

Informationen der Bayerischen Regional-KODA Mitarbeiterseite

Kirchliche Zusatzversicherungen schließen Versorgungslücken

Maßgeschneiderte Ergänzung der Beihilfe – Pflegefall jetzt zusätzlich versicherbar

Die Gesundheitsreform hat zu Beginn des Jahres neue Lücken in die Gesundheitsversorgung gerissen. Diese können zum Teil mit der neuen die Beihilfe ergänzenden Versicherung „PEP plus“ geschlossen werden. Auch die gesetzliche Pflegeversicherung deckt im Pflegefall bei weitem nicht die vollen Kosten ab. Wer dieses Risiko absichern will, kann eine neue Gruppenversicherung der bayerischen Diözesen mit der Bezeichnung „PKT plus W“ nutzen.

Maßgeschneidert für Beihilfeberechtigte: „PEP plus“

Jede/r im kirchlichen Dienst hat Anspruch auf „Beihilfe“, zumindest im Grundtarif 814. Darüberhinaus sind bereits 90.000 MitarbeiterInnen der evangelischen und katholischen Kirche einschließlich Familienghöriger im Tarif 820 K höherversichert. Bei Zahn-, Heilpraktiker- und Krankenhausbehandlung decken diese beiden Beihilfetarife einen großen Teil der Kosten, die die Kasse nicht übernimmt, ab.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen wurden nun in einigen Bereichen, wie den Heil- und Arzneimitteln, weiter reduziert. Die Diözesen haben daher mit der Bayerischen Beamtenkrankenkasse vereinbart, eine die Beihilfe ergänzende Versicherung mit der Bezeichnung „PEP plus“ anzubieten. Die Bayerische Beamtenkrankenkasse ist ein Unternehmen

der Versicherungskammer Bayern und für die kirchliche Beihilfeversicherung zuständig.

Die „PEP Plus“ deckt gezielt Kosten ab, die nicht bereits durch die gesetzliche Krankenkasse oder die Beihilfe in den Tarifen 814 und 820 K übernommen werden (im Bereich Krankenhaustagegeld, Arznei-, Heil- und Verbandsmittel, Vorsorgeuntersuchungen). Die Beiträge liegen je nach Alter zwischen 0,96 Euro (Kinder) und 12,12 Euro pro Monat (Frauen ab 65). Befristet bis 30. September dieses Jahres erfolgt die Aufnahme in den Tarif noch ohne Gesundheitsprüfung.

Gruppenversicherung für den Pflegefall: „PKT plus W“

Seit 1995 gibt es die gesetzliche Pflegeversicherung, in die jeder Versicherungspflichtige einzahlen muss. Wer durch Krankheit oder Behinderung auf Hilfe angewiesen ist, erhält aus dieser Versicherung einen Zuschuss zu den Kosten.

Ein erheblicher Teil der Pflegekosten ist aber von dem/der Betroffenen selbst aufzubringen. MitarbeiterInnen sollten prüfen, ob sie dieses Risiko mit einer Pflegeergänzungsversicherung privat abdecken möchten.

Die bayerischen Diözesen haben mit der Bayerischen Beamtenkrankenkasse einen entsprechenden Gruppenversicherungsvertrag für die kirchlichen Beschäftigten abgeschlossen. Der Vorteil einer Gruppen-



Gesetzlich Versicherte zahlen bei Arznei- und Heilmitteln kräftig dazu.

Foto: Versicherungskammer Bayern

versicherung liegt in den geringeren Beiträgen. Ausführliche Informationen zu den beiden neuen Ergänzungsversicherungen finden Sie in diesem Heft.

Manfred Weidenthaler



Lücken schließen. Die neue Beihilfeergänzung „PEP plus“.

Themen

● Beihilfe

- Leistungen: Wer bekommt was
- Zahnersatz: Doppelversicherung vermeiden
- Beihilfe für Lehrkräfte an kirchlichen Schulen
- Arbeitsrechtliche Regelungen
- So finden Sie Ihren Tarif heraus

● Pflegeergänzungsversicherung ab S. 11

- Das zahlt die gesetzliche Versicherung
- Leistungen und Kosten der kirchlichen Gruppenversicherung



Auf einen Blick Hier zahlt die Beihilfe

Mitglieder gesetzlicher Kassen und Ersatzkassen

Dienstgeberpauschalen

(alle MitarbeiterInnen)

- Geburtskostenpauschale / -beihilfe
- Sterbegeld
- Beisetzungs pauschale bei Fehlgeburt (ABD-Bereich, nicht Caritas/AVR)

plus

Grundtarif 814

(alle MitarbeiterInnen)

- bei Zahnersatz
- bei Heilpraktikerkosten

plus

Höherversicherung 820 K

(freiwillige Höherversicherte + Lehrkräfte kirchlicher Schulen + „Altfälle“)

- bei Zahnersatz
- im Krankenhaus
- bei Heilpraktikerkosten
- bei Sehhilfen
- im Ausland (Reiseversicherung)

plus

Ergänzungsversicherung PEP plus

(freiwillige Ergänzungsversicherung)

- bei Zuzahlungen zu Heilmitteln
- bei Eigenbeteiligung im Krankenhaus (Krankenhaustagegeld)
- bei Vorsorgeuntersuchungen

NEU seit
1. Juli

Privat Versicherte

Dienstgeberpauschalen

(alle MitarbeiterInnen)

- Leistungen wie Mitglieder gesetzlicher Kassen (siehe oben)

plus

plus

Regeltarif 835

(alle Mitarbeiter, soweit nicht 830)

- Zuschuss zu Kosten, die nicht von der privaten Krankenvollversicherung (mit Dienstgeberzuschuss) übernommen werden (z. B. bei Zahnersatz) zu 50 % (Versicherter), 70 % (EhegattIn), 80 % (Kinder). Der Leistungsumfang hängt vor allem davon ab, was noch nicht durch die Krankenversicherung gedeckt ist.

„Beamtenbeihilfe“ 830

(Mitarbeiter, soweit nicht in Tarif 835)

- Zuzahlung zu den Kosten einer Privatbehandlung in Höhe des Bemessungssatzes (siehe 835). Für die private Versicherung der verbleibenden Kosten gibt es keinen Dienstgeberzuschuss.

Soviel bekommt jeder

Grundbeihilfe 814 und Dienstgeberpauschalen

Jede/r kirchliche MitarbeiterIn in Bayern ist auf Kosten des Dienstgebers beihilfeversichert. Die gesetzlich Krankenversicherten (AOK, Barmer usw.) im Tarif 814. Auch EhepartnerIn und Kinder erhalten Beihilfe im Tarif 814, sofern auch sie gesetzlich krankenversichert oder mitversichert sind. Im Unterschied zum öffentlichen Dienst wird bei der Kirche auch neu Eingestellten Beihilfe gewährt. Keine Leistung aus dem Tarif 814 gibt es während der Elternzeit und im Sonderurlaub.

Wichtig ist der Tarif 814 vor allem beim Zahnersatz. Die gesetzliche Versicherung kommt bei Zahnersatz oft nicht einmal für die Hälfte der Kosten auf. Durch die Beihilfe wird sichergestellt, dass bei kassenüblicher Versorgung derzeit noch ca. 60 % der Kosten abgedeckt sind.

Heilpraktikerkosten werden aus dem Tarif 814 bis zu 80 % erstattet. (Näheres siehe Beitrag rechts)

Geburtspauschale direkt vom Dienstgeber

Unabhängig vom Beihilfetarif haben alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Anspruch auf Geburtskostenpauschale, im Caritas-Bereich Geburtsbeihilfe genannt. Sie beträgt bis zu 358 Euro und wird direkt vom Dienstgeber ausbezahlt (Näheres zur Berechnung dieser Pauschalen in den entsprechenden Abschnitten auf S. 9).

Nur im Geltungsbereich des ABD (Tarifregelung für die verfasste Kirche in Bayern – ohne den AVR-Bereich, zu dem die Caritaseinrichtungen gehören) gibt es im Fall einer Fehlgeburt eine Pauschale von 358 Euro zu den Beisetzungskosten. Auch diese ist direkt beim Dienstgeber bzw. der Besoldungsstelle geltend zu machen.

Maximal 3 Monatslöhne Sterbegeld

Im Todesfall erhalten die Hinterbliebenen die Vergütung für den Sterbemonat und zwei weitere Monate weitergezahlt. Dieses Sterbegeld wird ebenfalls direkt vom Dienstgeber bzw. der Besoldungsstelle ausbezahlt.

je/mw

Sie wissen nicht, in welchen Beihilfetarif der Dienstgeber Sie und Ihrer Familie versichert hat? Lesen Sie auf Seite 10.

Unter www.kodakompass.de/beihilfe finden Sie

- weitere Informationen
- Beihilfemerklblätter
- Leistungsantrag zum Ausfüllen am eigenen PC

820 K – Chefa

Höherversicherung für maxima

Wesentlich größere Leistungen als die Grundbeihilfe bietet die Höherversicherung im Tarif 820 K. Das K steht für Kirche, da es sich um einen besonderen kirchlichen Tarif handelt. So ist er nicht von den Kürzungen im staatlichen Beihilfebereich betroffen. Der Tarif 820 K ergänzt die Grundbeihilfe. Die Leistungen werden zusätzlich zu denen des Tarifs 814 gewährt.

Der 820 K umfasst bei Krankenhausaufenthalten privatärztliche Behandlung und Zwei-Bett-Zimmer.

Beim Zahnersatz deckt der Tarif zusammen mit Krankenversicherung und Grundbeihilfe derzeit bis zu 90 % der Kosten ab. Vorab muss der Heil- und Kostenplan bei der Beihilfe eingereicht werden.

Beim Heilpraktiker kommt die Höherversicherung für weitere 20 % der Kosten auf.

Kosten für Sehhilfen, z. B. Brillen, werden bis zu 155 Euro in drei Jahren erstattet.

Eine Auslandsreiseversicherung ist eingeschlossen. Sie umfasst notwendige Arzt- und Zahnarztbesuche sowie Krankenhausaufenthalte im Ausland. Die Kosten für einen Krankenrücktransport werden bis 10.230 Euro erstattet. Unter der Service-Nummer 0 89/21 60-62 62 wird ein deutschsprachiger Arzt vermittelt.

Bei privaten Versicherungen ist in der Regel eine sogenannte Gesundheitsprüfung erforderlich. Mit einem Fragebogen werden Gesundheitszustand und Vorerkrankungen abgefragt und die Versicherung entscheidet, ob sie den Antragsteller versichert. Diese Gesundheitsprüfung entfällt bei Höherversicherung im 820 K, wenn der

Informationen, Formulare und Anträge erhalten Sie direkt bei

Die Service-Nummern sind in den Tagen nach Erscheinen dieses KODA Kompass voraussichtlich. Sie können den MitarbeiterInnen die Arbeit erleichtern, wenn Sie Ihre Beihilfenummer bereit h

Zusammenstellung: M. Weidenthaler

Heilpraktikerbehandlung

Bis zu 100 % werden mit Tarif 820 K erstattet

Heilpraktikerleistungen werden aus dem Tarif 814 für den Versicherten zu 50 % und den/die EhepartnerIn zu 70 % bezahlt, für Kinder zu 80 %. Bei Vorliegen des Tarifes 820 K werden zusätzlich weitere 20 % der Heilpraktikerleistungen erstattet, so dass es im Idealfall zu einer Gesamtleistung von bis zu 100 % kommen kann.

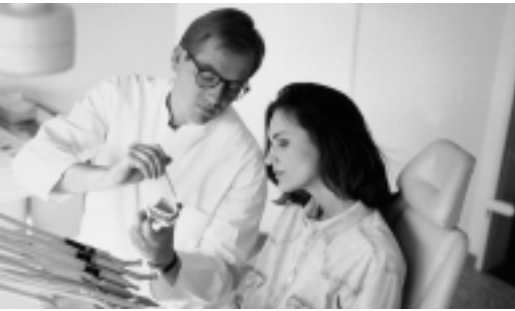
Für den Tarif 820 K gilt jedoch, dass die Leistungen auf 307 Euro pro Jahr und Person begrenzt sind. Es werden nur die Mindestsätze gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) erstattet.

Für den Tarif 814 gilt: Sind die Sätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geringer als die der GebüH, wird nach GOÄ erstattet. Soweit Heilpraktiker höhere Sätze verlangen, werden die zusätzlichen Kosten nicht berücksichtigt. Versicherte sollten vor der Behandlung klären, ob wissenschaftlich anerkannte Verfahren verwendet werden – nur solche sind erstattungsfähig. Im Zweifel gibt die Beihilfeversicherung Auskunft.

Ärztliche Behandlungen, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, sind leider auch in den Tarifen 814 und 820 K nicht erstattungsfähig. Dies gilt z. B. für homöopathische Behandlung bei einem Arzt für Naturheilverfahren. je/mw

Arzt inklusive

25,51 Euro im aktiven Dienst



Arzt: Bis zu 90 % werden erstattet.

Foto: Versicherungskammer Bayern

Antrag innerhalb der ersten 6 Monate nach Dienstbeginn gestellt wird. Gesetzlich krankenversicherte Ehepartner und Kinder können mitversichert werden. Frauen zahlen 25,51 Euro Beitrag monatlich, Männer 19,84 Euro. Die Mitversicherung von Kindern kostet bis 18 Jahre 3,17 Euro, darüber 9,66 Euro. Wer die Versicherung im Ruhestand weiterführt, zahlt ab dem 65. Lebensjahr 51,38 Euro (Frauen) bzw. 62,68 Euro (Männer).

Die im Vergleich mit privaten Krankenzusatzversicherungen sehr günstigen Beiträge kommen durch die Zusammensetzung und Größe des versicherten Kollektivs und die geringen Kosten für Verwaltung, Werbung und Marketing zustande. je/mw

Volle Beihilfe in Teilzeit

Im kirchlichen Dienst haben Teilzeitbeschäftigte und beihilfeberechtigte Angehörige Anspruch auf volle Beihilfe. Eine Kürzung wie im öffentlichen Dienst gibt es aufgrund eines Beschlusses der Bayerischen Regional-KODA nicht. Dies ist in der Beihilfeordnung festgehalten und gilt somit auch für den Caritas-Bereich.

Minijobs gleichgestellt

Seit 1. Januar 2003 sind geringfügig Beschäftigte im Geltungsbereich des ABD den übrigen Beschäftigten gleichgestellt. Sie erhalten volle Beihilfe und können sich im Tarif 820 K, „PEP plus“ „PKT plus W“ versichern. Ausgeschlossen sind aushilfsweise angestellte „kurzfristig Beschäftigte“. Beschäftigte im Caritas-Bereich haben im Bezug auf die Beihilfe die gleichen Ansprüche und Möglichkeiten. je/mw

PEP plus – maßgeschneidert

bis 30.9.2004 ohne Gesundheitsprüfung

Informationen zur neuen, die Beihilfe ergänzenden, Versicherung finden Sie ab Seite 4



Liebe Leserin, lieber Leser,

viele von Ihnen werden erstmals einen KODA Kompass in Händen halten. Die neuen kirchlichen Ergänzungsversicherungen haben wir zum Anlass genommen, wieder eine ganz große Auflage in Druck zu geben. Wir, das sind die VertreterInnen der Mitarbeiter in der Bayerischen Regional-KODA, der „Tarifkommission“ der verfassten Kirche in Bayern. Die Regional-KODA entspricht der „Arbeitsrechtlichen Kommission“ (AK) im Caritas-Bereich.

Neben den MitarbeiterInnen im KODA-Bereich erhalten diese Ausgabe ca. 50.000 Caritas-MitarbeiterInnen, da bei der Beihilfe weitgehend einheitliches Recht in beiden Bereichen gilt.

Aus Kostengründen können wir leider geringfügig Beschäftigte nicht regelmäßig beliefern. Informationen zum Arbeitsvertragsrecht im KODA-Bereich und alle Ausgaben des KODA Kompass finden Sie aber jederzeit im Internet unter www.kodakompass.de.

Herzliche Grüße im Namen Ihres KODA Kompass-Teams

Manfred Weidenthaler
Manfred Weidenthaler
Redaktionsleiter

Die Autoren dieser Ausgabe



Dr. Joachim Eder, Pastoralreferent aus der Diözese Passau, Mitarbeitervertreter, Stellv. Vorsitzender der Bayerischen Regional-KODA.



Manfred Weidenthaler, Religionslehrer, Erzdiözese München und Freising, Mitarbeitervertreter, Mitglied der Bayerischen Regional-KODA.

Besonderer Dank gilt Franz Aigner und Wolfgang Rückl für die juristische und fachliche Unterstützung.

Bei der Beihilfeversicherung

... nicht überlastet. Bitte haben Sie Geduld oder verschieben Sie den Anruf. ... halten (in Ihren Beihilfeunterlagen, z. T. auch auf der Gehaltsabrechnung)

Bei Fragen zu den Leistungen: 0 89/21 60-85 06

Bei Vertragsfragen: 0 89/21 60-85 05

Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe

Für gesetzlich krankenversicherte beihilfeberechtigte Arbeitnehmer haben die Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe zu Leistungskürzungen bzw. Leistungsausschlüssen und höheren Zuzahlungen bzw. Abzugsbeträgen geführt.

Die wichtigsten Änderungen sind in den folgenden Tabellen aufgeführt (auf Ausnahmeregelungen/Belastungsgrenzen wird nicht eingegangen):

1. Zuzahlungen bzw. Abzugsbeträge

Leistung	Gesetzliche Krankenversicherung	Beihilfe (für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer)
1.1 Arztbesuch	<ul style="list-style-type: none"> Praxisgebühr von 10 € pro Quartal beim Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> Abzug von 10 € pro Quartal beim Zahnarzt; schon bisher keine Beihilfe für Arzt, Psychotherapeuten
1.2 Arznei- und Verbandmittel	<ul style="list-style-type: none"> Zuzahlung von 10% des Preises, mindestens 5 € und maximal 10 €, höchstens die Kosten des Mittels 	<ul style="list-style-type: none"> Zuzahlung von 10 % des Preises, mindestens 5 € und maximal 10 €, höchstens die Kosten des Mittels, nur bei vom Heilpraktiker verordneten Mitteln; schon bisher keine Beihilfe für vom Arzt verordnete Mittel
1.3 Heilmittel (z.B. Massagen)	<ul style="list-style-type: none"> Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels zuzüglich 10 € je Verordnung 	<ul style="list-style-type: none"> schon bisher keine Beihilfe für Heilmittel
1.4 Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> Zuzahlung von 10% für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) mindestens 5 € und maximal 10 €, höchstens die Kosten des Mittels 	<ul style="list-style-type: none"> schon bisher keine Beihilfe für Hilfsmittel
1.5 Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> Zuzahlung von 10 € pro Tag, begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr 	<ul style="list-style-type: none"> schon bisher keine Beihilfe für Krankenhausaufenthalt

2. Leistungskürzungen bzw. Leistungsausschlüsse

Leistung	Gesetzliche Krankenversicherung	Beihilfe (für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer)
2.1 Sterbegeld/Todesfallpauschale	entfällt	entfällt
2.2 Entbindungsgeld/Geburtskostenpauschale	entfällt	entfällt
2.3 Sehhilfen	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlich keine Leistung mehr 	<ul style="list-style-type: none"> schon bisher keine Beihilfe für Sehhilfen
2.4 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlich keine Leistung mehr 	<ul style="list-style-type: none"> schon bisher keine Beihilfe für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
2.5 Zahnersatz (ab 1.1.2005)	<ul style="list-style-type: none"> Beitrag ist vom Versicherten allein zu tragen, Wahlrecht zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung 	<ul style="list-style-type: none"> Material- u. Laborkosten nicht mehr wie bisher zu 60%, sondern zu 40% beihilfefähig
2.6 Krankengeld (ab 1.1.2006)	<ul style="list-style-type: none"> Beitrag in Höhe von 0,5 % vom Versicherten allein zu tragen 	<ul style="list-style-type: none"> schon bisher keine Beihilfe für Verdienstausschlag

3. Versorgung mit Zahnersatz ab dem 1.1.2005

Der Umfang der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung bleibt bestehen, allerdings wird die prozentuale Kostenbeteiligung durch Festzuschüsse abgelöst. Die Bonusregelung gilt auch weiterhin. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt werden auch zukünftig mit einer höheren Leistung der GKV belohnt.

Die Höhe des Beitrags für die Zahnersatzversicherung wird von den Gesetzlichen Krankenkassen erstmalig zum 1.10.2004 für das Jahr 2005 festgelegt. Der Beitragssatz gilt für alle Gesetzlichen Krankenkassen einheitlich und ist für alle Mitglieder gleich.

Ab 1.1.2005 kann der Zahnersatz auch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgesichert werden. Dabei kann der Kunde wählen, ob er ab dem 1.1.2005 seine Grundversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit einer privaten Zusatzversicherung ergänzt oder ob er für die Absicherung des Zahnersatzes ganz in die private Krankenversicherung wechseln möchte, die neue Tarife hierfür einführen wird. Der genaue Leistungsumfang der neuen Tarife und damit auch der Beitrag, wird endgültig bestimmt, wenn der Gesetzgeber die Voraussetzungen für die Befreiung von der Gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt hat.

Für Arbeitnehmer, die für Zahnersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert bleiben, bietet der Tarif 820 K der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG schon heute die passende Zusatzversicherung.



4. Das Angebot der Bayerischen Beamtenkrankenkasse

4.1. Der bewährte Tarif 820 K

Der Tarif 820 K ist für kirchliche Mitarbeiter, die gesetzlich krankenversichert sind, nach wie vor eine äußerst günstige Absicherung. Die tariflichen Leistungen für stationäre Krankenhausbehandlung, Zahnersatz, Sehhilfen und Heilpraktikerbehandlung sind in den Verträgen zwischen den Bayerischen (Erz-)Diözesen und der Caritas mit der Bayerischen Beamtenkrankenkasse vereinbart. Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe wirken sich nicht auf die Leistungen des Tarifs 820 K aus.

Die Leistungen im Einzelnen und die Beiträge entnehmen Sie bitte der nachstehenden Übersicht.

Für den Tarif 820 K haben sich aus dem Bereich der Kirchen bereits rund 90 000 Personen entschieden. Mitarbeiter, die aus dem kirchlichen Dienst ausscheiden, können im Tarif 820 K weiter versichert bleiben.

4.2. Der neue Tarif PEP plus

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse hat mit den Bayerischen (Erz-)Diözesen, auch für den Bereich der Caritas, Gruppenversicherungsverträge über den neuen Tarif PEP plus abgeschlossen,

um die Leistungskürzungen durch die Gesundheitsreform für gesetzlich krankenversicherte Mitarbeiter abzumildern. Der Tarif PEP plus leistet bei Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln, für Vorsorgeuntersuchungen und bei stationärem Krankenhausaufenthalt.

Die Leistungen im Einzelnen und die Beiträge entnehmen Sie bitte der nachstehenden Übersicht.

Im Tarif PEP plus können sich gesetzlich krankenversicherte Mitarbeiter und deren gesetzlich krankenversicherte Ehegatten und Kinder versichern. Während des Zeitraums vom 1.7.2004 bis 30.9.2004 (Zugang des Antrags bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse) kann der Tarif PEP plus ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden.

4.3. Information der kirchlichen Mitarbeiter

Gesetzlich krankenversicherte Mitarbeiter erhalten im Juli von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse ein Anschreiben mit einem Antragsformular. Für Rückfragen wird unter der Nummer 01 80-5 10 19 90 eine Service-Hotline eingerichtet.

Die Tarife PEP plus und 820 K können alleine oder zusammen abgeschlossen werden.

Unsere Tarife – eine optimale Ergänzung zu Ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung



Leistungsart	Gesetzliche Krankenversicherung
Stationärer Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterbringung im Mehrbettzimmer ▪ Behandlung durch den diensthabenden Arzt
Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahnersatz in einfacher Ausführung ▪ Prozentualer Zuschuss (50 % - 65 %) der sich am einfachsten Zahnersatz orientiert ▪ Mehrkosten für höherwertigen Zahnersatz Inlays und Implantate werden nicht übernommen ▪ Leistungen werden ab dem 1.1.2005 neu geregelt.
Sehhilfen	Zuschüsse für Sehhilfen nur bei schwerer Sehbeeinträchtigung
Auslandsreisen	Nur in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen
Heilpraktiker	
Zuzahlungen	
Vorsorge	Im Rahmen der gesetzlichen Programme
Krankenhaustagegeld	

Beihilfe für gesetzlich Krankenversicherte

	820 K	PEP plus
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komfortable Unterbringung im Zweibettzimmer ▪ Behandlung durch den Arzt Ihres Vertrauens (z.B. Chefarzt) ▪ Ersatzkrankenhaustagegeld 	
Erstattet werden ca. 10 % des Kassenstandards Reduzierung der Leistungen ab dem 1.1.2005	Für Zahnersatz, Inlays und Implantate innerhalb von 4 Kalenderjahren 30 % der erstattungsfähigen Aufwendungen aus bis zu 7 675 Euro, aus weiteren 7 675 Euro 15 %	
	155 Euro innerhalb von 3 Kalenderjahren	
	Weltweiter Schutz für Auslandsreisen (privat und dienstlich)	
Behandlungs- und Untersuchungskosten sowie verordnete Arznei- und Verbandmittel zum personenbezogenen Bemessungssatz	20 % aus bis zu 1 535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres	
		Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel zu 50 % aus bis zu 300 Euro innerhalb von 3 Kalenderjahren
		50 % aus bis zu 300 Euro innerhalb von 3 Kalenderjahren Die Erstattung erfolgt ohne Berücksichtigung der in der GKV vorgesehenen Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle.
		10 Euro täglich; maximal 280 Euro im Kalenderjahr

	Beiträge*	Männer	Frauen	Beiträge*	Männer	Frauen
	18-64 Jahre	19,84 €	25,51 €	0-18 Jahre	0,96 €	0,96 €
	ab 65 Jahre	62,68 €	51,38 €	19-29 Jahre	5,66 €	7,14 €
				30-39 Jahre	6,01 €	8,03 €
				40-49 Jahre	7,15 €	8,46 €
				50-59 Jahre	8,59 €	9,25 €
				60-64 Jahre	9,79 €	9,98 €
				ab 65 Jahre	11,95 €	12,12 €
	Kinder (im Sinne des Beihilferechts)					
	0-18 Jahre	3,17 €	3,17 €			
	19-27 Jahre	9,66 €	9,66 €			

* Die Beiträge passen sich Ihrem Alter entsprechend den Altersgruppen an.

Zahnersatz

Doppelversicherung vermeiden

Anfang 2005 wird die Zahnersatzversicherung aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert. Die gesetzlich Versicherten müssen dann wählen, ob sie bei ihrer Krankenkasse oder bei einem privaten Unternehmen die neue verpflichtende Zahnersatzversicherung abschließen. Wer die Pflichtversicherung bei seiner Krankenkasse abschließt, erhält ungefähr die gleichen Kassenleistungen wie bislang. Die Beihilfetarife 814 und 820 K ergänzen diese Leistungen auch künftig weitgehend im gewohnten Umfang. Im Tarif 814 sind allerdings die Labor- und Materialkosten beim Zahnersatz ab 2005 aufgrund staatlicher Vorschriften nurmehr zu 40 % beihilfefähig. Bislang sind es 60 %.

Das Gesagte gilt auch, wenn bei einem privaten Unternehmen nur die bisherigen Kassenleistungen versichert werden.

Darüberhinaus bieten private Unternehmen die Pflichtversicherung ergänzende Zusatzversicherungen an. Teilweise werden solche Versicherungen auch in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen verkauft. Wer sich für solche Angebote interessiert, sollte darauf achten, sich nicht überzuversichern. Die Beihilfetarife 814 und 820 K decken einen erheblichen Teil der Zahnersatzkosten ab. Es ist nicht sinnvoll, die von der Beihilfe abgedeckten Kosten nochmals zu versichern.

Wer sich ein privates Angebot machen lässt, sollte angeben, dass er bereits „ungekürzte Arbeitnehmerbeihilfe“ erhält (Der kirchliche Tarif 814 entspricht von den Leistungen her der Arbeitnehmerbeihilfe für in der Krankenkasse Pflichtversicherte des öffentlichen Dienstes.). Höherversicherte MitarbeiterInnen sollten unbedingt angeben, dass sie zusätzlich Beihilfeleistungen nach Tarif 820 K erhalten – da dies eine kirchliche Besonderheit ist.

Manfred Weidenthaler

Kirchliche Schulen

Automatische Höherversicherung der Lehrkräfte – bei Versorgungszusage auch im Ruhestand

Von wenigen Ausnahmen abgesehen wird an kircheneigenen Schulen das ABD, das Arbeitsvertragsrecht der verfassten Kirche, angewandt. Für die Lehrkräfte an diesen Schulen gelten die Beihilfeordnung der Bayer. (Erz-)Diözesen, die allgemeinen Beihilfe Regelungen (§§ 40 - 40 c ABD Teil A, 1.) und zusätzliche Regelungen, die von der „Lehrerkommission in der Bayer. Regional-KODA“ beschlossen wurden.

Realschulen und Gymnasien

Den meisten Lehrkräfte an Realschulen und Gymnasien wird eine „Versorgungszusage“ erteilt. In diesem Fall erhalten sie auf Kosten des Dienstgebers Beihilfe

- für die Dauer der Beschäftigung;
- im Erziehungs- und Sonderurlaub aus familienpolitischen Gründen;
- im Falle der Beendigung des Arbeitsverhältnisses wegen Bezugs einer Rente, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Alters.

Begrenzt wird der Anspruch insoweit, dass er nur Geltung besitzt, soweit Beamte als LehrerInnen des Freistaats Bayern in diesen Zeiten beihilfeberechtigt sind. Änderungen der Beihilfeberechtigung beim Staat gelten in gleicher Weise für diese angestellten kirchlichen Lehrkräfte.

Hervorzuheben ist, dass die kirchliche Beihilfe für Lehrkräfte – Tarif 814 in Verbindung mit Tarif 820 K – vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus als Beihilfe akzeptiert und entsprechend bezuschusst wird.

Privat Krankenversicherte müssen sich in der Regel voll versichern und erhalten ergänzend Tarif 835. Lehrkräften wird nur noch in seltenen Fällen beamtenähnliche Beihilfe nach Tarif 830 neu gewährt.

Die für LehrerInnen zu vergebenden Zusagen ergeben sich aus der Beihilfeordnung Teil A und sind in den SR 21 (Sonderregelung Lehrkräfte im ABD) abgedruckt.

Berufliche Schulen sowie Grund- und Hauptschulen

Für Lehrkräfte an Grund- und Hauptschulen sowie beruflichen Schulen gibt es keine „Versorgungszusage“, die eine Refinanzierung im Ruhestand nach sich ziehen würde. Aus diesem Grund wurde von der Lehrerkommission nicht die weitreichende Regelung für Lehrkräfte an Gymnasien und Realschulen beschlossen.

Allerdings erhalten Lehrkräfte Beihilfe zumindest für die Dauer der Beschäftigung, auch in Elternzeit und im Sonderurlaub aus familienpolitischen Gründen. Dies gilt auch für befristet Angestellte mit einer Vertragslaufzeit von mindestens einem Jahr.

Dies bedeutet, dass pflichtversicherte und freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versicherte Lehrkräfte an diesen Schularten auf Kosten des Dienstgebers Beihilfe im Umfang des Tarifes 814 und 820 K erhalten, allerdings kein Anspruch auf diese Beihilfe im Ruhestand besteht. Der Tarif 820 K kann im Ruhestand auf eigene Kosten weitergeführt werden.

Privat krankenversicherte Lehrkräfte bedürfen in jedem Fall einer Krankenvollversicherung, erhalten dann für die Dauer der Beschäftigung die sogenannte kleine Beihilfe, Tarif 835.

Dr. Joachim Eder

**Bei Fragen hinsichtlich der Art des Beihilfeanspruchs, wenden Sie sich direkt an Ihren Schulträger.
Zur Beihilfeberechtigung der Angehörigen siehe auch S. 10.**

Impressum

KODA Kompass
Informationen der Bayerischen
Regional-KODA Mitarbeiterseite

Erstellt in Zusammenarbeit mit der
Dienstgeberseite.

KODA = Kommission zur Ordnung
des diözesanen Arbeitsvertragsrechtes.

Für die Inhalte tragen die AutorInnen die Verantwortung. Die Beiträge sind nicht Meinungsäußerungen der Redaktion oder der KODA als Ganzes. Rechtskräftig sind ausschließlich die Angaben im jeweiligen Amtsblatt.

Hergestellt mit finanzieller Unterstützung der Bayer. Beamtenkrankenkasse / Beihilfe.

Herausgeber- und Autorenanschrift

Bayerische Regional-KODA
Ottmarsgäßchen 8, 86152 Augsburg
Tel.: 08 21/15 37 92 Fax: 08 21/15 37 93
Bayerische-Regional-KODA@t-online.de

Redaktionsanschrift

c/o Manfred Weidenthaler
Mühlenstr. 73, 83098 Brannenburg
Tel.: 0 80 34/40 84 Fax: 0 80 34/7 08 98 61
redaktion@kodakompass.de

Redaktion

Franz Aigner, Jürgen Herberich, Johannes Hoppe, Karin Jörg, Dr. Christian Spannagl, Manfred Weidenthaler, Vertreter der Dienstgeberseite: Wolfgang Rückl

Redaktionsleitung und Layout

Manfred Weidenthaler (V.i.S.d.P.)

KODA Kompass Fotos: Johannes Hoppe

Abo-Verwaltung, Druck und Auflage
Druckerei Fuchs, Gutenbergstr. 1,
92334 Berching, Tel.: 0 84 62/9 40 60,
Fax: 0 84 62/94 06 20; Auflage: 110.000

Erscheinungsweise und Bezug

KODA Kompass erscheint i. d. R. 4 x jährlich. Für sozialversicherungspflichtige MitarbeiterInnen im ABD-Bereich werden die Kosten von den

Bayer. Diözesen getragen. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Diözesen, Kirchenstiftungen, sowie angegliederter Einrichtungen erhalten ihn automatisch. Beschäftigte weiterer Einrichtungen erhalten ihn über ihre Dienststelle, soweit diese ABD anwendet und bei der Redaktion registriert ist. Sonstige Interessenten können den KODA Kompass bei der Druckerei Fuchs gegen Kostenbeitrag abonnieren. Kostenbeitrag 8 € pro Kalenderjahr (bei Auslandsbezug zzgl. Porto). Einzel Exemplare, auch älterer Ausgaben, erhalten Sie gegen Einsendung eines adressierten und mit 1,44 € frankierten A4-Rückumschlags von der KODA-Geschäftsstelle. **Alle Ausgaben können unter www.kodakompass.de eingesehen und ausgedruckt werden.**
Vervielfältigung und Weitergabe ist gestattet und erwünscht. Abdruck in anderen Publikationen ist gestattet, wenn Quelle und Verfasser genannt und ein Belegexemplar an den KODA Kompass gesandt werden.

Grundlagen für Beihilfen in den kirchlichen Arbeitsverträgen

Unterschiedliche Leistungen bei Geburtspauschalen

Für kirchliche MitarbeiterInnen gilt die „Beihilfeordnung der Bayerischen (Erz-)Diözesen“ – egal, ob ABD- oder AVR-Arbeitsvertrag.

Teil A der Ordnung regelt die Grundzüge – insbesondere wer welchen Tarif bekommt – und die arbeitsvertragsrechtlichen Abgrenzungen („Konkurrenzregelungen“ zum öffentlichen und kirchlichen Dienst). Hinsichtlich des Leistungsrechts verweist er größtenteils auf die beim Freistaat Bayern geltende Regelung. Hier geht es um eine Beihilfe im ursprünglichen Sinn, wie sie im Öffentlichen Dienst Geltung besitzt. Diese Beihilfe ist von allen Veränderungen im staatlichen Bereich abhängig, kann von daher keine dauerhaft festgelegten Leistungsumfänge garantieren. Dies zeigt sich z. B. an dem Wegfall der Geburtskostenpauschale seit 1. Januar 2004 im Tarif 814. Nur der rein kirchliche Tarif 820 K ist vom Staat unabhängig.

Kircheneigene Beihilfeversicherung

Die Höherversicherung im Tarif 820 K wird in Teil B behandelt. Jede/r im Tarif 814 hat Anspruch darauf, sich und gesetzlich krankenversicherte Angehörige auf eigene Kosten höher zu versichern. Wird der Antrag innerhalb von 6 Monaten nach Beginn des Beschäftigungsverhältnisses gestellt, wird keine Gesundheitsprüfung verlangt. Danach ist sie zwingend vorgeschrieben.

Die Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Leistungsbeschreibungen des Tarifs 820 K, die zwischen den bayerischen Diözesen und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse vereinbart sind und nur von den beiden Vertragspartnern verändert werden können. Die jeweils gültige Leistungsbeschreibung ist Bestandteil der Beihilfeordnung Teil B.

ABD
verfasste
Kirche

In Bayern werden im kirchlichen Dienst zwei unterschiedliche Arbeitsverträge angewandt. Das ABD (Arbeitsvertragsrecht der Bayer.

Erz-/Diözesen) gilt für Arbeitsverhältnisse von MitarbeiterInnen im „verfassten“ Bereich der Kirche. Zum verfassten Bereich

gehören Ordinariate und Kirchenstiftungen, aber auch kirchliche Vereine und manche Ordensgemeinschaften. Wer im Caritas-Bereich arbeitet, gehört zum AVR-Bereich – bitte im Abschnitt AVR weiterlesen.



Umfassendes Vorsorgepaket: Dienstgeberpauschalen, Grundbeihilfe und Höherversicherung.

Fotos: KNA-Bild; Versicherungskammer Bayern

Die arbeitsvertragsrechtliche Grundlage für die Beihilfe findet sich im ABD Teil A, 1. in § 40. Dort ist der Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen festgelegt. Dabei wird auf die Beihilfeordnung Teil A in ihrer jeweiligen Fassung verwiesen. Zusätzlich wird in § 40 a eine kirchliche Beihilfeversicherung bei Krankheitsfällen nach Teil B der Beihilfeordnung ermöglicht.

Erstausstattung bei Geburten

Für die Erstausstattung bei Geburten besteht ein Anspruch gegenüber dem Dienstgeber in Höhe von 230 Euro je Kind, bei Mehrlingsgeburten also entsprechend höher. Dieser Anspruch besteht auch, wenn das Beschäftigungsverhältnis wegen Elternzeit oder Sonderurlaub aus familienpolitischen Gründen ruht. Ruht das Beschäftigungsverhältnis aus anderen Gründen, besteht kein Anspruch.

Ausdrücklich geregelt ist, dass Leistungen Dritter, z. B. aus einem Arbeitsverhältnis beim Staat oder im Caritas-Bereich noch hinzu kommen. Die zusätzliche

Geburtskostenpauschale im Tarif 814 hat der Freistaat Bayern zum 1. Januar 2004 allerdings abgeschafft.

Hat ein/e MitarbeiterIn mehrere Beschäftigungsverhältnissen zu Dienstgebern im ABD-Bereich, teilen sich die Dienstgeber die Kosten, so dass der/die MitarbeiterIn die volle Pauschale einmal erhält.

Der Beschäftigungsumfang spielt keine Rolle, selbst geringfügig Beschäftigte haben Anspruch auf die volle Geburtskostenpauschale.

Beisetzungspauschale bei Fehlgeburten

Eine kirchliche Besonderheit findet sich in § 40 c. Wenn ein/e MitarbeiterIn eine Fehlgeburt beendet, wird eine Kostenpauschale in Höhe von 358 Euro vom Dienstgeber gewährt.

Bei Beschäftigungsverhältnissen eines/r Mitarbeiters/ in zu mehreren kirchlichen Dienstgebern wird die Pauschale anteilig so gewährt, dass sie der/die Beschäftigte insgesamt einmal in voller

Höhe erhält. Der Beschäftigungsumfang spielt keine Rolle.

AVR
Caritas-
Bereich

Im Caritas-Bereich werden die „Arbeitsvertragsrichtlinien“ des Deutschen Caritasverbandes angewendet.

Die Anlage 11 ist dort die arbeitsvertragsrechtliche Grundlage für den Beihilfeanspruch. Entscheidend für die AVR-MitarbeiterInnen in Bayern ist Abs. 2 der Anlage. Hier ist festgelegt, dass die in den bayerischen Diözesen geltende Beihilfeordnung auch im Caritas-Bereich Anwendungsgrundlage ist. Damit gilt für Caritas-MitarbeiterInnen dieselbe Ordnung wie im ABD-Bereich.

Geburtsbeihilfe

Gemäß Anlage 11 a der AVR besteht ein Anspruch des/der MitarbeiterIn auf „Geburtsbeihilfe“ gegenüber dem Dienstgeber. Die Höhe beträgt 358 Euro pro Kind, bei Mehrlingsgeburten also entsprechend höher. Zusätzlich ist geregelt, dass diese Geburtsbeihilfe auch bezahlt wird, wenn ein Kind vor Vollendung des zweiten Lebensjahres

angenommen oder mit dem Ziel der Annahme in den Haushalt aufgenommen wurde und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt worden ist.

Bei Vorliegen mehrerer Beschäftigungsverhältnisse im Geltungsbereich der AVR besteht anteiliger Anspruch. Wenn beide Elternteile im Geltungsbereich der AVR Anspruch darauf haben, erhält die Mutter den zustehenden Betrag.

Von den 358 Euro werden Pauschalen, die andere Dienstgeber anlässlich der Geburt gewähren, abgezogen und zwar

- aus einem Beschäftigungsverhältnis im kirchlichen oder öffentlichen Dienst, auch des anderen Elternteils,
- aus einer Beihilfeversicherung, auch des anderen Elternteils.

Dies bedeutet, dass vom Anspruch eines/r AVR-Mitarbeiters/in, der mit

einem/r ABD-MitarbeiterIn verheiratet ist, 230 Euro abgezogen werden. Die jetzt gestrichenen Leistungen der Beihilfe Tarif 814 wurden im AVR-Bereich ebenfalls von der Geburtsbeihilfe abgezogen. Diese Streichung bringt daher für AVR-Beschäftigte keinen Nachteil.

Dr. Joachim Eder

Die Beihilfeordnungen finden Sie unter www.kodakompass.de/beihilfe

So finden Sie Ihren Beihilfetarif heraus

Wenn Sie Mitglied einer *gesetzlichen Krankenkasse* sind, können Sie selbst nur im Tarif 814 und möglicherweise zusätzlich im Tarif 820 K sein. Dabei spielt es keine Rolle, ob Sie in der Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert sind.

Auf Ihrer Verdienstabrechnung steht – soweit der Beihilfetarif nicht direkt abgedruckt ist – ein „AG-Anteil“ zur Beihilfe. Ist der abgedruckte Arbeitgeberanteil höher als 3 Euro, sind

Sie auf Kosten des Arbeitgebers im Tarif 820 K höherversichert. Der Grundbeitrag von 3 Euro ist unabhängig davon, ob Sie allein oder auch Ihre Angehörigen beihilfeberechtigt sind.

Sind Sie höherversichert, wird für jede Person ein eigener Beitrag bezahlt. Sind auf Ihrer Gehaltsabrechnung z. B. 54,69 Euro „AG-Beitrag“ ausgewiesen, sind Sie, Ihr Ehepartner und zwei Kinder versichert (einmal 3 Euro Grundbeitrag, einmal 820 K Ehefrau 25,51 Euro, einmal Ehemann 19,84 Euro, zweimal minderjähriges Kind à 3,17 = insgesamt 54,69 Euro Arbeitgeberbeitrag). Angehörige von im 820 K Beihilfeberechtigten sind manchmal im Tarif 835.

Die zugehörigen „AG-Beiträge“: Frauen unter 65 Jahre 16,27 Euro, Männer unter 65 Jahre 9,28 Euro und Kinder 12,54.

Privatversichertentarife

Privatversicherte können nur in den Tarifen 835 oder 830 beihilfeversichert sein. Zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber einen Zuschuss zu ihrer privaten Kranken(voll)versicherung (siehe Gehaltsabrechnung), dann haben Sie eine private Versicherung, die durch den Tarif 835 („kleine Beihilfe“) ergänzt wird.

Erhalten Sie keinen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung, haben Sie Tarif 830 (große Beihilfe). je/mw

Kirchliche/r MitarbeiterIn ist im Beihilfetarif ...	Beihilfetarife der Familienmitglieder Angehörige (EhepartnerIn und berücksichtigungsfähige Kinder ¹) sind ...			
	Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (AOK ...)	gesetzlich versichert mit Beihilfeanspruch im öffentlichen Dienst (Arbeitnehmerbeihilfe für Krankenpflichtversicherte = 814)	privat krankenversichert	privat versichert mit Beihilfeanspruch im öffentlichen Dienst (Beamtenbeihilfe, entspricht Tarif 830)
814 ²	814 ³	Anspruch nur bei Elternzeit/Sonderurlaub ⁵	kein Anspruch	kein Anspruch
814 + 820 K (Altfälle ⁴ + Lehrkräfte kirchl. Schulen ⁴)	814 ³ + 820 K	820 K (in Elternzeit/Sonderurlaub zusätzlich 814 ³)	835	kein Anspruch
835 ⁶	814 ³	Anspruch nur bei Elternzeit/Sonderurlaub ⁵	835 // wenn eigenes Beschäftigungsverhältnis oder Selbstständigkeit kein Anspruch	kein Anspruch
830 ⁶	814 ³ + 820 K	Anspruch nur bei Elternzeit/Sonderurlaub ⁵	830 bei eigenem Einkommen unter 18.000 € // sonst 835	kein Anspruch

In der Tabelle sind nur die häufigsten Fälle dargestellt. Einen Beitrag zu den Konkurrenzregelungen mit dem öffentlichen Dienst finden Sie unter www.kodakompass.de/beihilfe. Dort finden Sie auch die gesamte Beihilfeordnung im Wortlaut.

① Berücksichtigungsfähig sind Kinder, wenn sie beim Ortszuschlag (bzw. beim Familienzuschlag des Beamtenrechts) berücksichtigungsfähig sind. Kinder, für die Kindergeld gezahlt wird, erfüllen diese Voraussetzung.

② Der Tarif 814 endet mit Eintritt in den Ruhestand und kann auch auf eigene Kosten nicht weitergeführt werden. In der Elternzeit und im Sonderurlaub werden keine Leistungen gewährt, auch nicht für Angehörige!

③ Die offizielle Bezeichnung des Tarif 814

lautet, wenn er Angehörigen gewährt wird, Tarif 854. Die Leistungen sind identisch.

④ Leistungen aus Tarif 820 K werden auch in Elternzeit und Sonderurlaub aus familienpolitischen Gründen (Kindererziehung, Pflege von Angehörigen) gewährt. Bei Vorliegen einer „Ruhestandszusage“ auch in Rente – ansonsten kann er auf eigene Kosten weitergeführt werden.

⑤ Während Elternzeit/Sonderurlaub zahlt der öffentl. Dienst keine Leistungen. Betroffene

Ehepartner und Kinder haben für diese Zeit Anspruch auf Mitversicherung in der kirchlichen Beihilfe. Dem kirchlichen Dienstgeber muss die Elternzeit bzw. der Sonderurlaub des Ehepartners vorher gemeldet werden, damit er ihn/sie anmelden kann!

⑥ Ob Anspruch auf Beihilfe in Elternzeit, Sonderurlaub und Ruhestand besteht, hängt davon ab, ob der Dienstgeber eine entsprechende schriftliche Zusage gegeben hat. (Lehrkräfte an kirchl. Schulen siehe S. 8)

Angaben ohne Gewähr! Rechtsverbindlich sind nur amtliche Veröffentlichungen!

Risiko Pflegefall – gesetzliche Versicherung zahlt nur einen Teil

Bayerische Diözesen ermöglichen preisgünstige Ergänzungsversicherung

Ab sofort können kirchliche MitarbeiterInnen und ihre Angehörigen den Pflegefall über einen „Gruppenvertrag“ absichern. Partner der Kirche ist – wie bei der Beihilfe – die Bayerische Beamtenkrankenkasse.

Gesetzliche Versicherung zahlt nur Zuschuss

Bei Pflege denken die meisten nur an ältere Menschen. Doch auch in jungen Jahren kann man durch Unfall oder Krankheit schnell auf fremde Hilfe angewiesen sein, z. B. beim Waschen, Anziehen, Kochen oder bei Besorgungen.

Seit 1995 gibt es für diesen Fall die gesetzliche Pflegeversicherung. Um den Beitrag für diese Pflichtversicherung niedrig zu halten (derzeit 1,7 % des krankversicherungspflichtigen Brutto), zahlt die gesetzliche Pflegeversicherung nur Zuschüsse zu den tatsächlichen Kosten. Verbleibende Kosten sind von dem/der Betroffenen selbst aufzubringen. In Pflegeheimen sind die selbst aufzubrin-



Gesetzliche Versicherung reicht nicht: Wer nach Unfall oder Krankheit auf Hilfe angewiesen ist, wird leicht zum „Sozialfall“. Foto: J. Eder.

Art und Dauer der Hilfe ...	Stufe I erheblich Pflege- bedürftige	Stufe II Schwerpflege- bedürftige	Stufe III Schwerstpflege- bedürftige
Bereich der Grundpflege: Körperpflege Ernährung Mobilität	Hilfe mindestens 1 x täglich bei insgesamt 2 Verrichtungen er- forderlich	Hilfe mindestens 3 x täglich zu verschie- denen Zeiten erfor- derlich	Hilfe rund um die Uhr erforderlich
Hauswirtschaftliche Versorgung	zusätzlich mehrmals pro Woche	zusätzlich mehrmals pro Woche	zusätzlich mehrmals pro Woche
Durchschnittlicher täglicher Zeitauf- wand für nicht aus- gebildete Personen	mindestens 90 Min., davon über 45 Min. Grundpflege	mindestens 180 Min., davon über 120 Min. Grundpflege	mindestens 300 Min., davon über 240 Min. Grundpflege
Leistung bei Pflege durch Angehörige (Pflegedienst und Heim siehe Tabelle nächste Seite)	205 Euro Pflegegeld	410 Euro Pflegegeld	665 Euro Pflegegeld
	zusätzliche Leistungen z. B. für Pflegevertretung, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, technische Hilfsmittel		

Pflegestufen und was die gesetzliche Pflegeversicherung zahlt

genden Kosten (neben den verbleibenden Pflegekosten sind das die Kosten für Unterkunft und Verpflegung) oft höher als die gesamte Rente. Sind die Ersparnisse aufgebraucht, müssen Kinder oder Eltern des Pflegebedürftigen einspringen, wenn sie ein entsprechendes Einkommen haben. Wenn dort nichts zu holen ist, übernimmt die Sozialhilfe notwendige Kosten.

Krankenkasse entscheidet über Pflegestufe

Wieviel die gesetzliche Pflegeversicherung zahlt, hängt vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab. Der/die Pflegebedürftige kann wählen, ob er/sie – wenn dies möglich ist – zu Hause von Angehörigen gepflegt werden will oder ob er die Hilfe von Fachkräften (z. B. durch einen Pflege-

dienst der Caritas oder ein Pflegeheim) in Anspruch nimmt. Der Zuschuss bei Hilfe durch Fachkräfte („Pflegesachleistung“) ist höher, als bei Pflege durch Angehörige („Pflegegeld“).

Rund 2 Millionen Menschen in Deutschland gelten als zumindest „erheblich pflegebedürftig“. Die Krankenkasse (die zugleich die Pflegekasse ist) überprüft in jedem Einzelfall die Pflegebedürftigkeit und ordnet den/die Betreffende/n in eine von drei Pflegestufen ein.

Diese Kosten bleiben

Die gesetzliche Pflegeversicherung leistet eine wichtige Grundabsicherung. Sie deckt aber bei weitem nicht die vollen Kosten. Vor allem in den teuren

● Fortsetzung nächste Seite

Info-Coupon Pflegeergänzungsversicherung

Rückseite ausfüllen, ausschneiden
und abschicken

	Pflege- stufe	durch- schnittliche Kosten pro Monat*	Leistung gesetzliche Pflegeversi- cherung	So viel muss selbst getragen werden
Vollstationäre Pflege (Pflege- heim)	I	2.015 €	1.023 €	992 €
	II	2.325 €	1.279 €	1.046 €
	III	2.805 €	1.432 €	1.373 €
Häusliche Pflege durch Fach- personal	I	732 €	384 €	348 €
	II	1.771 €	921 €	850 €
	III	3.052 €	1.432 €	1.620 €

* Bei vollstationärer Pflege (Pflegeheim) einschließlich der Kosten für Wohnen (sogenannte Hotel- und Investitionskosten) und Verpflegung. Nicht eingeschlossen sind Dinge wie Zusatzleistungen (Friseur, Haustierversorgung ...) und Taschengeld.
Erstellt von der Bayer. Beamtenkrankenkasse unter Verwendung von Daten aus Finanztest 12/02 und Auswertungen eigener Versicherungsfälle unter Berücksichtigung des Vergütungsvertrags für häusliche Pflege in Bayern, Stand 3/04.

Pflegestufen II (schwerpflegebedürftig) und III (schwerstpflegebedürftig) bleiben oft über 1000 Euro „Restkosten“, die privat bezahlt werden müssen. Die Tabelle oben zeigt, mit welchen Kosten zu rechnen ist.

Das Angebot der Beamtenkrankenkasse: „PKT plus W“

Um die selbst zu tragenden Kosten in den Pflegestufen II und III zu minimieren, bietet die Bayerische Beamtenkrankenkasse die Pflegeergänzungsversicherung „PKT plus W“. Sie funktioniert auf Tagegeldbasis, ähnlich einer Krankenhaustagegeldversicherung. Daher auch der Name „PKT“ = „Pflegekrankenstagegeld“. Das bedeutet, wer von der Krankenkasse in die entsprechende Pflegestufe eingruppiert wird, erhält das vereinbarte Tagegeld ausgezahlt und entscheidet selbst, wie er das Geld verwendet. Das „W“ im Namen steht für „wachsend“ – die Versicherungssumme kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Nach Angaben der Bayerischen Beamtenkrankenkasse hat diese Versicherung folgende Vorteile:

- Der/die MitarbeiterIn kann die Höhe der Absicherung frei wählen und so maßgeschneidert vorsorgen, abgestimmt auf die persönlichen Vermögensverhältnisse. Die Pflegestufen II und III können derzeit bis maximal 2.850 Euro im Monat bei Pflege im Heim versichert werden. Wird keine Heimpflege in Anspruch genommen, erhält der/die Versicherte jeweils 80 % des vereinbarten Tagegelds. Die Leistungen sind in Pflegestufe II so hoch wie in Stufe III.

- Ohne neue Gesundheitsprüfung kann im Rahmen der Tarifbedingungen die Vorsorge der Kostenentwicklung angepasst werden.
- Die Leistungen stehen zusätzlich zur Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung.
- Keine Wartezeit bei unfallbedingten Pflegefällen, ansonsten drei Jahre.
- Beitragsbefreiung im Leistungsfall.
- In den ersten drei Jahren können Versicherer grundsätzlich zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen; der Kunde steht dann ohne Schutz da. Die Pflegeergänzungsversicherung „PKT plus W“ verzichtet auf dieses Kündigungsrecht.
- „PKT plus W“ ist eine wirksame Abrundung der Altersvorsorge: So brauchen keine Ersparnisse angegriffen werden, und Angehörige bleiben weitgehend frei von Zahlungsverpflichtungen.

Staat fördert Ergänzungsversicherung steuerlich

Um jüngere Menschen für die zusätzliche private Absicherung zu motivieren, sind ab Geburtsjahrgang 1958 Beiträge bis zu 184 Euro pro Jahr als „zusätzliche Vorsorgeaufwendung“ steuerfrei.

Kirchliche Gruppenversicherung oft billiger

Eine Pflegeergänzungsversicherung bieten viele Versicherungsunternehmen an. Leistungen und Beiträge sind sehr unterschiedlich. Wer Angebote vergleicht, sollte darauf unbedingt achten.

Der Vorteil einer Gruppenversicherung gegenüber einer Einzelversicherung liegt in der Beitragshöhe. Wer eine Gruppenversicherung nutzt, erhält eine Art „Mengenrabatt“. Die Versicherung – in diesem Fall die Bayer. Beamtenkrankenkasse – gewinnt viele Kunden auf einmal und spart sich viel Geld für Werbung. Daher sind die Beiträge zum „PKT plus W“ für kirchliche MitarbeiterInnen ca. 5 - 10 % niedriger als bei Einzelversicherung. Über die Jahre können einige 100 Euro Ersparnis für den/die MitarbeiterIn zusammenkommen.

Der Beitrag zum „PKT plus W“ hängt vom Eintrittsalter ab. Wer im Alter von 20 Jahren einsteigt und ein Pflegegeld in Höhe von 30 Euro täglich (ungefähr 900 Euro/Monat) versichert, zahlt als Frau 9,60 Euro im Monat, als Mann 7,20 Euro. Wer sich im Alter von 40 Jahren versichert, zahlt 19,80 Euro bzw. 12,90 Euro. Die Bayer. Beamtenkrankenkasse bildet mit einem Teil des Beitrags „Alterungsrückstellungen“. Der Beitrag soll so mit zunehmendem Alter nicht oder möglichst wenig wachsen. Im Idealfall müsste der 20jährige Mann, der mit 7,20 Euro eingestiegen ist, noch mit 60 Jahren nur diesen Beitrag von 7,20 Euro zahlen. Eine Garantie dafür, dass der Beitrag nicht steigt, gibt es aber trotz „Alterungsrückstellungen“ nicht.

Auch für Ehepartner und Kinder von kirchlichen MitarbeiterInnen kann der „PKT plus W“ zum Gruppenversicherungsbeitrag abgeschlossen werden. Spätestens mit dem 27. Lebensjahr müssen Kinder jedoch den vollen Beitrag – ohne Gruppenversicherungsermäßigung – zahlen.

Wer mehr wissen will: Coupon abschicken

Wenn Sie prüfen wollen, ob die neue Pflegeergänzungsversicherung für Sie geeignet ist, schicken Sie nebenstehenden Coupon an die Bayer. Beamtenkrankenkasse. Sie erhalten dann ausführliche Informationen zugeschickt.

Manfred Weidenthaler

Genauere Informationen zur gesetzlichen Pflegeversicherung finden Sie auf der Homepage des Gesundheitsministeriums www.bmgs.bund.de („Themenschwerpunkte“ anklicken) und auf den Internetseiten der Krankenkassen z. B. unter www.bkk.de („Leistungen und Mitgliedschaft“ anklicken).



- Einfach ausschneiden, ausfüllen, auf eine Postkarte kleben und abschicken
- faxen: 0 89/21 60-85 93 • per Email anfordern: norbert.kronawitter@vkb.de

Bitte senden Sie mir Informationen zur kirchlichen Gruppenversicherung „PKT plus W“ zu.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

KE _____
Beihilfeversicherungsnummer (wenn bekannt)

An die
Bayerische
Beamtenkrankenkasse
Abteilung C2SK03
Maximilianstr. 53

81537 München