

**Beihilfe in
Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen
für**

Beschäftigte/Arbeitnehmer mit tarifvertraglichem Beihilfeanspruch, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

Beschäftigte/Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis nach dem 31.12.1997 neu begründet wurde, sind grundsätzlich nicht beihilfeberechtigt. Bei Inkrafttreten des TVöD (01.10.2005) beihilfeberechtigte Beschäftigte bleiben i.d.R. beihilfeberechtigt.

<u>Inhaltsübersicht</u>	Seite
1. Rechtsgrundlagen	2
2. Beihilfeberechtigung	2/3
3. Beihilfefähige Aufwendungen	3/4
4. Umfang der Beihilfe	4
5. Antragstellung	4

Hinweis

Dieses Merkblatt ist nur zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können daraus nicht abgeleitet werden. Für weitere und individuelle Fragen steht der KVBW gerne zur Verfügung. Soweit nachfolgend die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form mit ein.

1. Rechtsgrundlagen

Tarifrechtliche Vorschriften zum Beihilferecht, Tarifverträge vom 01.11.1964 zwischen den kommunalen arbeitsrechtlichen Vereinigungen und den Gewerkschaften.

Beihilfeverordnung (BVO) des Landes Baden-Württemberg vom 28.07.1995 (GBl. S. 561), zuletzt geändert durch Änderungsverordnung vom 30.10.2008 (GBl. S. 407).

2. Beihilfeberechtigung

Beschäftigte/Arbeitnehmer sind beihilfeberechtigt, wenn und solange sie Entgelt, Lohn, Vergütung o.Ä. erhalten und das Arbeitsverhältnis unbefristet oder mindestens auf ein Jahr befristet ist.

Während der Elternzeit besteht kein Beihilfeanspruch. Ein Urlaub unter Wegfall der Bezüge von längstens 31 Kalendertagen lässt den Anspruch auf Beihilfe unberührt.

Bei Teilzeitbeschäftigten wird die Beihilfe entsprechend dem Beschäftigungsgrad anteilig gewährt. Ist ein Teilzeitbeschäftigter zugleich Empfänger von Versorgungsbezügen oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines anderen Beihilfeberechtigten (auch bei Beamten in Elternzeit), ist der Anspruch auf die gekürzte Beihilfe aus dem Arbeitsverhältnis vorrangig zu verwirklichen; unter Vorlage der dann ergangenen Beihilfeentscheidung kann eine Aufstockung über den anderen Anspruch geltend gemacht werden.

Altersteilzeitarbeitnehmer erhalten für den gesamten Zeitraum der Altersteilzeit – unabhängig von deren konkreten Ausgestaltung – die Hälfte der Beihilfeleistungen, die ihnen vor Inanspruchnahme der Altersteilzeit betragsmäßig zustanden.

Aufwendungen für Ehegatten sind beihilfefähig, wenn deren Gesamtbetrag der Einkünfte in (mindestens) einem der beiden Kalenderjahre vor der Antragstellung unter 18.000 € lag (Ausnahmen: Geburts- und Todesfälle).

Berücksichtigungsfähig i.S. der BVO sind auch die im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. Entfällt rückwirkend (z. B. wegen der Höhe der Einkünfte) die Berücksichtigungsfähigkeit eines Kindes im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag, bleibt es höchstens bis zum Ablauf des Kalendermonats, für den zuletzt der Kinderanteil gezahlt wurde, beihilferechtlich berücksichtigungsfähig. Hätte der Beihilfeberechtigte den Wegfallgrund kennen müssen, entfällt auch die beihilferechtliche Berücksichtigungsfähigkeit rückwirkend. Werden aus tarifrechtlichen Gründen keine familienbezogenen Entgeltbestandteile gezahlt, ist für die beihilferechtliche Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern hilfsweise die Berücksichtigungsfähigkeit beim Kindergeld maßgebend.

Sofern für berücksichtigungsfähige Angehörige ein anderer Krankenversicherungsschutz besteht als für den Beihilfeberechtigten selbst, sind die Aufwendungen dementsprechend - ggf. abweichend - zu beurteilen.

Zusätzlich gilt Folgendes für

- Beschäftigte/Arbeitnehmer, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und vom Arbeitgeber einen Beitragszuschuss erhalten und ihre ebenso versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder) sowie
- Beschäftigte/Arbeitnehmer, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und einen erstmalig ab dem 01.04.2000 für sich und ggf. ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zustehenden Beitragszuschuss nicht in Anspruch nehmen:

Die entstandenen Aufwendungen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie über die im Versicherungsvertrag mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen vorgesehenen Leistungen hinausgehen. Dies gilt auch, wenn der Arbeitnehmer anstelle dieser Leistungen Beitragsrückgewähr in Anspruch nimmt.

Ab 01.01.2009 besteht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland eine Versicherungspflicht für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle. Selbstbehalte sind nur bis zu einer jährlichen Höhe von 5.000 € unschädlich. Ob bei beihilfeberechtigten Arbeitnehmern im Einzelfall auch ein höherer Selbstbehalt noch als ausreichend anzusehen ist, wäre von der jeweiligen Krankenversicherung zu bestätigen.

Beihilfe wird jedenfalls nur gewährt, solange der Verpflichtung, eine (ausreichende) Krankenversicherung für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle aufrecht zu erhalten, entsprochen wird.

3. Beihilfefähige Aufwendungen:

Aufwendungen für die nachfolgend aufgezählten Leistungen sind dem Grunde nach beihilfefähig. Diese Leistungen müssen aus Anlass einer Krankheit entstanden, dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sein. Außerdem ist die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen von weiteren Voraussetzungen abhängig.

- 3.1 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie Behandlung durch Heilpraktiker.
- 3.2 Hilfsmittel (z.B. Brillen), Heilbehandlungen (z.B. Massagen), Arzneimittel.
- 3.3 Allgemeine Krankenhausleistungen.
- 3.4 Walleistungen im Krankenhaus (Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) nur, wenn hierfür nach fristgerechter Erklärung des Beihilfeberechtigten ein monatlicher Beitrag von 13 € geleistet wird. Wurde eine solche Erklärung abgegeben und wird dennoch im Einzelfall auf tatsächlich erlangbare Walleistungen verzichtet, wird pro Pflegesatztag eine Beihilfe von 11 € für die Walleistung Unterkunft bzw. 22 € für wahlärztliche Leistung gewährt. Bitte fordern Sie hierzu unseren Vordruck an.
- 3.5 Psychotherapeutische Behandlungen durch ärztliche Behandler und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wegen der weiteren Voraussetzungen (u.a. Voranerkennungspflicht!) und des Verfahrensablaufs nehmen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Behandlung Kontakt mit uns auf.
- 3.6 Schutzimpfungen, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes öffentlich empfohlen sind.
- 3.7 Von Ärzten begründet als notwendig bescheinigte häusliche Krankenpflege bis zu sechs Monaten nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 BVO. Nicht beihilfefähig sind Leistungen für dauernde Pflege. Bitte fordern Sie die Vordrucke zur Prüfung der beihilferechtlichen Voraussetzungen an.
- 3.8 Von Ärzten schriftlich verordnete ambulante und stationäre Palliativversorgung.
- 3.9 Familien- und Haushaltshilfe nach § 10a Nr. 3 BVO. Bitte fordern Sie die Vordrucke zur Prüfung der beihilferechtlichen Voraussetzungen an.
- 3.10 Fahrkosten nach § 10a Nr. 4 BVO im Zusammenhang mit beihilfefähigen Aufwendungen.
- 3.11 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren nach §§ 7 und 8 BVO immer nur nach vorheriger Anerkennung durch den Versorgungsverband, wenn der Rentenversicherungsträger aus Gründen, die der Beihilfeberechtigte nicht zu vertreten hat, eine Übernahme ablehnt oder nur einen Zuschuss gewährt und die Maßnahme nach amtsärztlichem Zeugnis unaufschiebbar ist.
Werden anlässlich von stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 7 BVO gesondert berechnete ärztliche Leistungen nicht geltend gemacht, wird eine Beihilfe von 14 € täglich gewährt.

3.12 Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 11 Abs. 2 BVO (pauschale Beihilfe).

3.13 Aus Anlass eines Todesfalls entstandene Aufwendungen nach § 12 BVO, es sei denn, es werden Sterbegelder von über 4.900 € gewährt. Die Höhe der Sterbegelder ist bei Antragstellung nachzuweisen.

Soweit derartige Kosten im Ausland entstanden sind, sind diese grundsätzlich nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Inland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Einzelne Aufwendungsarten sind bei Behandlung außerhalb der Europäischen Gemeinschaft und der Schweiz von der Beihilfefähigkeit ausgenommen.

4. Umfang der Beihilfe

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden stets – ggf. nach Abzug einer anzurechnenden Kassenleistung - mit dem sog. Bemessungssatz bewertet. Der Bemessungssatz beträgt grundsätzlich für den Beschäftigten 50 v.H., für dessen Ehegatten 70 v.H. und für berücksichtigungsfähige Kinder 80 v.H. der beihilfefähigen Aufwendungen. Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, hat auch der Beschäftigte selbst einen Bemessungssatz von 70 v.H.; er vermindert sich dauerhaft auch bei Wegfall von Kindern nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind/waren.

Maßgeblich sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Die Beihilfe darf zusammen mit anderen Leistungen den Rechnungsbetrag nicht übersteigen. Soweit dies der Fall ist, wird die Beihilfe um den übersteigenden Betrag gekürzt.

Die Beihilfe wird - in Abhängigkeit vom Ausstellungsdatum der Belege - um eine jährliche Kostendämpfungspauschale (KDP) gekürzt. Sie beträgt z.B. bei den Entgeltgruppen 5 bis 9 (TVöD) 75 €, bei 10 bis 12 90 €. Für Personen mit höheren Entgeltgruppen beträgt sie bis zu 270 €, für niedrigere Entgeltgruppen entfällt die KDP.

5. Antragstellung

- Beihilfe ist ausschließlich mit dem aktuellen, vom KVBW herausgegebenen und vollständig ausgefüllten Antragsvordruck geltend zu machen.
- Die geltend gemachten Aufwendungen sind durch Rechnungen oder sonstige Belege nachzuweisen; hilfreich ist in vielen Fällen auch ein ggf. für die Krankenkasse erstellter Heil- und Kostenplan. I.d.R. genügt die Vorlage von Duplikaten, Kopien oder Abschriften. Originalbelege sind nur erforderlich bei Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten nach dessen Tod oder wenn mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfe zusteht. Lediglich diese, vom Beihilferecht vorgeschriebenen Originalbelege, werden an die Antragsteller zurückgegeben. Alle anderen Belege werden von der Beihilfestelle einbehalten und vernichtet.
- Bei der Beantragung der Beihilfe ist eine Ausschlussfrist zu beachten. Danach wird Beihilfe nur gewährt, wenn die Beihilfeberechtigten sie vor Ablauf der beiden Kalenderjahre beantragt haben, die auf das Jahr der ersten Ausstellung der Rechnung oder, wenn es sich um Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit handelt, die auf das Jahr des Entstehens der Aufwendungen folgen. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch. Dies bedeutet, dass eine - etwa unverschuldete - Fristversäumnis auch nicht durch Wiedereinsetzung in den vorigen Stand „geheilt“ werden kann.

Vorstehende Information steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrunde liegenden Rechtslage; Rechtsansprüche können daraus nicht abgeleitet werden.

Bitte fragen Sie in Zweifelsfällen wegen evtl. weiterer Voraussetzungen beim KVBW zurück!

Weitere Infos, z. B. die BVO, Rundschreiben und Merkblätter des KVBW, finden Sie auch unter www.kvbw.de. Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, empfehlen wir, unseren elektronischen Newsletter zu abonnieren.