

Kurzinformation über den Anspruch auf Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen von bei einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherten Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen mit tarifvertraglichem Beihilfeanspruch

Rechtsgrundlage:

§ 40 BAT/BMT-G II in der derzeit geltenden Fassung.

Tarifverträge vom 1.11.1964 zwischen den kommunalen arbeitsrechtlichen Vereinigungen und den Gewerkschaften.

Beihilfeverordnung (BVO) des Landes Baden-Württemberg vom 28.7.1995 (GBl. S. 561).

Beihilfeberechtigung:

Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen sind grundsätzlich beihilfeberechtigt, wenn und solange sie Lohn, Vergütung o.ä. erhalten und das Arbeitsverhältnis unbefristet oder mindestens auf ein Jahr befristet ist. Während des Erziehungsurlaubs besteht zu Aufwendungen, die ab 1.4.1995 entstehen, kein Beihilfeanspruch.

Ist der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin nicht vollbeschäftigt, wird die Beihilfe entsprechend dem Beschäftigungsgrad gewährt.

Besteht wegen Teilzeitbeschäftigung mit weniger als 80 v.H. der Arbeitszeit eines/einer Vollbeschäftigten Anspruch auf eine arbeitszeitanteilig gekürzte Beihilfe und ist dieselbe Person zugleich Empfänger/Empfängerin von Versorgungsbezügen oder berücksichtigungsfähiger Ehegatte (mit einem Gesamtbeitrag der Einkünfte von jährlich höchstens 35.000 DM) eines anderen nach Landesrecht Baden-Württemberg Beihilfeberechtigten (auch bei Beamten im Erziehungsurlaub), so ist der Anspruch auf die gekürzte Beihilfe aus dem Arbeitsverhältnis nachrangig.

Bei Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und vom Arbeitgeber einen Beitragszuschuß erhalten, und bei ihren mitversicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen, sind die im Zeitraum der Zuschußgewährung entstandenen Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie über die im Versicherungsvertrag mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen vorgesehenen Leistungen hinausgehen. Dies gilt auch, wenn der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin anstelle dieser Leistungen Beitragsrückgewähr in Anspruch nimmt.

Bei Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert sind und vom Arbeitgeber einen Beitragszuschuß erhalten, und bei ihren mitversicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen, sind die im Zeitraum der Zuschußgewährung entstandenen Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie über die kassenüblichen Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Gewährt eine gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen, weil der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin nicht die kassenüblichen Leistungen in Anspruch genommen hat (z.B. Behandlung durch einen Nichtkassenarzt oder Heilpraktiker), sind auf die beihilfefähigen Aufwendungen diejenigen Kassenleistungen anzurechnen, die der Krankenkasse im Falle einer kassenärztlichen Behandlung nach den jeweils geltenden Bestimmungen entstanden wären. Kann ein Nachweis darüber nicht erbracht werden, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um 50 v.H. zu kürzen.

Aufwendungen von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmern mit Beitragszuschuß nach § 257 SGB V für die private Behandlung bei einem Kassenarzt oder bei sonstigen von der Kasse zugelassenen Behandlern (z. B. Krankengymnasten) sind nicht beihilfefähig.

./.

Beihilfefähig können im Rahmen der umstehenden Hinweise und der einschlägigen beihilferechtlichen Vorschriften sein, Aufwendungen der Beihilfeberechtigten, ihrer Ehegatten und ihrer im Ortszuschlag bzw. Sozialzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder, soweit sie angemessen und dem Grunde nach notwendig sind,

1. für ärztliche Behandlung als Privatpatient/Privatpatientin (unter der Einschränkung des letzten Absatzes der Vorderseite) oder Behandlung durch Heilpraktiker.
2. für Zahnkronen und Zahnersatz, sowie für Edelmetall-, Keramik- und Kunststofffüllungen (Inlays), nach § 6 Abs. 1 BVO i.V. mit der Anlage zur BVO (Voraussetzung: Der/Die Beihilfeberechtigte muß bei Behandlungsbeginn in den vorangegangenen drei Jahren mindestens 15 Monate beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger/berücksichtigungsfähige Angehörige eines/einer Beihilfeberechtigten gewesen sein. Diese Wartefristregelung gilt nicht bei Aufwendungen für Kinder);

für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (bei Vorliegen bestimmter Indikationen),

für implantologische Leistungen (bei Vorliegen bestimmter Indikationen);

nicht beihilfefähig sind die Mehraufwendungen für große Brücken zum Ersatz von vier oder mehr unmittelbar nebeneinander fehlenden natürlichen Zähnen.
3. für gesondert berechenbare Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers und wahlärztliche Leistungen bei Krankenhausbehandlung (bei Verzicht auf die tatsächlich erlangbaren Wahlleistungen in Krankenhäusern, die unter die Bundespflegesatzverordnung fallen, wird pro Pflegesatztag eine Beihilfe von jeweils 20 DM gewährt).
4. für Hilfsmittel (z.B. Brillen), Heilbehandlungen (z.B. Massagen), Arzneimittel.
5. für Schutzimpfungen, soweit sie von der Krankenkasse nicht übernommen werden, ausgenommen solche aus Anlaß von Reisen in Gebiete außerhalb Europas.
6. für eine von Ärzten begründet als notwendig bescheinigte vorübergehende häusliche Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 BVO, soweit die Kosten nicht von der Kranken- oder Pflegekasse übernommen werden.
7. für eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 BVO, wenn und soweit kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse (§ 38 SGB V) besteht.
8. für einige krankheitsbedingt ärztlich verordnete Arzneimittel, die in bestimmten Anwendungsgebieten von der Krankenkasse (§ 34 SGB V) nicht übernommen werden (z.B. Grippemittel, Schmerztabletten).
9. für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren nach §§ 7 und 8 BVO immer nur nach vorheriger Anerkennung durch den Versorgungsverband, wenn zuerst der Rentenversicherungsträger und dann die gesetzliche Krankenkasse eine Übernahme ablehnen oder nur einen Zuschuß gewähren und die Maßnahme unaufschiebbar ist.
10. für Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 11 Abs. 2 BVO (pauschale Beihilfe).
11. in Todesfällen nach § 12 BVO.

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

Fragen Sie in Zweifelsfällen beim KVBW zurück!

Stand: Mai 1997