Tarifbeschäftigte

Beihilfen an Tarifbeschäftigte BVOTb NRW

Stand: Januar 2025

Beihilfeberechtigter Personenkreis § 1 Absatz 1 BVOTb NRW

Tarifbeschäftigte besitzen einen Anspruch auf Beihilfen in Geburts- und Krankheitsfällen nach der Beihilfenverordnung für Tarifbeschäftigte (BVOTb NRW), sofern ihr Arbeitsverhältnis vor dem 01.01.1999 begründet wurde und ununterbrochen fortbesteht. Teilzeitbeschäftigte (dazu zählt auch die Altersteilzeit) erhalten von der errechneten Beihilfe den Anteil, der ihrem Beschäftigungsumfang entspricht. Dies gilt auch für Tarifbeschäftigte, die sich in Altersteilzeit befinden und für diejenigen, die weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit leisten.
Beträgt die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit während der Teilzeit oder Altersteilzeit z. B. 50 % der regelmäßigen tariflichen Arbeitszeit, so erhalten Tarifbeschäftigte 50 % der Beihilfeleistungen, die vollbeschäftigten Tarifbeschäftigten zustehen.
Der reduzierte Beihilfeanspruch erstreckt sich auch auf die Aufwendungen, die für berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehepartnerin, Ehepartner, Kinder) geltend gemacht werden.

Mit dem Renteneintritt entfällt der Beihilfeanspruch ersatzlos.

Es besteht kein Beihilfeanspruch mehr für Saisonarbeiter.

Es besteht kein Anspruch mehr auf Beihilfen im Todesfall.

Auswirkungen von Zeitwertkonten auf die tarifliche Beihilfe

Das Zeitwertkontomodell sieht im Grundsatz vor, dass ein Teil des Brutto-Entgeltes, welches in der Ansparphase durch erbrachte Arbeitsleistung erzielt wird, nicht ausgezahlt - sondern auf einem besonders eingerichteten Konto angespart wird (sog. Wertguthaben).

Dies hat zur Folge, dass in der Ansparphase auch nur von dem ausgezahlten Teil Steuern und Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden.
Erst in der Entnahmephase erfolgt die Besteuerung und Abführung der Sozialversicherungsbeiträge des Wertguthabens (welches auch erst zu diesem Zeitpunkt fällig wird) und zwar in Höhe der im Entnahmezeitpunkt gültigen Beitragssätze (Zuflussprinzip), vgl. auch § 7 I a S.1 Sozialgesetzbuch IV.
Deswegen befinden sich Tarifbeschäftigte sowohl in der Ansparphase als auch in der Entnahmephase in

einer Teilzeitbeschäftigung.

Sowohl § 2 Abs. 3 des Gesetzes über die Anwendung beamten- und besoldungsrechtlicher Vorschriften auf nichtbeamtete Angehörige des öffentlichen Dienstes (AbubesVG) als auch § 1 II der Beihilfenverordnung Tarifbeschäftigte (BVOTb NRW) normieren, dass für Tarifbeschäftigte, die mit weniger als der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit beschäftigt sind, die Beihilfe anteilig entsprechend der arbeitsvertraglich vereinbarten durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit gezahlt wird.
Deswegen kann sowohl in der **Anspar- als auch in der Entnahmephase** nur eine quotierte Beihilfe im Verhältnis zur Vollzeitbeschäftigung gezahlt werden.

Gesetzlich versicherte Tarifbeschäftigte § 2 BVOTb NRW

Pflichtversicherte und freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versicherte Tarifbeschäftigte, denen ein Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach zusteht oder die beitragsfrei versichert sind, sowie ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind ausschließlich auf die ihnen aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Unfallversicherung dem Grunde nach zustehenden Leistungen angewiesen.

Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass sie diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen, sind nicht beihilfefähig. Wird auf die zustehende Sach- oder Dienstleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet, sind die Aufwendungen dennoch nicht beihilfefähig.

Des Weiteren sind folgende Aufwendungen nicht beihilfefähig:

- Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Kostenerstattung gewählt wurde
- Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe eines Festbetrags nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren sowie Aufwendungen für von der Erstattung der Kasse ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel
- Aufwendungen für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren sowie ambulante Kurmaßnahmen der in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung Versicherten. Diese sind nur dann beihilfefähig, wenn die Versicherungsträger die Bewilligung einer vergleichbaren Maßnahme im Widerspruchsverfahren abgelehnt haben und der von der Beihilfekasse beauftragte Amts- oder Vertrauensarzt vor Beginn die Durchführung der Maßnahme trotz dem als notwendig bezeichnet.

Beihilfen können insbesondere zu folgenden Aufwendungen gezahlt werden:

- Zuschuss zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung
- Kosten für Zahnersatz (Prothesen, Brücken, implantologische Leistungen incl. Suprakonstruktion) und Zahnkronen - auch Teleskopkronen - (ausgenommen Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen), sofern ein Anspruch gegen die Krankenversicherung oder die Unfallversicherung besteht. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden um den dem Grunde nach zustehenden Zuschuss gekürzt. Als Zuschuss ist dabei der maximal erreichbare Zuschuss der Krankenkasse zu Grunde zu legen (Festzuschuss zuzüglich des Bonus in Höhe von 75 %).
  Zur Bearbeitung des Beihilfeantrags ist daher die Vorlage des von der Krankenkasse

genehmigten Heil- und Kostenplans erforderlich. Aus diesem muss hervorgehen, welche Befundziffern die Krankenkasse für die Berechnung des Festzuschusses zu Grunde gelegt hat.

Privat versicherte Tarifbeschäftigte § 3 BVOTb NRW

1. Bei privat versicherten Tarifbeschäftigten, die

- nach § 257 SGB V einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag erhalten, oder
- nach dem 31.12.1998 in eine private Krankenversicherung übergetreten sind und denen ein Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach zusteht, oder
- deren Beitrag nach § 207 a SGB III übernommen wird,

sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen. Es erfolgt daher ein Abzug der Leistungen der privaten Krankenversicherung von den beihilfefähigen Aufwendungen. Auf den verbleibenden Betrag erfolgt die Beihilfefestsetzung zu dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz (BMS).

Bei dem vorgenannten Personenkreis ist es erforderlich, dass bei jeder Antragstellung folgende Angaben richtig und vollständig gemacht werden:

- Höhe des aktuellen Krankenversicherungsbeitrags im Monat der Antragstellung getrennt nach Personen,
- Höhe des aktuellen Zuschusses des Arbeitgebers im Monat der Antragstellung,
- Mitteilung, auf welche Personen sich der Zuschuss erstreckt (beihilfeberechtigte Person eventuell auch berücksichtigungsfähige Angehörige), sowie
- Höhe der Selbstbehalte in der privaten Krankenversicherung für das jeweilige Jahr nach Personen getrennt.

Diese Nachweise können durch Bestätigung der Angaben in der Anlage Beitragszuschuss TB NRW zum jeweiligen Beihilfeantrag durch den Arbeitgeber erfolgen.
Bei der erstmaligen Antragstellung sollte eine Kopie des Versicherungsscheins dem Antrag beigelegt werden. Die Angaben zur Höhe der Leistungen der privaten Krankenversicherung sollten durch Übersendung einer Kopie der Leistungsmitteilung der privaten Krankenversicherung erfolgen.
Sofern wegen eines eventuellen Selbstbehalts keine Leistungen der privaten Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, kann dies handschriftlich auf dem Beihilfeantrag vermerkt werden.
Als zustehende Leistungen gelten auch Leistungen einer Krankenversicherung, die Versicherte nicht in Anspruch nehmen, weil sie eine Beitragsrückerstattung in Anspruch nehmen wollen. In diesem Fall sind die Leistungen der Krankenversicherung fiktiv zu berücksichtigen.
Übersteigt in den Fällen die Hälfte des Beitrags, den tarifbeschäftigte Personen zu ihrer privaten Krankenversicherung leisten müssen, den Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 SGB V, spricht man von einem "ungleichen Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag". In diesen Fällen gelten die Leistungen der privaten Krankenversicherung nur im Verhältnis des Beitragszuschusses zur Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags als zustehende Leistungen. Nach der folgenden Formel wird bei der Berechnung der Beihilfen die tatsächlich von der Krankenversicherung gezahlte Leistung im Verhältnis des Arbeitgeberzuschusses zum halben Krankenversicherungsbeitrag fiktiv vermindert.

Erstattung der Krankenversicherung (ohne Cent) x Arbeitgeberzuschuss (ohne Cent) : 1/2 Krankenversicherungsbeitrag (ohne Cent) = geminderte Leistung der Krankenversicherung

Beispiel:
Es wird eine beihilfefähige Arztrechnung über 170 Euro vorgelegt. Die private Krankenversicherung hat eine Leistung von 140 Euro erbracht. Die beihilfeberechtigte Person hat einen Bemessungssatz von 50 %, sein aktueller monatlicher Krankenversicherungsbeitrag liegt bei 800 Euro.

Berechnung:
140 Euro (Erstattung Krankenversicherung) x 240 Euro (Arbeitgeberzuschuss) : 400 Euro (halber Krankenversicherungsbeitrag) = 84 Euro (geminderte Erstattung Krankenversicherung)

170 Euro (beihilfefähige Aufwendungen) abzüglich 84 Euro (geminderte Erstattung der Krankenversicherung) = 86 Euro (beihilfefähiger Betrag) x 50 % (Bemessungssatz) = 43 Euro (Beihilfe)

2. Bei Tarifbeschäftigten, die

- bereits vor dem 31.12.1998 in einer privaten Krankenversicherung versichert waren
- und keinen Zuschuss des Arbeitgebers gemäß § 257 SGB V erhalten,

findet die vorgenannte Regelung eines Vorwegabzugs der Leistung der privaten Krankenversicherung keine Anwendung. In der Berechnung der Beihilfe findet die Höchstbetragsberechnung (HBB) Anwendung. Das bedeutet, dass die Leistungen der Krankenversicherung zusammen mit den Leistungen der Beihilfe den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreiten dürfen.
Bei der erstmaligen Antragstellung sollte eine Kopie des Versicherungsscheins dem Antrag beigelegt werden.

Rehabilitationsmaßnahmen für privat versicherte Tarifbeschäftigte

Für privat versicherte Tarifbeschäftigte findet bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie bei stationären Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren die gleiche Regelung Anwendung, wie für die gesetzlich versicherten Tarifbeschäftigten.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (einschließlich der Behandlungspflege) § 4 Abs. 2 BVOTb NRW

Neben sämtlichen Aufwendungen für eine dauernde Pflegebedürftigkeit ist auch die Behandlungspflege für Tarifbeschäftigte von der Beihilfengewährung ausgeschlossen. Die Behandlungspflege im Zusammenhang mit der dauernden Pflege umfasst ärztlich verordnete Maßnahmen der Krankenbehandlung, gegebenenfalls auch mehrfach täglich. Hierzu gehören ausschließlich solche medizinischen Leistungen, die nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden. Ein Pflegedienst führt

dann die verordneten Leistungen (wie Medikamentengabe, Blutdruckmessungen, Dekubitusversorgung, medizinische Einreibungen, tägliche Injektionen, Stoma-Versorgung) durch.

Dieser Ausschluss der Beihilfefähigkeit der Behandlungspflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit wurde durch das Arbeitsgericht Köln in zwei Urteilen bestätigt (ArbG Köln, Urteil vom 19.02.2013- 16 Ca 5103/12 und ArbG Köln, Urteil vom 07.03.2013 - 10 Ga 34/13).

Vorsorglich werden Sie darauf hingewiesen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung bei dauernder Pflegebedürftigkeit in Fällen der Intensivkrankenpflege möglicherweise nicht ausreichend sind. Den privat versicherten Tarifbeschäftigten ist daher anzuraten, den Abschluss einer entsprechenden ergänzenden Versicherung zu erwägen. Die gesetzlich Krankenversicherten können zusätzlich zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung auch Leistungen zur häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V von ihrer Krankenkasse erhalten. Ob auch hier eine mögliche Deckungslücke besteht, ist bei der entsprechenden gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu erfragen.

Belastungsgrenze § 15 BVO NRW

Für Tarifbeschäftigte ist im Hinblick auf die ausschließlich beamtenrechtliche Regelung des § 15 BVO NRW keine Belastungsgrenze zu ermitteln.

Allgemeine Hinweise zur Antragstellung

Bitte fügen Sie Ihrem Beihilfeantrag ausschließlich Rechnungskopien oder Duplikate bei.

Rechtliche Hinweise

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen zur Beihilfe geben. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten.

Kundenservice

Sie erreichen uns telefonisch

- täglich von 10:00 bis 11:00 Uhr
- zusätzlich montags bis donnerstags von 14:00 bis 15:00 Uhr

unter +49 221 8273-4480.

Gerne können Sie uns auch ein Fax senden unter: +49 221 8284-3686.

Herausgeber

Rheinische Versorgungskassen
Mindener Straße 2
50679 Köln
www.versorgungskassen.de