

02.04.2019

Gesetzentwurf

der Fraktion der SPD

Gesetz zur Einführung einer pauschalen Beihilfe

A Problem

Im Rahmen seiner Fürsorgepflicht zahlt der Dienstherr seinen Beamtinnen und Beamten statt der für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern üblichen Arbeitgeberbeiträge eine Beihilfe. Die Leistungen, welche die Beamtinnen und Beamten selbst zu tragen haben, decken sie in der Regel durch eine Eigenabsicherung in einer privaten Krankenversicherung ab.

Entscheidet sich die Beamtin oder der Beamte allerdings dafür, in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig zu versichern, weil sie beispielsweise nicht in eine private Versicherung aufgenommen werden, muss dieser Beitrag voll selbst gezahlt werden. Nach den Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches ist eine Beteiligung des Dienstherrn nicht vorgesehen. Lediglich für Leistungen, die nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind, besteht ein ergänzender Beihilfeanspruch.

Die Gründe für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung können dabei vielfältig sein. Dies betrifft langzeiterkrankte und behinderte Personen, die nicht in die private Krankenversicherungen aufgenommen werden, sowie Beamtinnen und Beamten in niedrigen Besoldungsgruppen und kinderreiche Familie, deren Beiträge in der privaten Krankenversicherung nicht zu tragen waren. Die bisherige finanzielle Schlechterstellung dieser Personen ist allerdings nicht länger hinnehmbar.

B Lösung

Mit der Änderung des Landesbeamtengesetzes soll eine zusätzliche Form der Beihilfegewährung in der Gestalt einer Pauschale zur hälftigen Deckung der Kosten einer Krankenvollversicherung geschaffen werden.

Datum des Originals: 02.04.2019/Ausgegeben: 05.04.2019

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

Diese pauschale Beihilfe soll das bisherige Beihilferecht ausgestaltete System der Gewährung individueller Beihilfen zu einzelnen Aufwendungen, die zu der aus der Besoldung zu bestreitenden Eigenvorsorge tritt, ergänzen. Hierdurch wird die individuelle Wahlfreiheit der Beamtinnen und Beamten zwischen den unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen insbesondere am Anfang ihrer Beamtenlaufbahn gestärkt. So können Beamtinnen und Beamte in dieser wichtigen Entscheidungsphase frei zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung wählen, ohne finanzielle Nachteile zu erleiden.

Vor dem Hintergrund der Versicherungsneutralität des Dienstherrn wird die pauschale Beihilfe unabhängig davon geleistet, ob eine Krankenvollversicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung abgeschlossen wird. Gleichzeitig erfolgt eine klare Trennung zwischen individueller und pauschaler Beihilfe.

C Alternative

Der bisherige Zustand wird beibehalten, so dass Beamtinnen und Beamten, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, finanzielle Nachteile erleiden.

D Kosten

Die Einführung einer pauschalen Beihilfe wird zu Mehrkosten führen. Legt man die Erfahrungen aus Hamburg zugrunde, bei der sich etwa 1000 Beamtinnen und Beamte für diese Option entschieden haben, kann man in NRW von etwa 6000-7000 Personen jährlich ausgehen, die sich für die Option entscheiden.

Nach den Erfahrungen aus Hamburg lagen die Kosten halbjährliche bei etwa einer Millionen Euro, so dass in NRW mit Mehrkosten von etwa 12-13 Millionen Euro jährlich zu rechnen ist.

Langfristig werden die Kosten allerdings sinken, da bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern die bisherigen Beihilfeausgaben die der pauschalen Beihilfe deutlich übersteigen.

E Geschlechterdifferenzierte Betrachtung der Auswirkung des Gesetzes

Die beabsichtigten Gesetzesänderungen haben keine Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern. Die Wirkungen treten unabhängig vom Geschlecht der Betroffenen ein.

F Befristung

Von einer Befristung ist abzusehen.

Gegenüberstellung

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD

Gesetz zur Einführung einer pauschalen Beihilfe

Artikel 1

Änderung des Landesbeamtengesetzes Nordrhein-Westfalen

Das Gesetz über die Beamtinnen und Beamten des Landes Nordrhein-Westfalen (Landesbeamtengesetz – LBG NRW) vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Februar 2019 (GV. NRW. S. 134) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 75 wird wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:

Auszug aus den geltenden Gesetzesbestimmungen

Gesetz über die Beamtinnen und Beamten des Landes Nordrhein-Westfalen (Landesbeamtengesetz - LBG NRW)

§ 75

Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen

- (1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Besoldung,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, versorgungsberechtigte Witwen oder Witwer und ihre versorgungsberechtigten Kinder sowie hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner,
3. frühere Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf einen Unterhaltsbeitrag oder Übergangsgeld nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz und
4. frühere Beamtinnen und Beamte auf Zeit während des Anspruchs von Übergangsgeld nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz.

- (2) Beihilfeberechtigte nach Absatz 1 erhalten für sich, ihrer oder ihren nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegattin oder Ehegatten oder eingetragene Lebenspartnerin oder eingetragenen Lebenspartner, wenn sie oder er nicht über ein zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit führendes Einkommen verfügt, sowie ihre oder seine nicht selbst beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähigen Kinder

Beihilfen als Ergänzung zu der aus den laufenden Bezügen zu bestreitenden Eigenvorsorge. Soweit die selbst beihilfeberechtigte Ehegattin, der selbst beihilfeberechtigte Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner der Beamtin oder des Beamten als Tarifbeschäftigte oder Tarifbeschäftigter mit weniger als der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit beschäftigt ist, erhält die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte keinen Ausgleich für die auf Grund der Teilzeitbeschäftigung reduzierte Beihilfe der Ehegattin, des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners.

(3) Beihilfeberechtigte erhalten Beihilfen zu der Höhe nach angemessenen Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen sind

1. zur Vorbeugung und Linderung von Erkrankungen oder Behinderungen, zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Besserung des Gesundheitszustandes (einschließlich Rehabilitation),
2. zur Früherkennung von Krankheiten,
3. in Geburtsfällen,
4. bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch, bei nicht rechtswidriger Sterilisation sowie in Ausnahmefällen zur Empfängnisverhütung und bei künstlicher Befruchtung sowie
5. in Pflegefällen.

(4) Beihilfen dürfen nur insoweit geleistet werden, als sie zusammen mit von dritter Seite zustehenden Erstattungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreiten. Dabei sind insbesondere Ansprüche auf Heilfürsorge, auf Krankenpflege und auf sonstige Sachleistungen sowie Ansprüche auf Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften und auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen in der Höhe zu berücksichtigen, in der sie ohne Verzicht auf Leistungen oder Nichtanspruchnahme von Leistungen zustehen; Leistungen von Versicherungen können berücksichtigt werden.

(5) Aufwendungen für die Inanspruchnahme von gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechneten ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen im Rahmen von stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Behandlungen sind jeweils nach Abzug folgender Eigenbeteiligungen beihilfefähig:

bei Inanspruchnahme

1. von gesondert berechneten ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen zehn Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr,
2. von gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung 15 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr.

Aufwendungen, die durch die Inanspruchnahme von Krankenanstalten ohne Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch entstehen, sind nur in der Höhe beihilfefähig, wie sie in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung entstehen würden. Hier von sind als Eigenbeteiligung für die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten und ihre oder seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen jeweils 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr in Abzug zu bringen.

(6) Beihilfeberechtigte können je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstehen, zu einer vertretbaren – den Familienstand, die Anzahl der Kinder und die Besoldungsgruppe berücksichtigenden – pauschalen Selbstbeteiligung an den Aufwendungen (Kostendämpfungspauschale) herangezogen werden.

(7) Beihilfen werden als Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) oder als Pauschalen (Zuschuss) gezahlt. Der Bemessungssatz beträgt für Beihilfeberechtigte mindestens 50 Prozent, für Ehegattinnen und Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger höchstens 70 Prozent, für berücksichtigungsfähige Kinder und eigenständig beihilfeberechtigte Waisen

höchstens 80 Prozent. Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die oder den Beihilfeberechtigten 70 Prozent, bei mehreren Beihilfeberechtigten jedoch nur bei einer oder einem von ihnen. In besonderen Härtefällen kann eine Erhöhung des Bemessungssatzes vorgesehen werden; dies gilt nicht, wenn die oder der Beihilfeberechtigte für sich und ihre oder seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle keinen ausreichenden Versicherungsschutz nachweisen kann.

„(8) Auf Antrag wird anstelle der Beihilfe zu den Aufwendungen nach Absatz 3 eine Pauschale gewährt, wenn Beihilfeberechtigte freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in entsprechendem Umfang in einer privaten Krankenversicherung versichert sind und ihren Verzicht auf ergänzende Beihilfen erklären. Aufwendungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen oder privaten Pflegeversicherung besteht, sind von der Pauschale nicht umfasst. Die Pauschale bemisst sich nach der Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrages, bei privater Krankenversicherung jedoch höchstens nach dem hälftigen Beitrag einer Krankenversicherung im Basistarif und wird monatlich zusammen mit den Bezügen gewährt. Beiträge für berücksichtigungsfähige Angehörige, deren Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 1 beihilfefähig sind, werden bei der Bemessung der Pauschale berücksichtigt. Änderungen der Beitragshöhe sind unverzüglich mitzuteilen. Der Antrag auf Gewährung der Pauschale und der Verzicht auf ergänzende Beihilfen sind unwiderruflich und bedürfen der Schriftform nach § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis in der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die Pauschale höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt. Beiträge eines Arbeitgebers oder eines Sozialversicherungsträgers zur Krankenversicherung oder ein

Anspruch auf Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses sind bei der Berechnung der Pauschale nach Satz 3 zu berücksichtigen.“

2. Die bisherigen Absätze 8 und 9 werden die Absätze 9 und 10.

(8) Das Finanzministerium regelt das Nähere durch Rechtsverordnung. Darin können unabhängig von der Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen unter Beachtung der Grundsätze beamtenrechtlicher Fürsorge Bestimmungen getroffen werden

1. hinsichtlich der Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen der oder des Beihilfeberechtigten im Sinne des Absatzes 2,
2. hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs der Beihilfeleistungen
 - a) durch die Einführung von Höchstgrenzen,
 - b) durch die Beschränkung auf bestimmte Indikationen,
 - c) durch die Beschränkung oder den Ausschluss von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten oder unwirtschaftlichen Methoden,
 - d) durch die Beschränkung oder den Ausschluss von Aufwendungen für Behandlungen außerhalb des Wohnortes, Beförderungen, ärztliche und zahnärztliche (einschließlich implantologische) und kieferorthopädische sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, psychotherapeutische Leistungen, Heilpraktikerleistungen, die Beschäftigung von Pflege- und Hauspflegekräften, für stationäre Pflege, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind-Kuren, ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen, nicht verschreibungspflichtige oder verschreibungspflichtige Arzneimittel, unwirtschaftliche oder unwirksame Arzneimittel, Medizinprodukte sowie Heil- und Hilfsmittel,

- e) durch Regelungen zur Feststellung der wirtschaftlichen Selbstständigkeit der Ehegattin oder des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnerin oder Lebenspartners,
 - f) durch die Beschränkung oder den Ausschluss von Beihilfen zu Aufwendungen, die in Ländern außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union entstanden sind,
 - g) in Todesfällen,
- 3. über die Höhe der Kostendämpfungspauschale und
 - 4. hinsichtlich des Verfahrens über die Verwendung einer elektronischen Gesundheitskarte, wobei der Zugriff der Beihilfestellen auf Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu beschränken ist.

(9) Kostendämpfungspauschale und Eigenbehalte nach Absatz 5 Satz 1 und 3 sowie Eigenbehalte, die durch die Begrenzung von zahntechnischen Leistungen entstehen, dürfen die Belastungsgrenze von 2 Prozent der Jahresdienstbezüge oder Jahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen nicht übersteigen. Bei der Ermittlung der Jahresbezüge ist der Bruttobetrag maßgebend. Variable Bezügebestandteile, kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten bleiben außer Ansatz.

Artikel 2 Inkrafttreten

Das Gesetz am 1. August 2019 in Kraft.

Begründung

A Allgemeiner Teil

Entscheiden sich die Beamtinnen und Beamten für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), müssen sie den vollen Versicherungsbeitrag selbst tragen. Eine dem Arbeitgeberbeitrag vergleichbare Beteiligung des Dienstherrn an den Beiträgen für eine gesetzliche Krankenversicherung gibt es aufgrund der Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht. Lediglich für Leistungen, die nicht über die GKV abgedeckt sind, besteht für freiwillig in der GKV versicherte Beamtinnen und Beamte ein Anspruch auf ergänzende Beihilfe. Eine freiwillige Versicherung in der GKV ist daher in der Regel mit finanziellen Nachteilen für die Beamtinnen und Beamten verbunden.

Mit der Änderung des Landesbeamtengesetzes soll eine zusätzliche Form der Beihilfegewährung in der Gestalt einer Pauschale zur Deckung der hälftigen Kosten einer Krankenvollversicherung geschaffen werden. Diese pauschale Beihilfe soll das bisher im Beihilferecht ausgestaltete System der Gewährung individueller Beihilfen zu einzelnen Aufwendungen, die zu der aus der Besoldung zu bestreitenden Eigenvorsorge tritt, ergänzen. Hierdurch wird die individuelle Wahlfreiheit der Beamtinnen und Beamten zwischen den unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen insbesondere am Anfang ihrer Beamtenlaufbahn gestärkt. So können Beamtinnen und Beamte in dieser wichtigen Entscheidungsphase frei zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung (PKV) wählen. Vor dem Hintergrund der Versicherungsneutralität des Dienstherrn wird die pauschale Beihilfe unabhängig davon geleistet, ob eine Krankenvollversicherung in der GKV oder PKV abgeschlossen wird. Gleichzeitig erfolgt eine klare Trennung zwischen individueller und pauschaler Beihilfe.

Von der pauschalen Beihilfe werden Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit nicht erfasst. Für freiwillig in der GKV versicherte Beamtinnen und Beamte ist nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nur der hälftige Beitrag zu zahlen und wird nach § 28 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nur die hälftige Leistung gewährt. Damit besteht das bisherige Beihilfe-System ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung ungemindert fort.

Die Option zur Inanspruchnahme einer pauschalen Beihilfe wird insbesondere für alle Beamtinnen und Beamten eröffnet, die im Geltungsbereich des Landesbeamtengesetzes in den öffentlichen Dienst eingestellt werden und davor in der GKV versichert waren. Für diesen Personenkreis besteht nach § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb einer Frist von drei Monaten nach der Einstellung die Möglichkeit, sich für eine freiwillige Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden, sofern die in § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Vorversicherungszeiten erfüllt sind. Ebenso soll die pauschale Beihilfe vorhandenen Beamtinnen und Beamten gewährt werden, die sich bereits in der Vergangenheit für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden haben.

B Besonderer Teil

Zu Artikel 1:

Zu Nummer 1:

Auf Antrag wird an Stelle individueller Beihilfen zu einzelnen Aufwendungen eine monatliche Pauschale zusammen mit den Bezügen geleistet. Die Pauschale bemisst sich nach der Hälfte des nachgewiesenen Versicherungsbeitrags, bei privater Versicherung nach der Hälfte der Beitragsanteile, die auf Vertragsleistungen entfallen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind, höchstens jedoch nach dem hälftigen Beitrag einer Krankenversicherung im Basistarif.

Krankenversicherungsbeiträge, die für berücksichtigungsfähige Angehörige zu leisten sind, werden bei der Bemessung der Pauschale berücksichtigt. Dies betrifft Angehörige in einer Vollversicherung bei einer privaten Krankenversicherung, da hier keine Familienmitversicherung besteht.

Die Entscheidung für die Pauschale ist freiwillig und unwiderruflich.

Der Antrag auf Gewährung einer Pauschale ist unwiderruflich und schriftlich zu erklären. Es ist klarstellend ein Verzicht auf die Gewährung ergänzender Beihilfen zu erklären.

Die beiden Formen der Beihilfegewährung bilden die unterschiedlichen Systeme der Krankenversicherung der Beamtinnen und Beamten nach. Diese sind in ihrer Struktur auf eine dauerhafte Mitgliedschaft angelegt, ein Wechsel zwischen den Systemen ist daher nur in sehr begrenztem Umfang möglich. Dem entspricht die Begrenzung der Beihilfe im Falle der Wahl der Pauschale, mit der die Beamtin oder der Beamte auch im Fall eines Wechsels des Krankenversicherungsumfangs auf Dauer so behandelt wird, wie vor der Änderung. Damit wird verhindert, dass z.B. im Falle eines Wechsels bei Eintritt in den Ruhestand von der privaten Krankenvollversicherung zu einem ergänzenden Krankenversicherungstarif ein Wechsel in der Beihilfeform erfolgt und höhere Beihilfen zu gewähren sind als bei einem Verbleib in der jeweiligen Versicherung. In den Fällen des Wechsels der Art der Krankenversicherung oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird deshalb weiterhin nur Beihilfe in Höhe der vor der Änderung gewährten Pauschale gewährt.

Voraussetzung für die Gewährung der Pauschale ist der Nachweis des Abschlusses einer entsprechenden gesetzlichen oder privaten Krankenvollversicherung. Nur in diesem Fall ist sichergestellt, dass die Beamtin oder der Beamte über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügt.

Prämienrückzahlungen der Versicherungen sind im Verhältnis der gewährten Pauschale zum Versicherungsbeitrag zu erstatten, sodass es hier zu keiner finanziellen Besserstellung im Vergleich zur „individuell“ gewährten Beihilfe kommen kann.

Wird die Pauschale gewährt, besteht daneben weder für die eigenen Aufwendungen, noch für die Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf ergänzende Gewährung individueller Beihilfen, da durch den Vollversicherungsschutz sichergestellt wird, dass die notwendigen und angemessenen Leistungen im Krankheitsfall erbracht werden. Da die Leistungsumfänge der gesetzlichen Krankenvollversicherung bzw. der privaten Krankenvollversicherung im Basistarif einerseits und der privaten Teilversicherung einschließlich ergänzender Beihilfe andererseits gleichwertig sind und insgesamt die notwendigen und angemessenen Leistungen erbracht werden, besteht – auch vor dem Hintergrund der Freiwilligkeit –

kein darüber hinausgehender ergänzender Beihilfeanspruch. Dies gilt auch dann, wenn Versicherte in der GKV Kostenerstattung wählen. Ein ergänzender Beihilfeanspruch ist daher ausgeschlossen.

Der Anspruch auf Beihilfe in Pflegefällen bleibt durch die Gesetzesänderung unberührt.

Zu Nummer 2:
Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Artikel 2

Der Artikel regelt das Inkrafttreten des Gesetzes. Da der 1. August ein zentraler Einstellungstermin, insbesondere im Schulbereich ist, sollte die Option für die Pauschale Beihilfe, bis dahin allen neu eingestellten Beamtinnen und Beamten zur Verfügung stehen.

Thomas Kutschaty
Sarah Philipp
Michael Hübner
Stefan Zimkeit

und Fraktion