen werden. Da Aufwendungen für Implantate nur unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig sind, ist der für die Beihilfeabrechnung zuständigen Stelle vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Bei klassischem Zahnersatz mit Kronen, Brücken oder Prothesen ist ein Heil- und Kostenplan nicht zwingend nötig.

#### **4. Allgemeine Hinweise**

---

Zu den verschiedenen Krankenversicherungsarten (gesetzliche oder private Krankenversicherung) können nur allgemeine Hinweise gegeben werden, weil in Krankenversicherungsfragen individuellen Merkmalen erhebliche Bedeutung zukommt. So findet bei Begründung der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse keine Gesundheitsprüfung statt. Die privaten Krankenversicherer dagegen entscheiden über die Annahme eines Versicherungsantrags nach dem Gesundheitszustand (und dem damit verbundenen Risiko aufgrund etwaiger Vorerkrankungen) der Bewerberin oder des Bewerbers für die vorhandene Versichertengemeinschaft.

Der Krankenkassenbeitrag bei Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse richtet sich nach dem gesetzlich geregelten Beitragssatz und den monatlichen (sozialversicherungspflichtigen) Bruttobezügen und anderen Einnahmen, die für die Beitragsberechnung von den gesetzlichen Krankenkassen bei freiwilliger Mitgliedschaft herangezogen werden dürfen, bis zur jeweils aktuellen Beitragsbemessungsgrenze. Für nichterwerbstätige Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner sowie nichterwerbstätige Kinder bis zum 25. Lebensjahr wird in der Regel kein eigener Beitrag erhoben (beitragsfreie Familienversicherung).

Dagegen ist bei Versicherung in einer privaten Krankenkasse für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Dieser richtet sich u. a. nach dem Eintrittsalter der versicherten Person und unter Umständen auch nach bestehenden Gesundheitsrisiken bei Eintritt in die private Krankenkasse (gegebenenfalls werden Risikozuschläge erhoben bzw. bestimmte Leistungen ausgeschlossen).

Entscheidungen im Blick auf den Krankenversicherungsschutz, insbesondere die Entscheidung, einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen, *sind häufig unumkehrbar*. Sollte über die gegebenen Hinweise hinaus Informationsbedarf bestehen, steht das Referat F4.8 für allgemeine Rückfragen gern zur Verfügung (Kontaktmöglichkeiten siehe Nr. 6). Eine detaillierte Beratung kann und darf das Referat aber nicht übernehmen, weshalb es sich empfiehlt, ggf. Vergleichsangebote gesetzlicher und privater Krankenkassen einzuholen.

#### **5. Pflegeversicherung**

---

Die Pflegeversicherung wurde am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Es gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten. Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,05 % der beitragspflichtigen Einnahmen der

Mitglieder (§ 55 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)), gegebenenfalls zuzüglich eines Beitragszuschlags für Kinderlose von 0,25 Beitragssatzpunkten (§ 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

- a) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beihilfeberechtigte werden bei ihrer Krankenkasse automatisch in die soziale Pflegepflichtversicherung aufgenommen (§ 20 Abs. 3 SGB XI). Allerdings müssen sie nur die Hälfte des Beitrages zahlen (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI; derzeit 1,525 %, ggf. zuzüglich eines Beitragszuschlags für Kinderlose von 0,25 Beitragssatzpunkten), weil eine Beihilfeberechtigung auch für den Fall der Pflege besteht. Die Leistungen der sozialen Pflegepflichtversicherung werden nur zur Hälfte erbracht, die andere Hälfte wird nach den Beihilfevorschriften als Beihilfe gewährt. Aus diesem Grunde ist die Gewährung eines Zuschusses zum Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung ausgeschlossen.
- b) Privat krankenversicherte Beihilfeberechtigte müssen bei ihrer privaten Krankenkasse eine private Pflegepflichtversicherung (PPV) als Ergänzung zur Beihilfe gemäß dem jeweils geltenden Beihilfebemessungssatz (beihilfekonform) abschließen (§ 23 Abs. 3 SGB XI). Die Leistungen sind denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig. An die Stelle der Sachleistungen tritt jedoch die Kostenerstattung – wie sonst auch bei der privaten Krankenversicherung.

## 6. Beihilfe – Fristen und Zuständigkeiten

Informationen rund um das Thema „Beihilfe“ sowie Formulare finden Sie auch im Intranet der ELKB unter: <https://www2.elkb.de/intranet/node/19410>.

### a) Ausschlussfrist für die Gewährung von Beihilfe

Bitte beachten Sie, dass für Aufwendungen, die seit dem 1. Januar 2020 entstanden und in Rechnung gestellt worden sind, eine Beihilfe nur gewährt wird, wenn sie innerhalb von drei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird (Ausschlussfrist).

Für Aufwendungen, die bis einschließlich 31. Dezember 2019 entstanden und in Rechnung gestellt worden sind, wird Beihilfe weiterhin nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird (Ausschlussfrist).

*Maßgebend* für die Wahrung der Ausschlussfrist ist das Datum des Eingangs bei der den Beihilfeantrag bearbeitenden Stelle – regelmäßig also das *Datum des Eingangs des Beihilfeantrags bei der BBZ* in Bad Dürkheim.

### b) Beihilfeabrechnung

Die ELKB hat die Beihilfeabrechnung für ihre Beihilfeberechtigten an die BBZ Beihilfe- und Beratungszentrum GmbH ausgelagert. Beihilfeanträge sind somit direkt an die BBZ in Bad Dürkheim zu richten.

BBZ Beihilfe- und Beratungszentrum GmbH  
Bruchstraße 54 a  
67098 Bad Dürkheim

Telefon 06322 9463 0  
E-Mail [www.bbz-beihilfe.de](http://www.bbz-beihilfe.de)  
Fax 06322 9463 50

Zu Abrechnungsfragen wenden sich Beihilfeberechtigte der ELKB bitte ebenfalls direkt an die BBZ (vgl. auch <https://www.bbz-beihilfe.de/kontakt.html>)

### c) Zuständiges Referat im Landeskirchenamt

Sobald das Personalservicezentrum des Landeskirchenamts die entsprechenden Informationen unter Beifügung einer Fotokopie des aktuellen Versicherungsscheins der Krankenkasse übermittelt, teilt das Referat F4.8 der BBZ in Bad Dürkheim die Begründung eines öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses mit – und damit die Beihilfeberechtigung der betreffenden Person.

Das Referat F4.8 ist wie folgt zu erreichen:                      Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern  
Landeskirchenamt  
Referat F4.8 – Beihilfe  
Postfach 20 07 51  
80007 München

E-Mail	<a href="mailto:Beihilfe@elkb.de">Beihilfe@elkb.de</a>	
Dr. Renate Koch (Referatsleitung)	<a href="mailto:Renate.Koch@elkb.de">Renate.Koch@elkb.de</a>	089 5595 662
Oliver Dargatz	<a href="mailto:Oliver.Dargatz@elkb.de">Oliver.Dargatz@elkb.de</a>	089 5595 412
Gabriele Heinrich	<a href="mailto:Gabi.Heinrich@elkb.de">Gabi.Heinrich@elkb.de</a>	089 5595 229 (Mo - Do)
Theodor Schoch	<a href="mailto:Theodor.Schoch@elkb.de">Theodor.Schoch@elkb.de</a>	089 5595 317
Fax		089 5595 8 876

## II. Versorgung und Rentenversicherung

Die Versorgung der in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehenden Beschäftigten – das heißt der Pfarrerinnen und Pfarrer sowie der Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamten, zu denen auch Religionspädagoginnen, Religionspädagogen, Diakoninnen und Diakone zählen – ebenso wie die Versorgung der Hinterbliebenen dieser Beschäftigten (Witwen, Witwer, Waisen) gewährleistet die ELKB nach Maßgabe des Versorgungsneuregelungsgesetzes (VNG, RS 760) unter Einbeziehung der gesetzlichen Rentenversicherung. Deshalb sind alle öffentlich-rechtlich Beschäftigten der ELKB während ihrer aktiven Dienstzeit in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert und zahlt die ELKB auch für diesen Personenkreis in die gesetzliche Rentenversicherung ein.

### 1. Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Da sie alle öffentlich-rechtlich Beschäftigten – anders als der Staat – in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert, übernimmt die ELKB als Dienstherrin sämtliche Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die ELKB zahlt also auch den Versichertenanteil am Pflichtbetrag zur gesetzlichen Rentenversicherung, der sonst als Arbeitnehmeranteil von der oder dem Rentenversicherten selbst zu tragen ist. Die Übernahme des Versichertenanteils erfolgt gemäß Art. 1 Abs. 3 Satz 1 VNG als Zuschlag zum Grundgehalt (Rentenversicherungszuschlag). Die den Mitarbeitenden dadurch entstehende steuerliche Mehrbelastung wird durch einen weiteren Zuschlag ausgeglichen – und zwar durch den Steuerabgeltungszuschlag gemäß § 1 Steuerabgeltungsverordnung (SteuerAbgV, RS 762).

## **2. Anrechnung von Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung**

---

Diejenigen Rentenleistungen, für die die ELKB oder ein anderer Dienstherr oder Dienstgeber aufgrund von Art. 1 VNG die gesamten Beitragsleistungen zur gesetzlichen Rentenversicherung erbracht hat, rechnet die ELKB gemäß Art. 1 Abs. 4 VNG in voller Höhe auf die Besoldungs- und Versorgungsleistungen an. Hauptanwendungsfall der Rentenanrechnung ist die Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die die oder der öffentlich-rechtlich Beschäftigte der ELKB mit Erreichen der Regelaltersgrenze von der Deutschen Rentenversicherung Bund erhält.

Die Details zur Rentenanrechnung auf die Versorgung bestimmt § 34 Kirchliches Versorgungsgesetz (KVersG, RS 750). Die Rentenanrechnung auf die Besoldung regeln § 6 Kirchenbeamtenbesoldungsgesetz (KBBesG, RS 605) und § 9 Pfarrbesoldungsgesetz (PfBesG, RS 550) gleichermaßen unter Verweis auf § 34 KVersG.

Zudem erhalten Rentenbezieherinnen und -bezieher, ob freiwillig gesetzlich oder privat krankenversichert, von der gesetzlichen Rentenversicherung zusätzlich zur Rente einen – letztlich von der ELKB aufgebauten – Zuschuss zur Krankenversicherung gemäß § 106 SGB VI. Dieser Zuschuss wird nicht auf die Besoldung oder die Versorgung angerechnet, sondern verbleibt der betreffenden Person in voller Höhe.

Bei privat krankenversicherten Versorgungsempfängerinnen und -empfängern führt der Zuschuss der Deutschen Rentenversicherung Bund zur privaten Krankenversicherung gemäß § 106 Abs. 3 SGB VI aufgrund der Regelung des § 3 KiBhV regelmäßig zu einer Verminderung des Beihilfebemessungssatzes um 20 Prozentpunkte (siehe oben I. 2.).

## **3. Hinterbliebenenversorgung**

---

Mit dem Tod des oder der öffentlich-rechtlichen Beschäftigten der ELKB erwirbt die Witwe oder der Witwer einen eigenen Anspruch auf (Hinterbliebenen-) Versorgung durch die ELKB. Mithin erhält eine Witwe Witwengeld von der ELKB und, da die ELKB die Versorgung unter Einbeziehung der Rentenversicherung gewährleistet, von der Rentenversicherung eine Witwenrente, die auf die Versorgungsbezüge in Gestalt des Witwengelds angerechnet wird. Hinzu tritt der Zuschuss zur Krankenversicherung gemäß § 106 SGB VI, der von der ELKB nicht angerechnet wird.

Mit dem Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung verbunden ist die Beihilfeberechtigung der Witwe oder des Witwers. Allerdings handelt es sich nunmehr um eine Beihilfeberechtigung aus eigenem Recht – und nicht mehr als berücksichtigungsfähige Ehegattin oder berücksichtigungsfähiger Ehegatte. Das wirkt sich regelmäßig auf den Beihilfebemessungssatz aus. Erreicht oder überschreitet der aufgrund und neben der Witwenrente von der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlte Zuschuss zur privaten Krankenversicherung gemäß § 106 SGB VI, der nicht auf das Witwengeld angerechnet wird, sondern der betreffenden Person in voller Höhe verbleibt, den für das jeweilige Jahr geltenden Grenzbetrag von aktuell 78,62 € (Stand: 1. Juli 2020 – Betrag wird jährlich zum 1. Juli angepasst), ermäßigt sich der Beihilfebemessungssatz gemäß § 3 KiBhV um 20 Prozentpunkte – also von 70 % auf 50 %.

## **4. Arbeiten über die Regelaltersgrenze hinaus**

---

Inzwischen ist der Eintritt in den Ruhestand auch für Mitarbeitende im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis flexibilisiert worden. Wenn es im dienstlichen Interesse der ELKB liegt, können Pfarrerrinnen und Pfarrer gemäß § 87a Pfarrdienstgesetz der EKD (PFDG.EKD, RS 500) sowie Kirchenbeamtinnen und

Kirchenbeamte gemäß § 66a Kirchenbeamtengesetz der EKD (KBG.EKD, RS 600) über die Regelaltersgrenze hinaus weiterarbeiten. Liegt das dienstliche Interesse vor, genehmigt die ELKB mit Bescheid des Landeskirchenamts das Hinausschieben des Eintritts in den Ruhestand um den vorgesehenen Zeitraum.

Hierbei sind folgende Punkte zu beachten:

**a) Verzicht auf die Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung**

Nach Ablauf des Monats, in dem die betreffende Person ihre Regelaltersgrenze erreicht hat und eine Vollrente wegen Alters bezieht, ist sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei (§ 5 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB VI), so dass kein Arbeitnehmeranteil mehr anfällt. Die ELKB als Dienstherrin muss aber trotzdem weiterhin den Arbeitgeberanteil zur Rentenversicherung zahlen. Rentensteigernd wirkt sich dieser allerdings nicht aus und ist damit für die Höhe der Rente „verloren“.

Dieser „Verlust“ wird dadurch vermieden, dass die betreffende Person gegenüber der ELKB als ihrer Dienstherrin schriftlich auf die Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung verzichtet (§ 5 Abs. 4 Satz 2 SGB VI). Dann zahlt die ELKB weiter – wie bisher – neben dem Arbeitgeberanteil den auf der Gehaltsmitteilung als Rentenversicherungszuschlag ausgewiesenen Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung und gleicht der betreffenden Person die dadurch entstehende Steuer Mehrbelastung im Wege des Steuerabgeltungszuschlags aus, so dass auch die Besoldung – wie bisher – weitergezahlt wird.

Die Verzichtserklärung führt also dazu, dass sich das Weiterarbeiten aufgrund der Weiterzahlung des Arbeitnehmeranteils (= Rentenversicherungszuschlags) durch die ELKB rentensteigernd auswirkt und sich die anrechenbare Rente erhöht. Der Verzicht auf die Rentenversicherungsfreiheit hat keine Nachteile für die Versorgung der den Eintritt in den Ruhestand hinausschiebenden Person. Im Gegenteil erwirbt diese mit ihrem Weiterarbeiten zusätzliche ruhegehaltfähige Dienstzeit, so dass sich ihre Versorgung erhöht, sofern nicht bereits der Höchstruhegehaltssatz erreicht ist.

Der Verzicht auf die Rentenversicherungsfreiheit kann nur für die Zukunft und nicht rückwirkend erfolgen. Daher ist die Erklärung zum Verzicht auf die Rentenversicherungsfreiheit bei Bezug einer Vollrente wegen Alters nach § 5 Abs. 4 SGB VI dem Personalservicezentrum der ELKB so rechtzeitig zuzuleiten, dass sie zur Entscheidung über die Genehmigung des Hinausschiebens des Ruhestandseintritts vorliegt.

**b) Beantragung der Regelaltersrente**

Die Mitarbeitenden im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis sind verpflichtet, alle von der rentenversicherten Person abhängigen Voraussetzungen für die Zahlung einer Rente wegen Alters nach dem Sozialgesetzbuch Sechstes Buch herbeizuführen, insbesondere die nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Anträge zu stellen, Willenserklärungen abzugeben und Nachweise vorzulegen (vgl. Art. 1 Abs. 7 VNG). Die Altersrente soll gemäß Art. 1 Abs. 7 Satz 2 VNG so rechtzeitig beantragt werden, dass die Rentenzahlung zum frühestmöglichen Zeitpunkt beginnt.



Auch bei Weiterarbeiten über die Regelaltersgrenze hinaus ist die Altersrente daher zum frühestmöglichen Zeitpunkt bei der Rentenversicherung zu beantragen. Bei der Antragstellung unterstützt das Referat F4.8 die öffentlich-rechtlich Mitarbeitenden gern (Kontakt: Bianca Behrens, E-Mail: [bianca.behrens@elkb.de](mailto:bianca.behrens@elkb.de); Telefon 089 5595 392).

Kann der Rentenbescheid nicht rechtzeitig erstellt werden, zahlt die ELKB die Besoldung zunächst ohne Rentenanrechnung weiter. Dafür ist die Rentennachzahlung an die ELKB abzutreten.

**c) Besoldung unter Anrechnung der Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung**

Bei Weiterarbeit über die Regelaltersgrenze hinaus setzt sich der aktive Dienst der betreffenden Person fort. Ihre Besoldung wird also – nicht zuletzt aufgrund des Verzichts auf die Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung – mit allen bekannten Bezüge-Bestandteilen weitergezahlt.

Die mit Überschreiten der Regelaltersgrenze zur Auszahlung kommende Altersrente aus der Deutschen Rentenversicherung Bund wird, soweit die ELKB hierfür die gesamten Beitragsleistungen erbracht hat, auf die Besoldung angerechnet – je nach öffentlich-rechtlichem Dienstverhältnis gemäß § 6 KBBesG oder § 9 PfBesG. An den Bruttobezügen ändert sich dadurch nichts. Die betreffende Person erhält ihre Bezüge für den jeweiligen Bezugsmonat de facto nur aufgeteilt auf zwei Zahlungen von der ELKB und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

**d) Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung**

Auch wenn noch im aktiven Dienst stehend, erhalten die öffentlich-rechtlich Mitarbeitenden, ob freiwillig gesetzlich oder privat krankenversichert, aufgrund des Rentenbezugs von der gesetzlichen Rentenversicherung zu ihrer Rente einen – letztlich von der ELKB aufgebauten – Zuschuss zur Krankenversicherung gemäß § 106 SGB VI. Dieser Zuschuss wird nicht auf die Besoldung angerechnet.

**e) Auswirkungen auf die Beihilfe bei privater Krankenversicherung**

Sobald ein Anspruch auf Zuschuss zur privaten Krankenversicherung von mindestens 78,62 € (Stand: 1. Juli 2020 – Betrag wird jährlich zum 1. Juli angepasst) besteht, vermindert sich der Beihilfebemessungssatz, wie bereits erläutert, um 20 Prozentpunkte (§ 3 Satz 1 KiBhV) – d. h. von im aktiven Dienst in der Regel 50 % um 20 Prozentpunkte auf 30 %. Daran lässt sich auch durch einen Teilverzicht oder einen Verzicht auf den Anspruch auf Zuschuss gegenüber dem Rentenversicherungsträger nichts ändern.

Der Vertrag mit der privaten Krankenkasse ist umgehend auf diese Rechtslage nach der Kirchlichen Beihilfeverordnung anzupassen (sog. beihilfekonforme private Krankenversicherung).

Rückfragen zur Beihilfe sind unter [Beihilfe@elkb.de](mailto:Beihilfe@elkb.de) möglich. Für Rückfragen zur Krankenversicherung ist die private Krankenkasse die richtige Adressatin.