

Recht



Der private Krankenversicherungs- schutz im Sozialrecht



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stand: Januar 2012
Bestell-Nr. 12-010112-09

Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht

Inhalt

1. Pflicht zur Versicherung.....	3
2. Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer.....	4
3. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht	6
4. Arbeitgeberzuschuss zum Beitrag zur privaten Krankenversicherung	12
5. Gruppenversicherungs- und Sammelinkassoverträge des Arbeitgebers für Mitarbeiter	16
6. Arbeitsunfähigkeit	19
7. Private Krankenversicherung und Arbeitslosigkeit	21
8. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse	25
9. Tätigkeit des Arbeitnehmers im Ausland	27
10. Selbständige	32
11. Scheinselbständigkeit und arbeitnehmerähnliche Selbständigkeit	34
12. Beihilfeberechtigung und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes.....	35
13. Wehrpflichtige, Zivildienstleistende.....	40
14. Rentner	41
15. PKV im Alter	46
16. Basistarif.....	50
17. Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Elternzeit.....	53
18. Urlaub im Ausland.....	57
19. Pflegepflichtversicherung	61
Abkürzungsverzeichnis	76

1. Pflicht zur Versicherung

Seit dem 1. Januar 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Seit diesem Zeitpunkt muss grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland für sich und die von ihr gesetzlich vertretenen Personen eine private Krankheitsvollversicherung abschließen und aufrecht erhalten.

Diese Verpflichtung besteht nach § 193 Abs. 3 Satz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) allerdings nicht für Personen, die

- in der GKV versichert oder dort versicherungspflichtig sind,
- Anspruch auf freie Heilfürsorge, Beihilfe oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung,
- Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
- Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach dem 3., 4., 6. oder 7. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII sind.

Gilt nach diesen Maßstäben die Pflicht zur Versicherung in der Privaten Krankenversicherung (PKV), insbesondere weil keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, muss der Versicherte einen Versicherungsschutz unterhalten, der mindestens Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst, wobei der kalenderjährliche Selbstbehalt einen Betrag von 5.000 Euro nicht übersteigen darf. Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz müssen nicht versichert werden. Für Beihilfeberechtigte reduziert sich der maximale Selbstbehalt entsprechend dem versicherten Prozentsatz.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Vertrag genügt aus Gründen des Bestandsschutzes unabhängig davon, wie der Versicherungsschutz ausgestaltet ist, den Anforderungen der Pflicht zur Versicherung.

Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab

§ 193 Abs. 4 VVG

dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

2. Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer

Versicherungsfreiheit besteht für Arbeitnehmer in der GKV, wenn ihr Einkommen die aktuell geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (2012: 50.850 Euro) – auch Versicherungspflichtgrenze genannt – überschreitet und voraussichtlich auch im Folgejahr darüber liegen wird. Für Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der damals geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und eine private substitutive Krankenversicherung hatten, gilt eine niedrigere Versicherungspflichtgrenze (2012: 45.900 Euro). Die für die Versicherungspflicht maßgeblichen Jahresarbeitsentgeltgrenzen werden jährlich an die durchschnittliche Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst.

(1) Ausscheiden aus der Versicherungspflicht

Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Pflichtgrenze übersteigt, sind versicherungsfrei. Sie können entscheiden, ob sie sich freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse weiterversichern oder ob sie sich privat versichern wollen.

Für die Frage, ob das Einkommen die Pflichtgrenze überschreitet, zählen nicht nur die 12 Monatsgehälter, sondern auch die weiteren regelmäßig gewährten Bezüge, zum Beispiel das

13. Monatsgehalt, Weihnachts- und Urlaubsgeld, Entgelte für vertraglich geschuldete Bereitschaftsdienste, Überstundenpauschalen, die vermögenswirksamen Leistungen nach dem Vermögensbildungsgesetz, nicht aber die Arbeitnehmersparzulage.

Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze wird überschritten, wenn das regelmäßige Jahresgehalt im Laufe eines Jahres die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. Nicht erforderlich ist, dass der Arbeitnehmer in dem Jahr, in welchem sein regelmäßiges Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, tatsächlich ein Gehalt dieser Höhe erzielt hat.

Berufsanfänger und Personen, die bislang in Deutschland nicht beschäftigt waren, sind bei entsprechendem Gehalt sofort versicherungsfrei und können sich von Beginn an privat versichern (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Selbständige, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln und ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze beziehen, bleiben versicherungsfrei. Wechselt ein Arbeitnehmer den Arbeitgeber und liegt sein Gehalt danach oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, besteht ebenfalls Versicherungsfreiheit. Denn § 6 Abs. 4 SGB V, wonach die Versicherungspflicht erst mit Ablauf des Jahres endet, in welchem die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird, gilt ausschließlich für den Fall der Erhöhung des Jahresarbeitsentgelts in einer laufenden Beschäftigung.

(2) Freiwillige Versicherung in der GKV

Voraussetzung für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV nach dem Ende der Pflichtmitgliedschaft als Arbeitnehmer ist, dass der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wenigstens 24 Monate oder unmittelbar vorher ununterbrochen wenigstens 12 Monate in der GKV versichert war. Bei einem Arbeitnehmer, der zunächst pflichtversichert war, wird die Mitgliedschaft in der GKV freiwillig fort-

*§§ 9 Abs. 1 Satz 1
Nr. 1, Abs. 2, 190
Abs. 3 SGB V*

gesetzt, wenn der Versicherte nicht innerhalb von zwei Wochen, nachdem ihn seine Krankenkasse auf seine Austrittsmöglichkeit hingewiesen hat, seinen Austritt erklärt. Dies gilt nicht, wenn die vorgenannten Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nicht erfüllt sind. Endet die Krankenversicherungspflicht aus anderen Gründen, zum Beispiel weil jemand vom Arbeitnehmerstatus in den Selbständigenstatus wechselt, dann ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft mitzuteilen, wenn die Kassenmitgliedschaft freiwillig fortgesetzt werden soll.

(3) Vollversicherung in der PKV

Versicherungsfrei gewordene Arbeitnehmer können zur Privaten Krankenversicherung wechseln. Oft gibt es beim Wechsel zur PKV zunächst Wartezeiten für die Inanspruchnahme von Leistungen. Auf diese Wartezeiten werden aber die Versicherungszeiten in der GKV angerechnet, so dass für Arbeitnehmer, die von der GKV zur PKV wechseln, die Wartezeiten grundsätzlich entfallen.

Wer zur PKV wechseln möchte, nachdem er als Arbeitnehmer versicherungsfrei geworden ist, kann innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse auf die Austrittsmöglichkeit seine Mitgliedschaft mit Wirkung zum Ende der Versicherungspflicht beenden. Danach ist jeweils eine Kündigung zum Ablauf des übernächsten Monats möglich.

3. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Krankenversicherungspflicht in der GKV besteht immer dann, wenn bestimmte im SGB V genannte Voraussetzungen erfüllt werden. In den im Folgenden genannten Fällen ist eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht möglich. Dafür ist ein Antrag bei der Krankenkasse erforderlich, der innerhalb von drei

§ 197 Abs. 2 VWG

§ 190 Abs. 3 SGB V

§ 8 Abs. 1, Abs. 2
SGB V

Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen ist. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind, anderenfalls vom Beginn des auf die Stellung des Befreiungsantrags folgenden Kalendermonats an. Die Befreiung kann – auch später – nicht widerrufen werden, und zwar solange der die Versicherungspflicht auslösende Sachverhalt, von dem befreit wurde, noch andauert. Zuständig für die Befreiung ist diejenige gesetzliche Krankenkasse, die die Krankenversicherungspflicht durchführen würde. Das ist entweder die vom Versicherten gewählte Krankenkasse oder diejenige Krankenkasse, bei der der Versicherte zuletzt versichert war. Bestand zuvor keine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, kommt für die Antragstellung jede wählbare Krankenkasse in Betracht.

Für PKV-Versicherte ist eine Rückkehr in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres grundsätzlich ausgeschlossen. Die PKV bietet für Personen, die aufgrund ihres Alters nicht mehr versicherungspflichtig werden, mit dem Standardtarif beziehungsweise dem Basistarif einen speziellen Tarif an.

§ 6 Abs. 3a SGB V

(1) Versicherungspflichtgrenze übersteigt Einkommen

Jährlich wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze mit Wirkung zum Beginn des nächsten Jahres festgesetzt. Die jährliche Anhebung kann dazu führen, dass die Pflichtgrenze über das individuelle Einkommen steigt. Dann entsteht für Arbeitnehmer grundsätzlich Krankenversicherungspflicht. Hiervon ist eine Befreiung möglich. Der Versicherte kann dann weiterhin in der PKV versichert bleiben.

*§§ 6 Abs. 1 Nr. 1,
8 Abs. 1 Nr. 1
SGB V*

(2) Teilzeitbeschäftigung

Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird, weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit ver-

*§ 8 Abs. 1 Nr. 3
SGB V*

gleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird und sein Einkommen deshalb unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze sinkt. Dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein entsprechendes Teilzeitarbeitsverhältnis aufnehmen. Voraussetzung ist ferner, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist.

Personen, die durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz oder dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz während der Elternzeit versicherungspflichtig werden, können sich ebenfalls von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung gilt nur für die Elternzeit.

Weiterhin wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wer seine regelmäßige Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 Pflegezeitgesetz oder der Familienpflegezeit nach § 2 Familienpflegezeitgesetz herabsetzt. Die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 c) Familienpflegegesetz.

Privat versicherte Arbeitnehmer, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit, Pflegezeit, Familienpflegezeit oder Nachpflegephase ein Beschäftigungsverhältnis (wieder) aufnehmen, dessen Arbeitszeit auf maximal die Hälfte vergleichbarer Vollbeschäftigter begrenzt ist und welches bei Vollbeschäftigung mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze vergütet würde, können sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen. Voraussetzung ist, dass der Arbeitnehmer seit mindestens fünf Jahren versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze war. Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden insoweit angerechnet, das heißt die Elternzeit wird bei der Berechnung des 5-Jahreszeitraums berücksichtigt.

§ 8 Abs. 1 Nr. 2
SGB V

§ 8 Abs. 1 Nr. 2 a
SGB V

§ 8 Abs. 1 Nr. 3
SGB V

Teilzeitbeschäftigte, die sich befreien lassen, erhalten den üblichen Zuschuss für ihren Krankenversicherungsbeitrag (siehe Kapitel 4, Abschnitt 4).

§ 257 Abs. 2 SGB V

(3) Altersteilzeit

Für die Befreiung von der Versicherungspflicht bei Altersteilzeit gelten dieselben Voraussetzungen wie für die Befreiung bei Teilzeitbeschäftigung. Auch hier muss die Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der betriebsüblichen Arbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter herabgesetzt werden. Unschädlich für das Befreiungsrecht ist es, wenn die in diesem Umfang reduzierte Arbeitszeit im Rahmen eines Blockmodells verteilt wird.

Auf die oben erwähnte Regelung (siehe Seite 7), dass ab dem 55. Lebensjahr grundsätzlich keine Rückkehr mehr in die GKV möglich ist, sei hingewiesen. Zum Arbeitgeberzuschuss bei Altersteilzeit siehe Kapitel 4, Abschnitt 4.

(4) Arbeitslosigkeit

Wer PKV-versichert ist, arbeitslos wird und deshalb Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld bezieht, wird in der GKV versicherungspflichtig. Von dieser Versicherungspflicht kann man sich durch Antrag bei einer Krankenkasse innerhalb von drei Monaten befreien lassen, wenn man in den letzten fünf Jahren vor dem Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nicht in der GKV versichert war.

§ 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V

(5) Studenten, Praktikanten, Auszubildende des Zweiten Bildungsweges

Personen, die durch die Einschreibung als Student an einer staatlichen oder staatlich anerkannten, in der Bundesrepublik Deutschland ansässigen Hochschule krankenversicherungspflichtig werden, können sich auf Antrag von der Versicherungs-

§§ 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10, 8 Abs. 1 Nr. 5, Abs. 2, 186 Abs. 7 SGB V

pflicht befreien lassen. Der Befreiungsantrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht (Einschreibung im ersten Semester) bei einer Krankenkasse gestellt werden.

Der Nachweis eines privaten Krankenversicherungsvertrages ist für die Befreiung nicht erforderlich, er hat auch keinen Einfluss auf die Einschreibung oder Annahme der Rückmeldung (Ausnahme: Saarland). Der Gesetzgeber hat die Versicherungspflicht auf eine Höchstdauer der Fachstudienzeit und auf ein Höchstalter begrenzt. Die Dauer der gesetzlichen Versicherungspflicht endet in der Regel nach dem 14. Fachsemester, spätestens jedoch mit Vollendung des 30. Lebensjahres. Über diesen Zeitraum hinaus bleibt der Student nur dann versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung, familiäre oder persönliche Gründe die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Studienzeit rechtfertigen.

BAföG-Empfänger erhalten vom Amt für Ausbildungsförderung einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie das Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes nachweisen. Damit wird der Zuschuss auch bei einem PKV-Schutz gewährt. Der monatliche Zuschuss zur Krankenversicherung beträgt 2012 62 Euro, der monatliche Zuschuss zur Pflegepflichtversicherung 11 Euro. Der Zuschuss beträgt allerdings maximal die Hälfte des tatsächlichen Versicherungsbeitrags.

Auch von der Krankenversicherungspflicht aufgrund der Ausübung einer berufspraktischen Tätigkeit, die in einer Studien- oder Prüfungsverordnung vorgeschrieben ist, wird man auf Antrag befreit. Das gilt auch für die Krankenversicherungspflicht von Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt werden, und von Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem BAföG förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts befinden. Es gilt die gleiche Antragsfrist wie für Studenten.

Teilnehmerinnen beziehungsweise Teilnehmer an studienvorbereitenden Sprachkursen oder Studienkollegs sind nicht kran-

§ 13a Bundes-
ausbildungs-
förderungsgesetz
(BAföG)

§§ 5 Abs. 1 Nr. 10,
8 Abs. 1 Nr. 5,
Abs. 2 SGB V

kenversicherungspflichtig, weil sie noch kein Fachsemester absolvieren und deshalb nicht als Studentinnen oder Studenten im Sinne der Sozialversicherung gelten, und zwar auch dann nicht, wenn für die Teilnahme an diesen Kursen eine Einschreibung an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule erforderlich ist.

(6) Rehabilitanden

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind – soweit diese nicht nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht werden – krankenversicherungspflichtig. Solche Maßnahmen werden entweder von der Bundesagentur für Arbeit oder vom Träger der Rentenversicherung durchgeführt. Dieser Personenkreis kann sich ebenfalls von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung wirkt lediglich während der berufsfördernden Maßnahmen.

Rehabilitanden, die ein Übergangsgeld aufgrund der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten und von der Krankenversicherungspflicht befreit sind, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag.

(7) Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, sind krankenversicherungspflichtig, können sich aber von der Versicherungspflicht befreien lassen. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderungen, die in Heimen, Anstalten oder gleichartigen Einrichtungen eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines vollwerbsfähigen Beschäftigten entspricht. Einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag gibt es nicht.

*§§ 5 Abs. 1 Nr. 6,
8 Abs. 1 Nr. 4,
Abs. 2 SGB V*

§ 258 SGB V

*§§ 5 Abs. 1 Nr. 7
und 8,
8 Abs. 1 Nr. 7,
Abs. 2 SGB V*

4. Arbeitgeberzuschuss zum Beitrag zur privaten Krankenversicherung

§ 257 SGB V

Während bei GKV-Pflichtversicherten die Arbeitgeber einen Teil des Krankenversicherungsbeitrags übernehmen, erhalten freiwillig GKV-Versicherte und PKV-Versicherte einen Zuschuss ihres Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag. Der Zuschuss umfasst den Krankenversicherungsschutz für den Arbeitnehmer und seine Angehörigen.

Voraussetzung für den Zuschuss ist, dass die Beschäftigten freiwillig in der GKV oder in der PKV versichert sind. Dazu ist es erforderlich, dass die privatversicherten Arbeitnehmer für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten als Familienangehörige nach § 10 SGB V versichert wären, Leistungen aus einer privaten Krankenversicherung beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen der GKV entsprechen. Zu diesen zählen alle in § 11 SGB V aufgezählten Leistungen der Krankenkasse.

(1) Umfang des Versicherungsschutzes in der PKV

Für den Beitragszuschuss zur PKV kommt es nicht darauf an, dass die in der PKV versicherten Leistungen vollständig den Leistungen der GKV entsprechen. Zuschussfähigkeit besteht bereits dann, wenn Leistungen vorgesehen sind, die der Art nach in der GKV vorgesehen sind. Eine Absicherung des gesamten Leistungskatalogs der GKV ist nicht erforderlich. Umgekehrt ist es auch möglich, dass mehr Leistungen versichert werden, als in der GKV vorgesehen sind (zum Beispiel Wahlleistungen im Krankenhaus, Krankenhaustagegeld).

(2) Kreis der Angehörigen

Zu den Angehörigen gehören der Ehepartner oder Lebenspartner und die Kinder sowie Stiefkinder, Enkel und Pflegekinder, soweit sie vom Versicherten überwiegend unterhalten werden.

§ 10 SGB V

Für die Zuschussfähigkeit müssen die in § 10 Abs. 1 SGB V erwähnten Voraussetzungen erfüllt sein.

So darf der Angehörige nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sein und kein Gesamteinkommen von regelmäßig mehr als 375 Euro (2012) im Monat erzielen. Für geringfügig Beschäftigte beträgt die Einkommensgrenze 400 Euro.

Kinder werden bis zu einem bestimmten Lebensjahr als Angehörige berücksichtigt, und zwar

- > bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- > bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- > bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr leisten.
- > Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, dann erfolgt die Mitberücksichtigung als Angehöriger über das 25. Lebensjahr hinaus, und zwar für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum.
- > Kinder gelten über diese Altersgrenzen hinaus als Angehörige, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

(3) Voraussetzung für den Zuschuss

Die private Krankenversicherung muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- > Das jeweilige Krankenversicherungsunternehmen muss die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreiben.
- > Das PKV-Unternehmen muss ab dem 1. Januar 2009 einen Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG anbieten. Es muss sich verpflichten, bestimmten versicherten Personen einen

§ 257 Abs. 2a
SGB V

brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten und für bestimmte Personen fortzuführen.

- Das PKV-Unternehmen muss sich verpflichten, den überwiegenden Teil der Überschüsse aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft zugunsten der Versicherten zu verwenden.
- Das Unternehmen muss vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichten.
- Das PKV-Unternehmen darf die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Sparten betreiben.

Alle im PKV-Verband vertretenen Unternehmen erfüllen diese Voraussetzung. Über die Erfüllung dieser Bedingungen erhält der Versicherte eine Bescheinigung seines Versicherungsunternehmens zur Vorlage bei seinem Arbeitgeber.

(4) Höhe des Arbeitgeberzuschusses

Die Höhe des Arbeitgeberzuschusses beträgt für privat versicherte Personen die Hälfte des Betrags, der bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für die Krankenversicherung tatsächlich aufzuwenden hat. Für die Berechnung des Beitrags wird zudem maximal ein Einkommen in Höhe der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Erreicht das Einkommen des Versicherten nicht die Beitragsbemessungsgrenze, so wird nur das gezahlte Arbeitsentgelt als Grundlage für die Berechnung des Arbeitgeberzuschusses genommen. Das hat unter anderem Bedeutung für Beschäftigte, die unter Berücksichtigung des Altersteilzeitgesetzes oder des Bundeserziehungsgeldgesetzes beziehungsweise des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes ihre Arbeitszeit halbiert haben, dadurch krankenversicherungspflichtig wurden und sich von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen.

Für PKV-versicherte Arbeitnehmer, die in der GKV keinen Anspruch auf Krankengeld hätten (zum Beispiel Altersrentner, Vorruhestandsgeldbezieher, Personen in Altersteilzeit während der Freistellungsphase), ist nach § 243 SGB V ein ermäßigter Beitragssatz zur Errechnung des Arbeitgeberzuschusses zu verwenden.

Der Beitragszuschuss ist nicht neu zu berechnen, wenn das private Versicherungsunternehmen nach Ablauf des Versicherungsjahres wegen der Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen Beiträge erstattet. Die Beitragsrückerstattung kommt also nur dem Versicherten zugute.

In den Fällen, in denen die PKV eine Beitragsermäßigung wegen eines vereinbarten Selbstbehalts gewährt, beträgt der Zuschuss höchstens die Hälfte des tatsächlich gezahlten Beitrags. Es steht jedoch im Ermessen des Arbeitgebers, dem Arbeitnehmer eine Unterstützung zu gewähren, indem er ihm Krankheitsaufwendungen im Rahmen des Selbstbehalts erstattet.

Beiträge für Beitragsentlastungstarife, die ein Unternehmen anbietet, um im Alter die Beiträge senken zu können, sind als unselbständige Tarifkomponenten im Rahmen des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 SGB V zu berücksichtigen und daher auch zuschussfähig.

Auch der gesetzliche Beitragszuschlag, der zur Entlastung der Prämie ab dem 65. Lebensjahr verwendet wird, ist zuschussfähig.

Der dem Arbeitgeber vorzulegende Nachweis über den Versicherungsschutz muss Angaben über die Art der Vertragsleistungen sowie über die berechtigten Personen enthalten. Eintretende Änderungen, insbesondere hinsichtlich der Höhe des Beitrags, der Art der Vertragsleistungen und der Zahl der aus der Versicherung berechtigten Personen, müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.

(5) Steuerliche Aspekte

Zuschüsse des Arbeitgebers zu den Beiträgen des Arbeitnehmers, der eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat, sind nach § 3 Nr. 62 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerfrei, soweit der Arbeitgeber nach § 257 Abs. 2 und 2a SGB V zur Leistung eines Zuschusses verpflichtet ist. Der Arbeitgeber darf die Beitragszuschüsse nur dann steuerfrei lassen, wenn der Mitarbeiter die verlangten Bescheinigungen vorgelegt hat.

Soweit der private Arbeitgeber dem Arbeitnehmer eine Unterstützung gewährt, indem er ihm im Rahmen des Selbstbehalts angefallene Krankheitsaufwendungen ersetzt, richtet sich die Steuerfreiheit nach Abschnitt 3.11 Absatz 2 der Lohnsteuer-Richtlinie 2011. Hiernach ist eine derartige Unterstützung bis zu 600 Euro je Kalenderjahr und in einem besonderen Notfall steuerfrei. Voraussetzung für die Steuerfreiheit der Unterstützung ist, dass beim Arbeitgeber bestimmte Bedingungen, nämlich Einschaltung einer Unterstützungskasse oder der Arbeitnehmervertretung, erfüllt sind, wenn er wenigstens fünf Arbeitnehmer beschäftigt.

5. Gruppenversicherungs- und Sammelinkassoverträge des Arbeitgebers für Mitarbeiter

Eine Reihe von Unternehmen der Privaten Krankenversicherung bietet Versicherungsschutz für eine größere Anzahl von Versicherten in Form eines Gruppenversicherungsvertrages an, den der Arbeitgeber für seine Mitarbeiter abschließt. Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Sammelinkassoverträge des Arbeitgebers für seine Mitarbeiter möglich. Die Mitglieder der Geschäftsleitung können ebenfalls versichert werden.

(1) Voraussetzungen der Gruppenversicherungsverträge

(1) Der zu versichernde Personenkreis muss nach objektiven Merkmalen exakt umschrieben sein, zum Beispiel „die Mitarbeiter des Arbeitgebers XY“ oder „die leitenden Mitarbeiter“ oder „die nicht versicherungspflichtigen Mitarbeiter“. Die Mitglieder der Geschäftsleitung und die Familienangehörigen der Mitarbeiter können ebenfalls versichert werden.

(2) Es muss eine Mindestzahl von Mitarbeitern versichert sein.

(3) Falls der Arbeitgeber den Beitrag nicht im Lohnabzugsverfahren einzieht, muss eine Abrufmöglichkeit im Wege des Lastschriftverfahrens von einem Konto des Mitarbeiters gegeben sein. Den Abruf veranlasst das Versicherungsunternehmen.

(2) Vorteile für Betriebe und Mitarbeiter

(1) Gegenüber Einzelversicherungen ist eine Beitragsermäßigung möglich. Diese resultiert insbesondere aus der Verwaltungssparnis, wenn eine größere Zahl von Arbeitnehmern bei einem Unternehmen versichert ist.

(2) Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme und verfügbaren Überschüssen.

(3) Erlass der Wartezeiten zu Vertragsbeginn, die bei Einzelverträgen bis zu acht Monaten betragen können, sofern keine entsprechende Vorversicherungszeit in der GKV besteht.

(4) Alle Krankheiten, die bei Versicherungsbeginn nicht behandelt werden oder nicht behandlungsbedürftig sind, werden in den Versicherungsschutz einbezogen. Behandelte oder behandlungsbedürftige Erkrankungen können nach einer festgelegten Dauer der Behandlungs- und Beschwerdefreiheit in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

(5) Bestehen bei Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages bereits Einzelversicherungen der Betriebsangehörigen, so können sie in den Gruppenversicherungsvertrag überführt werden. Voraussetzung ist, dass die Einzelverträge und der Gruppenversicherungsvertrag bei demselben Versicherungsunternehmen bestehen.

(3) Steuerliche Belastungen der Beiträge und Leistungen

(1) Der Arbeitgeber kann den von ihm gezahlten Anteil am Krankenversicherungsbeitrag des Arbeitnehmers als Betriebsausgabe absetzen. Das gilt sowohl für den Arbeitgeberzuschuss gemäß § 257 SGB V als auch für darüber hinausgehende freiwillige Zahlungen, die zum Beispiel aufgrund von Betriebsvereinbarungen oder von einzelvertraglichen Zusagen erbracht werden.

Beim Arbeitnehmer sind Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag bis zum gesetzlichen Höchstbeitrag steuerfrei, darüber hinausgehende Zukunftssicherungsleistungen des Arbeitgebers müssen wie Arbeitslohn versteuert werden.

(2) Der vom Arbeitnehmer gezahlte Anteil an seinem Krankenversicherungsbeitrag gehört zu den Vorsorgeaufwendungen, die er als Sonderausgaben absetzen kann. Seit 1. Januar 2005 sind Vorsorgeaufwendungen wie Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherungen für Arbeitnehmer nur noch bis zu 1.500 Euro pro Arbeitnehmer abziehbar. Als Ausgleich werden die Finanzbehörden bis 2019 automatisch die sogenannte Günstigerprüfung anwenden, das heißt prüfen, ob die alte Regelung oder die neue Regelung vorteilhafter ist. Die günstigere Regelung wird dann angewandt. Beitragsrückerstattungen mindern im Jahr der Auszahlung oder Gutschrift die als Sonderausgaben abziehbaren Beiträge.

(3) Die Leistungen, die der Arbeitnehmer aus seiner Krankenversicherung erhält, sind für ihn steuerfrei.

§§ 3 Nr. 62, 19
Abs. 1 EStG,
§ 2 Abs. 2 Nr. 3
Lohnsteuer-
Durchführungsver-
ordnung (LStDV)

§ 10 Abs. 1 Nr. 3 b,
Abs. 4, 4a EStG

§ 3 Nr. 1 EStG

(4) Sammelinkassoverträge

Von Sammelinkassoverträgen spricht man, wenn der Arbeitgeber die Beiträge der Mitarbeiter einzieht und selber an das jeweilige Krankenversicherungsunternehmen abführt. Das Versicherungsunternehmen stellt zur Vereinfachung des Verfahrens Inkasso-Listen zur Verfügung. In der Regel werden die Beiträge von den Bezügen einbehalten, so dass das Einzugsverfahren dem der Sozialversicherung nahekommt. Das Versicherungsverhältnis besteht ausschließlich zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten. Die durch die Sammelinkassovereinbarung erzielten Kosteneinsparungen kann das Versicherungsunternehmen als Beitragsnachlass weitergeben.

6. Arbeitsunfähigkeit

(1) GKV-Versicherte

Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte), die in der GKV als Pflichtmitglieder oder freiwillig versichert sind, müssen bei Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende der Gehaltsfortzahlung vom Krankengeld Beiträge zur Rentenversicherung, zur Pflegeversicherung und zur Arbeitslosenversicherung entrichten. Für die Beitragsbemessung werden 80 Prozent des der Leistungsbeurteilung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt. Die jeweiligen Beiträge werden je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und seiner Krankenkasse getragen.

*§ 345 Nr. 5 SGB III
§ 166 Abs. 1 Nr. 2
SGB VI
§ 57 Abs. 2 SGB XI*

(2) PKV-Versicherte

(1) Gesetzliche Rentenversicherung

Privat Versicherte sind nach Ablauf der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber nicht mehr in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig. Damit Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung

*§§ 4 Abs. 3 Nr. 2,
Abs. 4 Nr. 2,
166 Abs. 1 Nr. 5
SGB VI*

angerechnet werden, können sich PKV-Versicherte für solche Zeiträume auf Antrag in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichern. Voraussetzung ist, dass sie während eines Zeitraums von einem Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zuletzt rentenversicherungspflichtig waren. Die Versicherungspflicht besteht längstens für 18 Monate. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen, wenn sich die Rentenversicherungspflicht lückenlos an diejenige aufgrund der vorausgegangenen Beschäftigung anschließen soll. Wird der Antrag später gestellt, dann wirkt er erst von dem auf den Antragseingang folgenden Tag an. Maßgeblich für die Beitragshöhe sind ebenfalls 80 Prozent des zuletzt bis zur Bemessungsgrenze der Rentenversicherung bezogenen Arbeitsentgelts. Die für diese Beiträge erforderlichen finanziellen Mittel können mit einer Krankentagegeldversicherung finanziert werden.

[2] Pflegeversicherung

Während einer Arbeitsunfähigkeit besteht in der Pflegeversicherung Beitragspflicht. Der Beitrag zur Pflegepflichtversicherung kann aus einer Krankentagegeldversicherung finanziert werden.

[3] Arbeitslosenversicherung

Der Bezug von Krankentagegeld aus einem privaten Versicherungsvertrag durch Angestellte und Arbeiter löst grundsätzlich Beitragspflicht in der Arbeitslosenversicherung aus. Im Unterschied zu den für die GKV geltenden Regelungen zahlen jedoch nicht die einzelnen Arbeitnehmer, sondern die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung den gesamten Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zugunsten der bei ihnen vollversicherten Arbeitnehmer, ohne dass es hierzu einer Mitwirkung der Versicherten bedarf. Der Betrag wird direkt an die Bundesagentur für Arbeit überwiesen.

§§ 26 Abs. 2 Nr. 2,
347 Nr. 6, 349
Abs. 4 SGB III

7. Private Krankenversicherung und Arbeitslosigkeit

(1) Fortbestand der privaten Krankenversicherung

PKV-Versicherte, die Arbeitslosengeld erhalten, werden grundsätzlich versicherungspflichtig in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherungsfrei bleiben Privatversicherte allerdings, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Die Versicherungsfreiheit setzt dabei voraus, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser fünf Jahre versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder aufgrund hauptberuflicher Selbständigkeit nicht versicherungspflichtig waren. Dieses zusätzliche Erfordernis wird auch durch die Ehe oder Lebenspartnerschaft mit einer Person erfüllt, bei der diese Voraussetzungen vorliegen, wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft innerhalb der Rahmenfrist von fünf Jahren vor dem Bezug des Arbeitslosengelds wenigstens 910 Kalendertage bestanden hat. Eine Ausnahme, das heißt Versicherungspflicht, gilt jedoch für nicht versicherte Personen, für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflicht besteht.

Soweit nach diesen Maßgaben Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, kann die private Krankenversicherung fortgeführt werden. Soweit die private Krankenversicherung bereits vor dem 31. Dezember 2008 bestanden hat, können die betroffenen Personen in der Regel entweder in den Standardtarif oder den Basistarif wechseln. Bestand das Versicherungsverhältnis erstmals ab dem 1. Januar 2009, ist nur ein Wechsel in den Basistarif möglich.

Darüber hinaus können sich Privatversicherte, die Arbeitslosengeld beziehen, auf Antrag von der Versicherungspflicht in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) befreien lassen. Voraussetzung ist, dass diese Personen in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht in der GKV versichert waren und eine private substitutive Krankenversicherung haben, deren

*§§ 5 Abs. 1 Nr. 2,
6 Abs. 3a SGB V,
§ 20 Abs. 1 Satz 2
Nr. 2, 2 a SGB XI,
§ 117 Abs. 1 SGB III*

*§ 8 Abs. 1 Nr. 1a
SGB V*

Leistungen nach Art und Umfang den Leistungen der GKV entsprechen. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht durch den Bezug des Arbeitslosengeldes bei einer Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt von Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden und gilt nur für die Zeit der Arbeitslosigkeit. Sobald diese Befreiung bestätigt worden ist, übernimmt die Bundesagentur für Arbeit durch Zahlung unmittelbar an das PKV-Unternehmen sowohl den Beitrag zur PKV als auch zur privaten Pflegepflichtversicherung bis zu der Höhe, die sie auch bei einer Pflichtmitgliedschaft in der GKV und in der Sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätte.

§ 5 Abs. 5a SGB V

Schließt sich an den Bezug des Arbeitslosengeldes bei fortbestehender Arbeitslosigkeit der Bezug von Arbeitslosengeld II als Leistung der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB II) an, gilt für Privatversicherte seit dem 1. Januar 2009 Folgendes: Der Bezug von Arbeitslosengeld II begründet keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Person unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war. Bestand in diesem Zeitpunkt weder eine gesetzliche noch eine private Krankenversicherung, besteht keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Personen, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, für Angestellte, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, und für Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Für die Personen, die am 31. Dezember 2008 bereits aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig waren, bleibt es allerdings bei der Versicherungspflicht für die Dauer der Hilfebedürftigkeit.

Während des Bezugs von Arbeitslosengeld II gewährt der zuständige Träger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Besteht Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II allein durch die

Zahlung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung, beteiligt sich der zuständige Träger in dem Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch die Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht – wie in der Regel – unabhängig von dem Beitrag zur privaten Krankenversicherung Hilfebedürftigkeit, zahlt der Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Seit dem 1. Januar 2012 beträgt dieser Zuschuss auf der Grundlage eines ermäßigten Beitragssatzes von 14,9 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung 134,94 Euro. Diesbezüglich hat das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 18. Januar 2011, Az.: B 4 AS 108/10R, jedoch festgestellt, dass eine Begrenzung des Zuschusses für eine private Krankenversicherung auf den vorgenannten Betrag rechtswidrig ist. Die Bundesagentur für Arbeit hat daraufhin den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (2012: 296,44 Euro) erhöht. Besteht die private Krankenversicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG, vermindert sich zusätzlich der Beitrag zum Basistarif auf die Hälfte, wenn durch die Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht beziehungsweise die Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags besteht.

Darüber hinaus werden für die Dauer des Bezugs von Arbeitslosengeld II die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Wenn allein durch die Beiträge für die private Pflegeversicherung Hilfebedürftigkeit entstehen würde, beteiligt sich der Träger in dem Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Was passiert nach Beendigung des Bezugs von Arbeitslosengeld, wenn eine privat versicherte Person sich beim Bezug von Arbeitslosengeld nicht von der Versicherungspflicht befreien ließ und daher in die GKV wechselte? Erfüllt die Person einen der anderen Tatbestände der Versicherungspflicht des § 5 SGB V, geht sie etwa ein neues Beschäftigungsverhältnis mit einem Gehalt unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze ein, besteht weiterhin

§ 26 Abs. 2 Nr. 1
SGB II i.V.m. § 12
Abs. 1c Satz 5 und
6 VAG i.V.m. § 232a
Abs. 1 Satz 1 Nr. 2
SGB V

§ 26 Abs. 3 SGB II

Versicherungspflicht in der GKV. Ist kein anderer Tatbestand der Versicherungspflicht in der GKV erfüllt und dauerte die durch den Bezug von Arbeitslosengeld bedingte Versicherung in der GKV länger als 12 Monate, kann die Person wählen, ob sie als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben möchte oder sich erneut privat krankenversichert. Ist kein anderer Tatbestand der Versicherungspflicht in der GKV erfüllt und war die Person weniger als 12 Monate in der GKV versichert, erfüllt sie die erforderliche Vorversicherungszeit für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV nicht. Sie muss sich daher erneut privat krankenversichern. Die privaten Versicherungsunternehmen sind in dieser Konstellation verpflichtet, die betreffende Person zu den Konditionen ihres alten Versicherungsvertrages wieder aufzunehmen, wenn der alte Vertrag des Versicherten bei ein und demselben Unternehmen mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestanden hat.

Der private Versicherungsvertrag tritt am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Der Abschluss der Versicherung erfolgt ohne Risikoprüfung zu den gleichen Bedingungen, wie sie zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden. Die bis zum Ausscheiden aus der Privaten Krankenversicherung gebildeten Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Diese Regelungen gelten entsprechend für eine Anwartschaftsversicherung in der Privaten Krankenversicherung.

Die Vorversicherungszeit als Voraussetzung für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV kann auch anders als durch eine 12-monatige durchgehende Versicherungspflicht erfüllt werden (vergleiche Kapitel 1).

(2) Anwartschaftsversicherung

Wer arbeitslos wird, sich gesetzlich krankenversichert, aber die Möglichkeit einer späteren Rückkehr in die Private Krankenversicherung (auch nach Ablauf einer 12-monatigen Versicherungszeit in der GKV) auf jeden Fall offen halten will, kann eine Anwartschaftsversicherung abschließen.

§ 5 Abs. 9 SGB V

§ 204 Abs. 3 VG

Eine kleine Anwartschaftsversicherung sichert eine Rückkehr in den alten Versicherungsvertrag ohne erneute Risikoprüfung, bei einer großen Anwartschaftsversicherung wird bei Aufleben der Versicherung zudem der Beitrag auf Grundlage des ursprünglichen Eintrittsalters berechnet (siehe dazu auch Kapitel 13).

8. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse

Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt 400 Euro pro Monat nicht übersteigt. Auch eine kurzfristige Beschäftigung, die innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate beziehungsweise 50 Arbeitstage beschränkt ist, ist geringfügig, selbst wenn das Arbeitsentgelt 400 Euro übersteigt. Die kurzfristige Beschäftigung darf allerdings nicht berufsmäßig ausgeübt werden. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts übt jemand eine Beschäftigung oder Tätigkeit berufsmäßig aus, wenn er hierdurch seinen Lebensunterhalt überwiegend oder doch in solchem Umfang finanziert, dass seine wirtschaftliche Stellung zu einem erheblichen Teil auf dieser Beschäftigung oder Tätigkeit beruht. Wird eine geringfügige Beschäftigung ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt auch die Entgeltgrenze von 400 Euro. Eine geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch die Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§§ 8, 8a SGB IV

Für einen geringfügig Beschäftigten besteht

- Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung (§ 27 Abs. 2 SGB III),
- Versicherungsfreiheit in der GKV (§ 7 SGB V),
- Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 5 Abs. 2 SGB VI),
- Versicherungsfreiheit in der Pflegeversicherung (§§ 20, Abs. 1, 21 SGB XI), sofern er nicht aus anderen Gründen in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig ist.

Die Arbeitgeber zahlen für versicherungsfreie geringfügig entlohnte Beschäftigungen

- 15 Prozent Beitrag an die Rentenversicherung (§ 172 Abs. 3 SGB VI),
- 13 Prozent Beitrag an die GKV (§ 249b SGB V),
- einen Zuschuss zum Beitrag der Pflegeversicherung in Höhe der Hälfte des Beitrags (§§ 61, 55 SGB XI), falls Versicherungspflicht in der Pflegepflichtversicherung vorliegt.

Für geringfügige kurzfristige Beschäftigungen braucht der Arbeitgeber hingegen keine Beiträge abzuführen. Für geringfügige Beschäftigungen in Privathaushalten reduziert sich der Beitrag an die GKV und die Rentenversicherung auf jeweils fünf Prozent (§ 249b Satz 2 SGB V, § 172 Abs. 3a SGB VI).

Ein Leistungsanspruch in der GKV entsteht hieraus nicht, zumal es sich regelmäßig um Personen handelt, die zum Beispiel als abhängig Beschäftigte oder als mitversicherte Familienangehörige ohnehin in der GKV versichert sind.

Die Beiträge in der Rentenversicherung wirken rentensteigernd. Ein Anspruch auf rehabilitative Leistungen entsteht nicht, es sei denn, der geringfügig Beschäftigte verzichtet in der Rentenversicherung auf die Versicherungsfreiheit und wird versicherungspflichtig, mit der Folge, dass er dann die Differenz zwischen dem Arbeitgeberanteil zur Rentenversicherung und dem vollen Rentenversicherungsbeitrag vollständig selbst zu bezahlen hat.

Eine Besonderheit ist zu berücksichtigen, wenn PKV-Versicherte einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen. Nach § 249b SGB V hat der Arbeitgeber Krankenversicherungsbeiträge nur für „Versicherte“ zu bezahlen. Damit sind alle diejenigen gemeint, die über eine Versicherung nach dem SGB V, also in der GKV, verfügen. Daraus folgt, dass der Arbeitgeber für geringfügig beschäftigte PKV-Versicherte keinen Beitrag an die GKV zu zahlen hat. Unbeschadet davon besteht aber selbstverständlich Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Mehrere geringfügige Beschäftigungen sind zusammenzurechnen. Überschreitet das insgesamt erzielte Entgelt die Geringfügigkeitsgrenze, unterliegen alle Beschäftigungen der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung. Wird nur eine geringfügige Nebenbeschäftigung neben einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung ausgeführt, bleibt die geringfügige Beschäftigung sozialversicherungsfrei. Eine zweite oder weitere geringfügige Nebenbeschäftigungen werden jedoch mit der Hauptbeschäftigung zusammengerechnet, so dass in diesen Sozialversicherungspflicht entsteht. Dies gilt nicht für die Arbeitslosenversicherung, in der die geringfügige Beschäftigung nicht mit anderen Beschäftigungen zusammengerechnet wird.

Die oben beschriebene Addition von normaler Beschäftigung und geringfügiger Beschäftigung kann dazu führen, dass Versicherungsfreiheit in der GKV entsteht. In diesem Fall ist ein Wechsel zur PKV möglich.

9. Tätigkeit des Arbeitnehmers im Ausland

Es ist grundsätzlich zu unterscheiden, ob die Arbeitnehmer von ihrem Arbeitgeber in ein Land des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) beziehungsweise in ein Land, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen besteht, oder in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, mit dem auch kein Sozialversicherungsabkommen besteht, entsandt werden. Dies betrifft vorwiegend asiatische, afrikanische und südamerikanische Staaten, im Bereich der Krankenversicherung aber auch die USA.

(1) Aufenthalt in Nichtabkommensländern

Für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer, die in Nichtabkommensländer entsandt werden, behalten die Vorschriften der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung über die Versiche-

§ 4 SGB IV

rungspflicht und die Versicherungsberechtigung weiterhin Gültigkeit. Diese sogenannte Ausstrahlung ist in § 4 SGB IV verankert.

Eine Ausstrahlung greift demnach, wenn folgende drei Voraussetzungen erfüllt sind:

(1) Die Entsendung muss in ein Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgen. Dem steht nicht entgegen, dass der Beschäftigte eigens für eine Beschäftigung im Ausland eingestellt worden ist, also im Inland noch nicht für den entsendenden Arbeitgeber tätig gewesen ist.

(2) Es muss sich um ein in der Bundesrepublik Deutschland bestehendes Beschäftigungsverhältnis handeln.

(3) Die Entsendung muss zeitlich begrenzt sein. Es ist vorzusehen, dass die entsandten Arbeitskräfte in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs zurückkehren. Dies muss vor der Entsendung festgelegt sein, das heißt die Dauer des Aufenthaltes muss übersehbar, mindestens aber abschätzbar sein. Die zeitliche Eingrenzung kann sich aus einem Vertrag oder aus der Eigenart der Beschäftigung ergeben. Eine Entsendung bis zum Erreichen der Altersgrenze gilt nicht als befristet.

Ist eine der Voraussetzungen nicht erfüllt, bleibt die Versicherung in der deutschen GKV nicht erhalten.

Besteht während der Tätigkeit des Arbeitnehmers im Ausland keine Versicherungspflicht, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung möglich und zweckmäßig, gegebenenfalls auch in Form eines Gruppenvertrags als Vollschutz.

Eine Entsendung im Sinne der Einstrahlung ist gegeben, wenn sich ein Beschäftigter auf Weisung seines ausländischen Arbeitgebers vom Ausland in das Inland begibt, um hier eine Beschäftigung für diesen Arbeitgeber zeitlich begrenzt auszuüben. In diesem Fall sind die deutschen Regelungen über die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anwendbar. Der Abschluss einer pri-

vaten Krankenversicherung als sogenannte umgekehrte Auslandskrankenversicherung ist möglich.

Der Arbeitgeber gewährt gemäß § 17 SGB V dem ins Ausland entsandten Mitarbeiter diejenigen Leistungen, die die Krankenkasse nach dem 3. Kapitel des SGB V erbringen müsste. Das gilt auch für die familienversicherten Angehörigen, die den Mitarbeiter ins Ausland begleiten oder ihn dort besuchen. Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm entstandenen Kosten in Höhe des Betrages zu erstatten, der bei Erbringung der Leistungen im Inland hätte aufgebracht werden müssen. Die Differenz zu den im Ausland entstandenen Kosten kann der Arbeitgeber mit Hilfe einer privaten Auslandsreise-Gruppenversicherung abdecken.

§ 17 SGB V

(2) Länder des Europäischen Wirtschaftsraums und Staaten mit Sozialversicherungsabkommen

Arbeitnehmer, die gesetzlich krankenversichert sind und die von ihrem Arbeitgeber wegen einer beruflichen Tätigkeit in einen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums entsandt werden, unterliegen den Vorschriften der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt aber nur dann, wenn schon bei Beginn der Entsendung feststeht, dass die Tätigkeit im Ausland nicht länger als 24 Monate dauert und der Arbeitnehmer nicht eine andere Person, für die die Entsendezeit abgelaufen ist, ablöst.

Art. 12 Verordnung
(EG) 883/2004

Eine Person, die gewöhnlich in einem Mitgliedstaat eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausübt und eine ähnliche Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat ausübt, unterliegt weiterhin den Rechtsvorschriften des ersten Mitgliedstaats, sofern die voraussichtliche Dauer dieser Tätigkeit 24 Monate nicht überschreitet.

In Abkommen mit anderen Staaten über Soziale Sicherheit sind hinsichtlich der zeitlichen Dimension, für die der in den anderen Staat entsandte Arbeitnehmer den deutschen Bestimmungen unterstellt bleibt, unterschiedliche Regelungen getroffen.

Die gesetzlichen Krankenkassen können den Versicherten beim Aufenthalt in anderen Staaten die Leistungen nicht so gewähren wie im Inland. Die Verordnungen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) beziehungsweise der Europäischen Union beziehungsweise die Abkommen über Soziale Sicherheit ermöglichen es aber gesetzlich krankenversicherten Mitarbeitern, durch Einschalten von Versicherungsträgern des ausländischen Aufenthaltsstaates Leistungen in Anspruch zu nehmen. Ihre Berechtigung hierzu müssen sie in der Regel durch eine Anspruchsbescheinigung nachweisen.

Die ins Ausland entsandten GKV-versicherten Arbeitnehmer erhalten von den ausländischen Krankenkassen die Leistungen so, als ob sie bei diesen versichert wären. Welche Leistungen in Frage kommen und wie sie erbracht werden, das heißt ob zum Beispiel Arzt- und Arzneirechnungen zunächst bezahlt werden müssen und anschließend ganz oder teilweise von der ausländischen Krankenkasse erstattet werden, orientiert sich an den Vorschriften des ausländischen Versicherungsträgers. Die Dauer der Leistungen richtet sich jedoch nach den Versicherungsbedingungen der deutschen Krankenkasse. Je nachdem in welchem Land sich der Mitarbeiter aufhält, deckt der gesetzliche Schutz aber nicht alle Krankheitskosten.

Sofern in solchen Fällen der Anspruch auf Leistungen aufgrund der zwischenstaatlichen Abkommen hinter dem zurückbleibt, was der Arbeitgeber nach § 17 SGB V zu leisten verpflichtet ist, können entsandte Mitarbeiter auf die Leistungen des Arbeitgebers zurückgreifen, also auf die Inanspruchnahme der zwischenstaatlichen Regelung verzichten. Die Kasse erstattet dem Arbeitgeber die Aufwendungen, die sie auch bei Leistungen im Inland hätte aufbringen müssen.

(3) Schutz privatversicherter Arbeitnehmer

Die private Vollversicherung des Arbeitnehmers hat, solange ein Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland besteht, Europageltung. Während des ersten Monats des Auf-

enthaltens gilt die Versicherung ohne besondere Vereinbarung auch in den außereuropäischen Staaten. Dasselbe trifft für eine Krankenhaustagegeldversicherung zu. Sonderregelungen gibt es für die Krankentagegeldversicherung.

Für nicht krankenversicherungspflichtige, privat krankenversicherte Arbeitnehmer gilt im Fall der Entsendung im Ausland Folgendes: Verlegt der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR), so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU beziehungsweise des EWR, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der privatversicherte Arbeitnehmer sollte deshalb seine Versicherung über die Verlegung seines Wohnsitzes in ein europäisches Land oder den geplanten Aufenthalt im außereuropäischen Ausland rechtzeitig informieren.

Wenn die Voraussetzungen der Ausstrahlung gemäß § 4 SGB V vorliegen, ist der Arbeitgeber auch weiterhin verpflichtet, einen Arbeitgeberzuschuss zu zahlen.

(4) Pflegepflichtversicherung

Die soziale Pflegeversicherung fällt unter den sachlichen Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004. Unterliegt ein aus der Bundesrepublik Deutschland entsandter Arbeitnehmer aufgrund eines mit einem Staat außerhalb der EWG getroffenen Abkommens über Soziale Sicherheit in der Krankenversicherung den Vorschriften des anderen Staates, gelten für ihn gleichwohl die Vorschriften über die deutsche Pflegeversicherung (§ 4

*§ 4 SGB IV
§ 20 SGB XI*

SGB IV). Versicherungspflicht besteht aber nur dann, wenn der Entsandte auch in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich versichert ist (§ 20 SGB XI).

Aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entsandte Personen unterliegen, wenn sie hier gesetzlich krankenversichert sind, immer auch der Versicherungspflicht zur sozialen Pflegeversicherung (§ 20 SGB XI).

Die Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung knüpft nicht an eine berufliche Tätigkeit an. Sie setzt vielmehr voraus, dass nach § 23 Abs. 1 SGB XI eine private Krankenversicherung besteht, die wenigstens allgemeine Krankenhausleistungen abdeckt oder mit welcher die Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Abs. 3 VG erfüllt wird. Diese Vorschrift über die Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung gilt nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

10. Selbständige

(1) Versicherungsmöglichkeiten in der GKV

Für Selbständige besteht keine Versicherungspflicht in der GKV. Ausnahmen können für Künstler, Publizisten und Landwirte gelten.

Selbständige können sich folglich nur freiwillig in der GKV versichern. Dafür müssen sie über bestimmte Vorversicherungszeiten in der GKV verfügen. Sie müssen „in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate“ versichert gewesen sein (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dabei sind Zeiten der Familienversicherung mitzurechnen.

§ 3 Abs. 1 Nr. 2
SGB IV

§ 9 Abs. 1 SGB V

(2) Beiträge in der GKV

Der Beitrag für Selbständige in der GKV bemisst sich nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Bei hauptberuflich Selbständigen ist als Einnahmen für jeden Kalendertag mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen. Dies sind bei 30 Kalendertagen auf der Grundlage der Bezugsgröße für 2012, die monatlich 2.625 Euro beträgt, 1.968,75 Euro. Unter Zugrundelegung des ermäßigten Beitragsatzes von 14,9 Prozent für Versicherte ohne Krankengeldbezug ergibt sich ein Mindestbeitrag von 293,34 Euro. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße (also 1.312,50 Euro), zugrunde gelegt werden; der Beitrag beträgt dann mindestens 195,56 Euro. Für die soziale Pflegeversicherung sind zusätzlich mindestens 38,39 Euro beziehungsweise für kinderlose Selbständige 43,31 Euro als Beitrag zu leisten.

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV kann zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats gekündigt werden, wenn eine Mitgliedschaft in der PKV begründet werden soll. Die 18-monatige Bindungsfrist an die Krankenkasse braucht bei einer Kündigung wegen des Wechsels in die PKV nicht erfüllt zu sein.

(3) Wechsel zur PKV

Beim Wechsel in die PKV werden in der GKV zurückgelegte Versicherungszeiten auf die Wartezeiten in der PKV angerechnet (§ 3 Abs. 5 MB/KK 2009).

Da der Selbständige keinen Arbeitgeberzuschuss erhält, muss er den vollen Beitrag aus der eigenen Tasche bezahlen. Insbesondere für Existenzgründer kann deshalb ein niedriger Beitrag besonders wichtig sein. Für diese Personengruppe bieten viele PKV-Unternehmen einen Basisschutz an, der dann in späteren

Jahren zu einem höherwertigen Versicherungsschutz aufgestockt werden kann.

Flexibel angepasst werden kann auch das Krankentagegeld, das ab dem vierten Krankheitstag versichert werden kann.

11. Scheinselbständigkeit und arbeitnehmerähnliche Selbständigkeit

§ 7 Abs. 1 SGB IV

In der Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung sind Arbeitnehmer, die gegen Entgelt beschäftigt sind, grundsätzlich versicherungspflichtig. Wann eine Beschäftigung vorliegt, ergibt sich aus § 7 SGB IV. Die Krankenkassen (oder bei einer Betriebsprüfung der Rentenversicherungsträger) entscheiden unter Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls, ob jemand als Arbeitnehmer beschäftigt ist. Anhaltspunkte dafür sind eine weisungsgebundene Tätigkeit und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers. Die Beteiligten können schriftlich auch eine Entscheidung des Rentenversicherungsträgers anfordern, ob eine Beschäftigung vorliegt. Liegt eine Beschäftigung vor, dann besteht Versicherungspflicht in der Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung.

§ 205 Abs. 2 VVG

Entsteht die Versicherungspflicht in der GKV, dann kann der private Versicherungsvertrag binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht gekündigt werden. Die Kündigung ist allerdings unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem ihn das Versicherungsunternehmen hierzu in Textform aufgefordert hat. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Eventuell können Leistungen und Beiträge rückabgewickelt werden.

Nur in der Rentenversicherung versicherungspflichtig sind insbesondere Selbständige, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, dessen Arbeitsentgelt aus diesem Beschäftigungsverhältnis regelmäßig 400 Euro im Monat übersteigt, und die auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind.

Diese arbeitnehmerähnlichen Selbständigen können sich jedoch von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie am 31. Dezember 1998 eine selbständige Tätigkeit ausgeübt haben, in der sie nicht versicherungspflichtig waren, vor dem 2. Januar 1949 geboren sind oder über einen privaten Renten- oder Lebensversicherungsvertrag verfügen, der in etwa mit der Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar ist. Auch die Zusage für eine betriebliche Altersversorgung kann berücksichtigt werden.

12. Beihilfeberechtigung und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes

Es gibt Arbeitgeber, die sich nach Maßgabe von Beihilfebestimmungen, die für Beamte oder für Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst gelten, an den Krankheitskosten ihrer Arbeitnehmer beteiligen. Anwendung finden je nach Arbeitgeber die Beihilfevorschriften des Bundes oder diejenigen eines bestimmten Landes.

(1) Beamte und Empfänger einer Beamtenversorgung

Für Beamte und Pensionäre gibt es ein eigenes System der Vorsorge im Krankheitsfall, das vom Grundsatz der Eigenvorsorge ausgeht, die durch die Beihilfe des Dienstherrn ergänzt wird. Im Rahmen der Beihilfe erstattet der Dienstherr in einem bestimmten Umfang die Krankheitskosten, die einem Beamten oder seinen Angehörigen entstehen.

Da auch Beamte und Versorgungsempfänger von der Pflicht zur Versicherung erfasst werden, muss der von der Beihilfe nicht gedeckte Teil der Krankheitskosten durch eine die Beihilfe ergänzende Krankenversicherung aufgefangen werden. Ein Recht, der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beizutreten, besteht nicht, es sei denn, es sind die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt. Falls der Abschluss einer die Beihilfe ergänzenden privaten Krankenversicherung erforderlich ist, stehen dem Beamten Tarife zur Verfügung, die eine den jeweiligen persönlichen Bedürfnissen gerecht werdende Sicherung bieten, indem sie den von der Beihilfe nicht gedeckten Prozentsatz der Aufwendungen versichern. Für verbleibende Deckungslücken, die nicht unter die Pflicht zur Versicherung fallen, beispielsweise Wahlleistungen im Krankenhaus, werden Beihilfeergänzungstarife angeboten. Die Entscheidung über Art und Umfang des privaten Versicherungsschutzes bleibt insoweit grundsätzlich dem einzelnen Beamten überlassen.

Die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) betrifft Bundesbeamte und Landes- und Kommunalbeamte der Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. In Niedersachsen gelten übergangsweise bis zum Inkrafttreten einer eigenständigen Beihilfeverordnung die alten Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) in der Fassung vom 1. November 2001, zuletzt geändert durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 30. Januar 2004, fort. In Thüringen gelten die Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. November 2001, zuletzt geändert durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 30. Januar 2004, nach Maßgabe der Thüringer Verordnung über Sonderbestimmungen in der Beihilfe vom 7. November 2006 übergangsweise bis zum Inkrafttreten einer eigenständigen Landesbeihilfeverordnung fort. Diese soll am 1. April 2012 in Kraft treten. Dieselben Beihilfebemessungssätze wie die Beihilfavorschriften des Bundes, allerdings mit einigen Abweichungen, sehen die Beihilfeverordnungen der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein vor. Bremen und Hessen haben abweichende Regelungen hierzu getroffen.

Die Beihilfe kann auch Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung, Unterbringung im Zweibettzimmer) umfassen. In Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Wahlleistungen. Berlin gewährt Wahlleistungsbeihilfe weiterhin an Personen, die am 1. April 1998 das 55. Lebensjahr vollendet haben oder Schwerbehinderte oder Versorgungsempfänger sind. Dies gilt in Brandenburg für am 1. Januar 1999 schwerbehinderte Personen, solange die Schwerbehinderung andauert, sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige, die diese Voraussetzungen erfüllen. In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz können Beamte freiwillig für die Beihilfefähigkeit der stationären Wahlleistungen optieren. Die Gewährung von Beihilfe für die stationäre Unterbringung kostet 13 beziehungsweise 26 Euro monatlich, die von den Bezügen einbehalten werden, wobei in Rheinland-Pfalz der Beihilfeberechtigte oder beihilfeberücksichtigungsfähige Angehörige zusätzlich innerhalb einer Frist von drei beziehungsweise sechs Monaten erklären muss, die Wahlleistungen in Anspruch nehmen zu wollen. In Bayern gilt für die Inanspruchnahme einer Chefarztbehandlung im Krankenhaus ein Selbstbehalt von 25 Euro pro Tag und für das Zweibettzimmer ein täglicher Selbstbehalt von 7,50 Euro. Die Unterbringung im Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung sind für insgesamt höchstens 30 Tage im Kalenderjahr beihilfefähig, wobei für die Unterbringung im Zweibettzimmer ein täglicher Selbstbehalt von 10 Euro und für die Chefarztbehandlung ein täglicher Selbstbehalt von 15 Euro gilt.

Der Beamte im Geltungsbereich dieser Regelung erhält als Beihilfe 50 Prozent seiner Aufwendungen, 70 Prozent der Aufwendungen für seinen Ehegatten, seine Ehegattin, seinen Lebenspartner oder seine Lebenspartnerin und 80 Prozent der Aufwendungen für seine Kinder. Hat der Beamte zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder, erhält auch er 70 Prozent seiner eigenen Aufwendungen. Dem Pensionär stehen ebenfalls 70 Prozent der eigenen Aufwendungen zu.

§ 46 BBhV

§ 48 BBhV

Zusammen dürfen Beihilfe und Erstattung aus der Krankenversicherung die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus einer Krankentage- und Krankenhaustagegeldversicherung und Beitragsrückerstattungen werden nicht angerechnet.

Für Beamte, die in Fortsetzung früher erworbener Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung verblieben sind, gelten besondere Regelungen: Soweit die gesetzlichen Krankenkassen Sach- und Dienstleistungen gewähren, eigene Aufwendungen also grundsätzlich entfallen, sind auch Beihilfen ausgeschlossen. Ausnahmen gelten insoweit, als den Beamten Kosten entstanden sind, die von der Krankenkasse nicht gedeckt werden, wie zum Beispiel Wahlleistungen im Krankenhaus, sofern die für den Beamten geltenden Beihilfeverordnungen dies vorsehen, oder bei Zahnersatz.

Einen Zuschuss des Dienstherrn zu den Krankenversicherungsbeiträgen gibt es für Beamte nicht, weder bei gesetzlichem noch bei privatem Versicherungsschutz, weil der Dienstherr bereits mit der Besoldung einen Anteil für die durchschnittlich zu erwartenden Aufwendungen für Krankheitsvorsorge gezahlt hat.

Die Beihilfe der Länder Bremen und Hessen bemisst sich für Beamte und gegebenenfalls für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach Familienstand und Kinderzahl, aber auch danach, ob der Beamte aktiv tätig oder Versorgungsempfänger ist, und nach Art der Kosten (ambulante, stationäre oder Zahnbehandlung). Die dabei möglichen Beihilfebemessungssätze reichen von 50 bis 85 Prozent des Rechnungsbetrages, in Ausnahmefällen auch darüber hinaus.

Die PKV bietet seit 1. Januar 1987 Beamtenanfängern und seit 1. Januar 2005 Beamten und Versorgungsempfängern, die noch in der GKV versichert sind, sowie deren Angehörigen einen erleichterten Zugang zur PKV an, wenn eine private Krankenversicherung sonst nicht oder nur unter ungünstigen Bedingungen angeboten werden könnte. Genauere Informationen zu dieser Öffnung der PKV enthält die Broschüre „Erleichterte Aufnahme

Öffnung der PKV
für Beamte

in die Private Krankenversicherung für Beamtenanfänger, gesetzlich versicherte Beamte und deren Angehörige“.

Wer neu verbeamtet wird und in die Normaltarife der PKV nicht oder nur unter Berechnung eines Risikozuschlags aufgenommen werden würde, kann sich zur Erfüllung seiner Pflicht zur Versicherung ohne Risikozuschlag im Basistarif versichern. Diese Regelung gilt auch für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen (siehe auch Kapitel 17).

Basistarif

(2) Arbeitnehmer

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht versicherungspflichtig sind, sondern eine freiwillige gesetzliche oder eine private Versicherung haben, erhalten den Arbeitgeberzuschuss für ihren Krankenversicherungsbeitrag unter den gleichen Voraussetzungen wie andere Arbeitnehmer außerhalb des öffentlichen Dienstes. Sofern sie privat versichert sind, müssen sie zum Erlangen des Zuschusses nachweisen, dass der Privatschutz der Art nach den Leistungen der GKV entspricht. Das gilt auch für Angestellte, die sich von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen.

§ 257 SGB V

Besonderheiten können sich für solche Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst ergeben, deren Arbeitsverhältnisse vor einem bestimmten Stichtag begründet wurden: Diesen wird Beihilfe gewährt. So erhalten Arbeitnehmer des Bundes, deren Arbeitsverhältnis vor dem 1. August 1998 begründet worden ist, Beihilfe nach Maßgabe der Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 23. Juni 1998 und vom 5. September 2005. Für die einzelnen Bundesländer gelten folgende Stichtage: in Baden-Württemberg Oktober 1997, in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz 1. Januar 1999, in Bayern 1. Januar 2001. In Schleswig-Holstein wird Arbeitnehmern seit dem 1. Januar 2004 keine Beihilfe mehr gewährt, es sei denn, sie wurden vor dem 30. September 1970 eingestellt oder haben zum oben genannten

Zeitpunkt das 40. Lebensjahr vollendet und volle Beihilfe erhalten. In Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt haben Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst keinen Anspruch auf Beihilfe.

13. Wehrpflichtige, Zivildienstleistende

Wehrpflichtige und Zivildienstleistende werden bezüglich des Krankenschutzes gleich behandelt (§ 35 Abs. 1 ZDG).

Während des Wehrdienstes/Zivildienstes ist keine Krankenversicherung erforderlich, da in dieser Zeit unentgeltliche ärztliche Versorgung besteht. Die gesetzliche Krankenversicherung ruht in der Zeit (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Eine entsprechende Ruhensregelung hat der Gesetzgeber für die Private Krankenversicherung nicht getroffen; er hat sie den Vertragspartnern überlassen.

Ein Ruhen der privaten Krankenversicherung wird mit einer Anwartschaftsversicherung erreicht. Diese dient der Wahrung von Rechten in Zeiten, in denen der Versicherte einen Anspruch auf tarifliche Leistungen nicht benötigt, weil er vorübergehend anderweitige Leistungsansprüche hat, etwa aus der Heilfürsorge als Wehrpflichtiger, Soldat auf Zeit, Berufssoldat, Beamter des Bundesgrenzschutzes, der Polizei oder Feuerwehr, die Leistungen der GKV als Versicherungspflichtiger oder Familienversicherter oder beim Auslandsaufenthalt Leistungen aus einer Auslandsreiseversicherung.

Die Anwartschaftsversicherung sieht vor, dass vor Beginn beziehungsweise Wiederbeginn der Leistungspflicht inzwischen aufgetretene Krankheiten in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden (kleine Anwartschaft) oder dass außerdem die Berechnung des Beitrags nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsanpassungen durchgeführt wird (große Anwartschaft). Zu entrichten ist ein Anwartschaftsbeitrag, der die Gegenleistung für die ein-

§ 7 Abs. 2 Nrn.
2, 2 a, 3 und 3 a
Unterhaltssicherungs-
gesetz (USG)

geräumte Anwartschaft darstellt und damit der Wahrung der erwähnten Rechte aus dem Versicherungsvertrag dient.

Die Beiträge werden sowohl für die Anwartschaftsversicherung der Krankenversicherung (§ 7 Abs. 2 Nr. 2 USG) als auch für die Pflegepflichtversicherung (§ 7 Abs. 2a USG) durch den Dienstherrn erstattet.

Nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 und 3 a USG werden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für die Familienangehörigen während des Wehrdienstes/Zivildienstes vom Dienstherrn erstattet. Das gilt sowohl für Beiträge zu einer gesetzlichen als auch für Beiträge zu einer privaten Versicherung.

Krankenversicherungspflichtige Wehrpflichtige und deren Angehörige ohne eigenes Einkommen haben einen Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe des Beitrags zu einer Zusatzversicherung, der Wehrpflichtige selbst allerdings nur zum Beitrag einer Anwartschaftsversicherung. Die Auszahlung wird auf Antrag von den nach Landesrecht zuständigen Unterhaltssicherungsbehörden, das sind die Landkreise und kreisfreien Städte, vorgenommen.

§ 23 USG, Nr. 94 n der Durchführungshinweise des Bundesverteidigungsministeriums zum USG

14. Rentner

(1) Pflichtversicherung in der Krankenversicherung für Rentner (KVdR)

Pflichtversicherung besteht bei Rentnern dann, wenn eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt wird und gleichzeitig bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllt sind. Erforderlich ist eine Vorversicherungszeit, das heißt der Versicherte muss seit der erstmaligen Aufnahme der Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen sein. Als Erwerbstätigkeit ist jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausge-

§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V

übte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland, anzusehen. Neben den Zeiten einer Pflicht- und freiwilligen Versicherung werden als Vorversicherungszeit auch angerechnet

- Zeiten einer auf der gesetzlichen Versicherung des Mitglieds beruhenden Familienversicherung,
- Zeiten der Ehe mit einem gesetzlich Versicherten (bis 31. Dezember 1988) unter bestimmten Voraussetzungen,
- Zeiten in der Sozialversicherung, in der freiwilligen Krankheitskostenversicherung oder in einem Sonderversorgungsgebiet im Beitrittsgebiet (bis 31. Dezember 1990).

Bei Hinterbliebenenrenten gilt die Vorversicherungszeit auch dann als erfüllt, wenn der Verstorbene sie erfüllt hat.

Eine Versicherungspflicht in der KVdR besteht jedoch in folgenden Fällen nicht:

- Es besteht Versicherungspflicht aus anderen Gründen (zum Beispiel als Arbeitnehmer oder Bezieher von Arbeitslosengeld).
- Es wird eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt.
- Es wird einer der Tatbestände erfüllt, die zur Versicherungsfreiheit führen (zum Beispiel als Beamter, Ruhehaltsempfänger oder aufgrund einer Beschäftigung mit einem Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze).

Von der Pflichtmitgliedschaft in der KVdR kann man sich befreien lassen. Der Antrag muss innerhalb von drei Monaten seit Beginn der Versicherungspflicht, also seit Stellung des Rentenanspruchs, bei der zuständigen Krankenkasse gestellt werden. Dabei handelt es sich um eine Ausschlussfrist. Wird sie nicht eingehalten, ist eine Befreiung nicht möglich. Eine einmal ausgesprochene Befreiung kann später nicht widerrufen werden.

§§ 5 Abs. 5 und 8,
6 Abs. 3 SGB V

§ 8 Abs. 1 Nr. 4
SGB V

(2) Freiwillige Versicherung für Rentner in der GKV

Rentner, die die erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllen, zuletzt aber der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Versicherungspflicht angehört haben, können freiwillig versichert werden, wenn sie in den letzten fünf Jahren mindestens 24 Monate oder unmittelbar vorher mindestens 12 Monate in der GKV versichert waren. Dieses Beitrittsrecht ist an eine Frist gebunden, das heißt der Antrag muss innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der vorhergehenden Versicherung gestellt werden.

§ 9 Abs. 1 Nr. 1,
Abs. 2 SGB V

(3) Beiträge zur Krankenversicherung

(1) Beiträge pflichtversicherter Rentner

Die Beiträge sind für Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder unterschiedlich geregelt. Versicherungspflichtige Rentner haben Beiträge auf folgende Einnahmen zu zahlen:

§§ 237, 247, 250
SGB V

- > Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung
- > Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente)
- > Arbeitseinkommen, das heißt der Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit (§ 15 SGB IV).

Wird daneben ein Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit bezogen, dann kann dies einen eigenständigen Tatbestand der Versicherungspflicht begründen. Zu beachten ist aber auch hier § 6 Abs. 3a SGB V (siehe Kapitel 2).

Aus Versorgungsbezügen und Einkommen aus selbständiger Tätigkeit sind nur Beiträge zu entrichten, wenn diese den mindestbeitragspflichtigen Betrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreiten (127,75 Euro pro Monat).

§ 226 Abs. 2 SGB V

Die genannten Einkommen werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Beitragszahlung herangezogen. Der maßgeb-

liche Beitragssatz ist der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V (§ 247 SGB V). Dieser ist jeweils vom 1. Juli des laufenden bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres zugrunde zu legen. Auch pflichtversicherte Rentner müssen seit dem 1. Juli 2005 den zusätzlichen Beitrag von 0,9 vom Hundert gemäß § 241a SGB V entrichten.

Die Beiträge werden vom Rentenversicherungsträger und von den versicherungspflichtigen Rentnern jeweils zur Hälfte aufgebracht. Der Krankenversicherungsbeitrag wird von der Zahlstelle des Rentenversicherungsträgers ermittelt, von der Rente einbehalten und ist an die jeweilige Krankenkasse zu bezahlen. Ab dem 1. Juli 2005 hat sich der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers dadurch vermindert, dass er auf der Grundlage des um 0,9 vom Hundert reduzierten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes berechnet wird.

Auch auf Versorgungsbezüge und Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, für die kein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt wird, muss der Versicherungspflichtige den vollen Beitragssatz der Krankenkasse zahlen.

(2) Beiträge freiwillig versicherter Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern muss die Krankenkasse die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ihres Mitglieds berücksichtigen. Folglich unterliegen neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung auch Versorgungsbezüge, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit sowie alle weiteren Einkünfte (zum Beispiel Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Zinseinkünfte) grundsätzlich der Beitragspflicht, und zwar bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Beiträge für freiwillig versicherte Rentner werden entweder nach dem allgemeinen Beitragssatz (für die Bemessung aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen) oder nach dem ermäßigten Beitragssatz der Krankenkasse (für die Bemessung aus sonstigen Einkünften wie Mieten und Zinsen), nämlich nach dem für Mitglieder ohne Krankengeldanspruch, erhoben. Sie sind in voller Höhe vom Rentner zu tragen. Auf Antrag gewährt der Renten-

§ 249a SGB V

§ 248 SGB V

§§ 240, 241a SGB V
§ 106 SGB VI

versicherungsträger einen Zuschuss zur Krankenversicherung. Der monatliche Zuschuss wird in Höhe des halben Beitrags geleistet, der sich aus der Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse auf den Zahlbetrag der jeweiligen Rente ergibt. Seit dem 1. Juli 2005 hat sich der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers dadurch vermindert, dass er auf der Grundlage des um 0,9 vom Hundert reduzierten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes berechnet wird.

(3) Beiträge privat krankenversicherter Rentner

Mit Rentenbeginn ergeben sich für den privat krankenversicherter Rentner folgende Änderungen:

- Eine eventuell abgeschlossene Krankentagegeldversicherung endet mit dem Bezug von Altersrente nach § 15 Abs. 1c der Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009).
- Der Arbeitgeberzuschuss entfällt.
- Auf Antrag erhält der Versicherte einen Zuschuss von seinem Rentenversicherungsträger.

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird in Höhe des halben Satzes gewährt, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Seit dem 1. Juli 2005 hat sich der Zuschuss des Rentenversicherungsträgers dadurch vermindert, dass er auf der Grundlage des um 0,9 vom Hundert reduzierten allgemeinen Beitragssatzes berechnet wird. Der Zuschuss wird allerdings auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen begrenzt. Berücksichtigungsfähig sind bei einer privaten Krankenversicherung die Prämien, die für die Versicherung gegen Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arznei- und Heilmittel und Krankenhauspflege (auch Krankenhaustagegeldversicherung) aufgewendet werden.

15. PKV im Alter

Das Kalkulationsverfahren der PKV ist so angelegt, dass die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Bildung von Alterungsrückstellungen finanziell abgesichert wird.

Darüber hinaus gibt es zusätzliche Maßnahmen zur Dämpfung der Beitragsentwicklung im Alter.

Das Versicherungsaufsichtsgesetz macht es den PKV-Unternehmen zur Pflicht, 90 Prozent der Überzinsen aus den Alterungsrückstellungen für Beitragsentlastungen der Versicherten im Alter zu verwenden. Davon kommt ein wesentlicher Teil unmittelbar den heute über 65-Jährigen zugute.

Seit dem 1. Januar 2000 müssen zudem alle Neuversicherten einen Zuschlag von 10 Prozent auf ihren Beitrag zahlen. Dieser Zuschlag wird zwischen dem 21. und dem 60. Lebensjahr erhoben und ohne Abzug von Kosten verzinslich angelegt. Für alle diejenigen, die am 1. Januar 2000 bereits in der PKV versichert waren, wurde der Zuschlag ab 1. Januar 2001 schrittweise eingeführt. Im Jahr 2001 waren zunächst zwei Prozent zusätzlich zu entrichten. In den Folgejahren erhöhte sich der Zuschlag um vier weitere 2-Prozent-Schritte, bis schließlich ebenfalls zehn Prozent erreicht wurden.

Die mit dem Zuschlag verzinslich angesammelten Mittel werden verwendet, um Beitragserhöhungen ab dem 65. Lebensjahr zu vermeiden. Je früher mit dem Zuschlag begonnen wurde, je mehr Mittel also zur Verfügung stehen, desto dauerhafter kann der Beitrag ab dem 65. Lebensjahr konstant bleiben.

Der Beitragszuschlag ist integraler Bestandteil des Beitrags, so dass für ihn dieselben Regeln für die Zuschussfähigkeit durch den Arbeitgeber gelten, wie für den Beitrag selber.

§ 12a Abs. 1 bis 3
Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Abs. 4a VAG

(1) Beitragsentlastungsprogramme

Mit sogenannten Beitragsentlastungsprogrammen ist es darüber hinaus möglich, durch einen Zusatzbeitrag, den man in jungen Jahren zahlt, eine Beitragssenkung ab dem 65. Lebensjahr zu garantieren. Der Mehrbeitrag für eine Beitragsentlastungsvereinbarung ist durch den Arbeitgeber zuschussfähig, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Beitragsentlastungsvereinbarungen sind integrierter Bestandteil der Krankheitskostenversicherung. Der Beitragsentlastungstarif darf nicht unabhängig von einem Krankheitskostentarif angeboten werden.
- Die Beiträge für derartige Entlastungsvereinbarungen dürfen keine Zusatzbeträge selbständiger Art sein.
- Die Beitragszahlungen müssen sich auf die gesamte Versicherungsdauer erstrecken.
- Bei Kündigung der Krankheitskostentarife gibt es keine Ersatzleistungen für das damit gleichfalls wegfallende Beitragsentlastungsprogramm (Ausnahme: beitragsfreies Krankenhaustagegeld beziehungsweise Pflegezusatzversicherung).

(2) Anpassungen im versicherten Leistungsumfang

Jeder PKV-Versicherte hat das Recht, Anpassungen in seinem versicherten Leistungsumfang vorzunehmen, um auf diese Weise zum Beispiel eine Beitragsreduzierung zu erreichen. Möglich ist dies beispielsweise durch einen Verzicht auf Wahlleistungen im Krankenhaus oder durch die Erhöhung eines vereinbarten Selbstbehalts.

Nach § 204 Abs. 1 VVG haben Versicherte das Recht, unter Anrechnung ihrer erworbenen Rechte in andere Tarife zu wechseln. Eine Risikoprüfung und die Erhebung eines risikogerechten Mehrbeitrags findet nur statt, wenn der neue Tarif umfassendere Leistungen als der bisherige Tarif vorsieht – und auch nur für die hinzukommenden Leistungen.

Eine gewisse Beitragsentlastung ergibt sich mit Beginn des Ruhestands dadurch, dass mit der Beendigung der Erwerbstätigkeit die Krankentagegeldversicherung entfällt. Darüber hinaus entfällt ab dem 60. Lebensjahr der gesetzliche Zuschlag, der in zehnpromzentiger Höhe auf den Versicherungsbeitrag erhoben werden muss.

(3) Standardtarif

Eine andere Möglichkeit ist der Wechsel in den Standardtarif für ältere Versicherte. Dieser Tarif wird seit dem 1. Juli 1994 einheitlich von allen privaten Krankenversicherungen angeboten. Das Recht zum Wechsel in den Standardtarif besteht unter bestimmten Voraussetzungen für alle Versicherten, die ihren Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 geschlossen haben. Der Beitrag für diesen Tarif ist begrenzt auf die Höhe des Höchstbeitrags der GKV. Dieser bemisst sich nach dem allgemeinen Beitragssatz der Kassen und der jährlich neu festgelegten Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. Für Beamte und Pensionäre, die nur einen nicht durch die Beihilfe abgedeckten Teil der Kosten in der PKV versichern, gilt ein entsprechend prozentualer Höchstbeitrag. Bei einem Wechsel in den Standardtarif wird die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet. Der tatsächliche Beitrag liegt deshalb in vielen Fällen unter dem Höchstbeitrag. Die Leistungen des Standardtarifs entsprechen im Wesentlichen denen der gesetzlichen Krankenkassen. Neben dem Standardtarif dürfen keine weiteren Zusatztarife bestehen.

Folgende Personen können sich im Standardtarif versichern:

1. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben

Diese Personen müssen seit mindestens zehn Jahren in der PKV versichert sein, und zwar in einem Tarif, der grundsätzlich durch den Arbeitgeber zuschussberechtigt ist. Diese Voraussetzung erfüllen alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz

bieten. Nicht dazu gehören Zusatztarife, die lediglich ergänzend zu einem Versicherungsschutz in der GKV abgeschlossen werden.

2. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben

Diese Personen können in den Standardtarif wechseln, wenn

- ihr Einkommen unter der aktuellen Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (2012: 45.900 Euro) liegt und
- sie über eine 10-jährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif verfügen.

3. Beamte und ihre Familienangehörigen, die das 65. beziehungsweise 55. Lebensjahr vollendet haben

Wenn Beamte in einen beihilfekonformen Standardtarif wechseln wollen, gelten dieselben Voraussetzungen wie oben unter 1. und 2. erwähnt.

4. Personen, die das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Wer – insbesondere aus Gründen der Erwerbsunfähigkeit – vorzeitig in Rente oder Pension geht, kann unter den folgenden Voraussetzungen in den Standardtarif wechseln:

- Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Bezug eines Ruhegehalts nach beamtenrechtlichen Vorschriften,
- zehn Jahre Vorversicherungszeit in einem zuschussfähigen Tarif,
- Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 7 SGB V (2012: 45.900 Euro).
- Einbezogen sind selbstverständlich auch die Bezieher von Witwengeld oder eines Unfallruhegehaltes sowie ehemalige Berufssoldaten. Dies gilt auch für die Familienangehörigen, sofern sie bei einer GKV-Versicherung beitragsfrei mitversichert wären.

5. Standardtarif für Heilfürsorgeberechtigte

Vom Standardtarif können auch Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis mit freier Heilfürsorge (Zeitsoldaten, Berufssoldaten sowie Beamte des Bundesgrenzschutzes, der Feuerwehr und der Polizei) profitieren. Heilfürsorgeberechtigte können unter denselben Voraussetzungen wie Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, eine Anwartschaftsversicherung auf den Standardtarif abschließen.

16. Basistarif

Seit dem 1. Januar 2009 sind die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, den Basistarif anzubieten, insbesondere um die Erfüllung der Pflicht zur Versicherung zu gewährleisten. Die Versicherungsverträge der „Nichtversicherten im Standardtarif“ wurden zum 1. Januar 2009 auf den Basistarif umgestellt.

(1) Versicherungsberechtigter Personenkreis

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, nachfolgenden Personen Versicherung im Basistarif zu gewähren:

- Personen, die freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse werden, innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft.
- Allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, noch Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beanspruchen können, noch Sozialhilfe erlangen (Ausnahme: Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII).
- Beihilfeberechtigten, die einen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz benötigen.
- Privatversicherten mit Wohnsitz in Deutschland, die ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben.

(2) Bestandsversicherte

Privatversicherte, die ihren Versicherungsvertrag erstmals vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, konnten vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln. Bei Wechseln in den Basistarif eines anderen Unternehmens musste der Versicherungsvertrag vom alten Versicherungsunternehmen zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2009 mit Wirkung zum Ende des laufenden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Nach dem 30. Juni 2009 können Bestandsversicherte nur noch in den Basistarif ihres eigenen Unternehmens wechseln, wenn sie

- das 55. Lebensjahr vollendet haben oder
- eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
- hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Versicherte, die ihren Versicherungsvertrag erstmals nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, können unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen jederzeit in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln.

Im Basistarif besteht Kontrahierungszwang. Die Versicherungsunternehmen dürfen daher den Antrag eines Versicherungsberechtigten (siehe oben) grundsätzlich nicht ablehnen. Bestehen Vorerkrankungen, dürfen keine Risikozuschläge erhoben und keine Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Gleichwohl findet eine Gesundheitsprüfung statt, um für die im Basistarif Versicherten den Risikoausgleich zwischen den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung durchführen zu können.

(3) Leistungen

Der Basistarif bietet Versicherungsschutz, der in Art, Umfang und Höhe mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (§ 12 Abs. 1a VAG). Die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. als Beliehenem festgelegt.

Der Basistarif muss dabei von dem Versicherungsunternehmen mit vier Selbstbehaltstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten werden. Der Versicherungsnehmer ist an die Wahl der Selbstbehaltstufe drei Jahre gebunden. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgelegt.

(4) Beitragsbegrenzung

Der Beitrag zum Basistarif ist limitiert auf den jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV. Dieser wird seit dem 1. Januar 2011 anhand des einheitlichen Beitragssatzes, der Beitragsbemessungsgrenze und des durch die Bundesregierung festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der GKV ermittelt. Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, wird der Höchstbeitrag halbiert. Falls dann immer noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht, leistet der nach dem SGB II oder SGB XII zuständige Träger auf Antrag einen Zuschuss, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Auch wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und dies durch den nach dem SGB II oder SGB XII zuständigen Träger bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags.

Auf Antrag gewährt der nach dem SGB II oder SGB XII zuständige Träger auch hierfür einen Zuschuss. Dieser ist auf den Beitrag begrenzt, den ein Arbeitslosengeld-II-Empfänger in der GKV erhalten würde (vergleiche hierzu auch Kapitel 7).

17. Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Elternzeit

(1) Mutterschaftsgeld

Im Rahmen der Schwangerenvorsorge sind die erforderlichen Untersuchungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft selbstverständlich Bestandteil des Leistungskatalogs der Privaten Krankenversicherung.

Beim Mutterschaftsgeld gibt es Unterschiede zwischen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung. PKV-versicherte Arbeitnehmerinnen erhalten auf Antrag Mutterschaftsgeld in Höhe von insgesamt höchstens 210 Euro (maximal jedoch das Nettoeinkommen). Zuständig ist das Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Telefon: 0228/619-1888, www.bva.de.

§ 200 RVD, § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Frauen, die in der GKV versichert sind und die bei Beginn der Schutzfrist vor der Entbindung in einem Arbeits- oder Heimarbeitsverhältnis stehen, oder deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft zulässig vom Arbeitgeber aufgelöst wurde, erhalten Mutterschaftsgeld nach folgenden Grundsätzen:

Die Höhe des Mutterschaftsgeldes richtet sich nach dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate, bei wöchentlicher Abrechnung der letzten drei Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist vor der Entbindung. Das Mutterschaftsgeld beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. Übersteigt der durchschnittliche kalendertägliche Nettolohn den Betrag von 13 Euro, ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Differenz als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zu zahlen.

Der Arbeitgeber hat auch den privat krankenversicherten Frauen den Unterschiedsbetrag zwischen 13 Euro und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt als Zuschuss zum Mutter-

schaftsgeld zu zahlen, sofern das durchschnittliche Entgelt der Schwangeren im Referenzzeitraum (letzte drei abgerechnete Kalendermonate, bei wöchentlicher Abrechnung aus den letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist) mehr als 13 Euro pro Kalendertag betragen hat.

(2) Elterngeld

Das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BGBl. I 2006, S. 2748), das am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, gewährt Müttern und Vätern auf Antrag ein Elterngeld, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit aufgeben oder beschränken (bis zu 30 Stunden pro Woche Teilzeitarbeit sind möglich) und sich selber um die Erziehung ihres Kindes in den ersten 14 Lebensmonaten kümmern.

Elterngeld gibt es für Erwerbstätige, Beamte, Selbständige und erwerbslose Elternteile, Studierende und Auszubildende, Adoptiveltern und in Ausnahmefällen auch Verwandte dritten Grades, die Zeit für die Betreuung ihres beziehungsweise eines neugeborenen Kindes investieren.

Die Elterngeldleistung beträgt prozentual je nach Einkommenshöhe 65 bis 100 Prozent des entfallenden Nettoeinkommens (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz), absolut mindestens 300 Euro und höchstens 1.800 Euro monatlich (67 Prozent von maximal 2.700 Euro, die als Einkommen berücksichtigt werden) für mindestens die ersten 12 Lebensmonate des Kindes.

Elterngeld kann in den ersten 14 Lebensmonaten des Kindes in Anspruch genommen werden oder bei gleichem Budget auf die doppelte Anzahl der Monate gedehnt werden.

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss wird taggenau auf den mit der Geburt des Kindes entstehenden Anspruch auf Elterngeld angerechnet, soweit sich die Anspruchszeiträume überschneiden. Das für die Mutterschutzfristen vor

und nach der Geburt auf insgesamt maximal 210 Euro begrenzte Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes für privat versicherte Mütter kann wegfallendes Erwerbseinkommen nicht ausgleichen und wird deshalb nicht angerechnet.

(3) Elternzeit

Anspruch auf Elternzeit besteht grundsätzlich bis zur Vollen- dung des dritten Lebensjahres eines Kindes. Die Zeit der Mut- terschutzfrist wird auf die dreijährige Höchstdauer der Elternzeit angerechnet. Die Elternzeit kann unabhängig von der Bezugs- dauer des Elterngeldes beantragt werden.

Nähere Informationen zum Elterngeld und zur Elternzeit gibt es auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Seni- oren, Frauen und Jugend (<http://www.bmfsfj.de>).

Für die vor dem 1. Januar 2007 geborenen oder mit dem Ziel der Adoption angenommenen Kinder gilt der Erste und Dritte Abschnitt des Bundeserziehungsgeldgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung weiter.

(4) Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Bezieher von Mutterschafts- und/oder Elterngeld bleiben in der GKV beitragsfrei weiter versichert, wenn sie dort Pflichtmitglied waren. Das Gleiche gilt für die Elternzeit. Das Mutterschafts- und Erziehungsgeld unterliegt keiner Beitragspflicht in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung. Beitragspflichtig sind jedoch währenddessen bezogene Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen. Wird eine „elterngeldunschädliche“ Teilzeitbeschäftigung ausgeübt, unterliegt diese der Versiche- rungspflicht, wenn nicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze über- schritten wird. Unabhängig von der Überschreitung der Jahres- arbeitsentgeltgrenze besteht gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V die Möglichkeit einer Befreiung von der Versicherungspflicht für den Zeitraum der Elternzeit (siehe Kapitel 3, Abschnitt 2).

*§§ 192 Abs. 1 Nr. 2,
224 SGB V*

Wenn freiwillig Versicherte Mutterschaftsgeld und/oder Elterngeld erhalten oder in der Elternzeit sind, kommen sie in die Familienversicherung der Krankenkasse des Ehegatten, wenn sie ein monatliches Einkommen unter 375 Euro (2012) haben. Das Mutterschaftsgeld, der Zuschuss des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld und das Elterngeld zählen nicht als Einkommen. Wenn eine Familienversicherung in der Krankenkasse des Ehegatten nicht zustande kommt, zum Beispiel weil er privat versichert ist, müssen für sonstige Einkünfte Beiträge entrichtet werden. Dies bedeutet beispielsweise, dass freiwillig versicherte, nicht erwerbstätige Mitglieder, deren Beitragsbemessung auf der anteiligen Zurechnung von Erwerbseinkommen des nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten beruht, während des Bezugs der oben genannten Familienleistungen oder während der Elternzeit den gleichen Beitrag zu entrichten haben, da der Unterhalt aus dem Verdienst des Ehegatten nicht entfällt.

Privatversicherte müssen entsprechend den jeweiligen Versicherungsbedingungen die Beiträge zur Krankenversicherung zahlen. Je nach Tarif kann auch für einen bestimmten Zeitraum nach der Geburt Beitragspflicht bestehen. Ein direkter Arbeitgeberzuschuss entfällt während des Mutterschutzes und der Elternzeit. Eventuell kommt eine Erhöhung des Arbeitgeberzuschusses des Ehepartners in Frage, wenn hier der Höchstzuschuss noch nicht erreicht wurde. Wird während der Elternzeit einer Teilzeitbeschäftigung nachgegangen, tritt Versicherungspflicht in der GKV ein, wenn der Verdienst die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet. Es kann dann aber eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in Frage kommen (siehe Kapitel 3, Abschnitt 2).

Privat versicherte Arbeitnehmer, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit ein Beschäftigungsverhältnis (wieder) aufnehmen, dessen Arbeitszeit auf maximal die Hälfte vergleichbarer Vollbeschäftigter begrenzt ist und welches bei Vollbeschäftigung mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze vergütet würde, können sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen. Voraussetzung ist, dass der Arbeit-

nehmer seit mindestens fünf Jahren versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze war. Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden insoweit angerechnet.

18. Urlaub im Ausland

Wer privat ins Ausland reisen möchte, sollte sich über seinen Krankenversicherungsschutz vorher informieren:

(1) Privatversicherte

PKV-Versicherte brauchen keine besonderen Vorkehrungen zu treffen, wenn sie sich in Europa einschließlich der osteuropäischen Staaten aufhalten. Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf diese Länder. Das gilt ebenfalls für außereuropäische Länder bis zu einem Monat, je nach den Tarifbedingungen auch für weitere Wochen. Für Reisen in außereuropäische Länder von längerer Dauer kann der Versicherungsschutz durch Vereinbarung erweitert werden. Auch für PKV-Vollversicherte kann der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung dennoch empfehlenswert sein, um einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland abzusichern und um einen eventuellen Anspruch auf Beitragsrückerstattung in der Vollversicherung nicht zu gefährden.

(2) Gesetzlich Versicherte

Personen, die den gesetzlichen Krankenkassen angehören, sind bei Auslandsaufenthalten über ihre Krankenkasse geschützt, wenn sie sich mit dem Auslandsberechtigungsschein beziehungsweise der Europäischen Versichertenkarte in einem Land behandeln lassen, das dem Europäischen Wirtschaftsraum angehört oder mit dem ein Sozialversicherungsabkommen besteht. Die Vereinbarungen mit den EU-Staaten gelten auf-

grund des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum auch für Norwegen, Island und Liechtenstein. Für Reisen in die Länder der Europäischen Union (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern) ist durch EU-Recht festgelegt, dass die Versicherten die Leistungen der dortigen gesetzlichen Krankenversicherung beziehungsweise eines Gesundheitsdienstes in Anspruch nehmen können. Das Gleiche gilt für die Schweiz, die ein Sozialversicherungsabkommen mit der EU abgeschlossen hat. Die Inanspruchnahme geschieht durch Einschalten der gesetzlichen Krankenversicherungsträger beziehungsweise des staatlichen Gesundheitsdienstes dieser Staaten, und zwar so, als ob man dort versichert wäre. Gleiches gilt für eine Reihe von Staaten, mit denen die Bundesrepublik Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, und zwar mit den Staaten des ehemaligen Jugoslawien (Bundesrepublik Jugoslawien, Republik Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Bosnien-Herzegowina), Tunesien und der Türkei. Nicht von jedem Arzt oder Krankenhaus wird allerdings die Vorlage eines Auslands-Krankenscheins akzeptiert.

Seit dem 1. Januar 2005 sind Versicherte der GKV gemäß § 13 Abs. 4 SGB V mit der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen im Wege der Kostenerstattung nicht mehr territorial auf das Inland beschränkt, sondern können auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der EU sowie in anderen Vertragsstaaten über das Abkommen über den EWR in Anspruch nehmen. Hierzu gibt es aber bestimmte Ausnahmen gemäß § 13 Abs. 5 bis 6 SGB V.

Nicht geschützt sind gesetzlich versicherte Urlauber, die in Länder fahren, die nicht zum Europäischen Wirtschaftsraum gehören und mit denen auch kein Sozialversicherungsabkommen über die Leistungsaushilfe in der GKV getroffen wurde, wie zum Beispiel die Staaten Osteuropas, die nicht Mitglied in der EU sind, Israel, afrikanische Staaten, Asien, Australien, Japan,

die USA und weitere amerikanische Staaten. In diesen Staaten werden gesetzlich krankenversicherte deutsche Personen nur privat behandelt. Sie müssen die Honorarrechnungen der Ärzte und die Kosten der Krankenhausbehandlung vollständig selbst bezahlen; denn Rechnungen ausländischer Ärzte oder Krankenhäuser werden von der GKV nicht erstattet.

Einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland bezahlt die GKV ebenfalls nicht.

Für den Auslandsaufenthalt empfiehlt sich daher auf jeden Fall der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung.

(3) Auslandsreisekrankenversicherung

Der ins Ausland fahrende Tourist kann zwischen zwei Versicherungsarten wählen: Er versichert sich nur für die Zeit seines Auslandsaufenthaltes (Kurzzeitpolice) oder er schließt eine Jahrespolice ab, die von zahlreichen PKV-Unternehmen angeboten wird und die für mehrere Reisen innerhalb eines Jahres gilt. Die maximale Reisedauer beträgt in der Regel sechs Wochen.

Personen, die länger im Ausland bleiben möchten, können sich nach entsprechenden Tarifen privat gegen das finanzielle Risiko einer Krankheit absichern. Das Tarifangebot ist flexibel: So ist der Versicherungsschutz für einen Aufenthalt bis zu drei Monaten (kurzfristig), bis zu 12 Monaten (mittelfristig) und längerfristig bis zu fünf Jahren, unter Umständen mit Option auf Verlängerung, möglich.

Deutsche, die im Ausland leben und sich vorübergehend in der Bundesrepublik aufhalten, können ebenfalls Vorsorge treffen. Werden Gäste aus dem Ausland erwartet, bieten einige private Krankenversicherungsunternehmen auch diesem Personenkreis im Rahmen einer sogenannten „umgekehrten Auslandskrankenversicherung“ Versicherungsschutz für den Krankheitsfall.

Die Auslandsreisekrankenversicherung gewährt Versicherungsschutz bei unvorhersehbaren Erkrankungen sowie bei Unfällen. Sie umfasst außerdem einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland. Nicht zum Versicherungsschutz gehören:

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Auslandsreise waren.
- Behandlungen, deren Notwendigkeit bereits bei Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes eines Ehepartners oder eines Angehörigen angetreten wurde.
- Behandlungen anlässlich einer Beschäftigung im Ausland.

Ist eine Auslandsreisekrankenversicherung zum Beispiel für eine im Vorhinein feststehende Behandlung nicht möglich, dann kann die GKV die Kosten ausnahmsweise übernehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass eine Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthalts unverzüglich erforderlich wird und dass der Versicherte wegen seines Alters oder Vorerkrankungen keinen anderen Versicherungsschutz erlangen konnte. Diese Voraussetzungen müssen zudem von der Krankenkasse vor Beginn der Reise festgestellt worden sein. Die Kosten dürfen jedoch nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. Eine Kostenübernahme ist allerdings nicht zulässig, wenn Versicherte sich mit der ausdrücklichen Absicht einer Behandlung ins Ausland begeben.

Die privaten Auslandsreisetarife sehen auch die Erstattung von Überführungskosten bei Tod im Ausland vor. Ist ein Rücktransport innerhalb der vereinbarten Reisedauer aus medizinischen Gründen nicht möglich, so verlängert sich der Versicherungsschutz noch um eine befristete Zeit. Das Ende der Leistungspflicht ist in den einzelnen Tarifen geregelt.

Der Abschluss der Auslandskrankenversicherung ist unkompliziert; meist geschieht er durch Einsenden eines ausgefüllten, dafür vorgesehenen Zahlkartenabschnitts an ein Unternehmen der Privaten Krankenversicherung oder online. Man kann eine

solche Versicherung aber auch direkt bei einem Reisebüro abschließen.

19. Pflegepflichtversicherung

Für die Pflegepflichtversicherung gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Das heißt, wer in der GKV versichert ist, hat grundsätzlich seinen Pflegeversicherungsschutz in der Sozialen Pflegeversicherung zu unterhalten, und wer in der PKV versichert ist, muss sich in der Privaten Pflegepflichtversicherung versichern.

(1) Versicherter Personenkreis in der Sozialen Pflegeversicherung

Zum Versichertenkreis der Sozialen Pflegeversicherung gehören alle Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, das bedeutet alle versicherungspflichtigen und freiwilligen Mitglieder der GKV. Träger der Sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Ihre Aufgaben werden von der GKV wahrgenommen.

*§ 1 Abs. 2 und 3
SGB XI*

Zuständig ist ausschließlich die Pflegekasse der jeweiligen Krankenkasse. Ein Kassenwechsel ist also nur zusammen mit dem Wechsel der Krankenkasse möglich. Angehörige sind unter denselben Bedingungen wie in der GKV beitragsfrei mitversichert.

*§§ 20 Abs. 1,
21 SGB XI*

Eine Versicherungspflichtgrenze, wie in der Krankenversicherung, gibt es in der sozialen Pflegeversicherung nicht. Versicherungspflicht besteht solange, wie eine Krankenversicherung in der GKV besteht. Daneben bezieht das SGB XI auch Personen in die Versicherungspflicht ein, die nicht krankenversichert sind, jedoch nach Sondergesetzen Anspruch auf kostenlose Krankenversorgung haben, nicht aber auf dauerhafte Versorgung bei Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel Kriegssopfer, Zeitsoldaten).

(2) Befreiung gesetzlich krankenversicherter Personen

Freiwillige Mitglieder der GKV können sich auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn sie für sich und ihre Familienangehörigen eine nach Art und Umfang gleichwertige private Pflegeversicherung abschließen. Die Versicherten müssen ihren Versicherungsschutz so lange aufrechterhalten, wie sie krankenversichert sind. Der Antrag auf Befreiung kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Sie kann nicht widerrufen werden.

(3) Versicherung privat krankenversicherter Personen

Personen, die bei einem PKV-Unternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VG genügen, versichert sind, sind verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muss ab Beginn der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung eine Familienversicherung bestünde, gelten. Er muss Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. Der Antrag ist spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand.

§ 22 Abs. 1 und 2
SGB XI

§ 23 Abs. 1 SGB XI

Der Vertrag kann auch bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Das Wahlrecht ist auf sechs Monate beschränkt. Die Frist beginnt mit dem Eintritt der individuellen Versicherungspflicht.

§ 23 Abs. 2 SGB XI

Das private Krankenversicherungsunternehmen hat Privatversicherte, die trotz Aufforderung innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Krankenversicherungsvertrages keine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen haben, dem Bundesversicherungsamt zu melden. Ebenso müssen Versicherte gemeldet werden, die mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien in Verzug sind. Beides gilt als Ordnungswidrigkeit und kann mit einem Bußgeld von bis zu 2.500 Euro geahndet werden.

§§ 21, 51 Abs. 1 und 3 SGB XI

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer anteiligen (beihilfekonformen) privaten Pflegeversicherung verpflichtet, sofern sie nicht aufgrund ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV pflichtversichert sind. Das gilt auch für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse, die Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) sowie für die Heilfürsorgeberechtigten, das heißt Soldaten, Polizeivollzugsbeamte et cetera, außerdem für die Abgeordneten des Bundestages, des Europaparlaments und der Parlamente der Länder sowie für Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen des Bundes und der Länder. Die beihilfekonforme Pflegeversicherung ist so auszugestalten, dass ihre vertraglichen Leistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 14 Abs. 1 und 5 der Beihilfевorschriften des Bundes festgelegten Beihilfebemessungssätze ergeben, den vorgeschriebenen Schutz im Pflegefall gewährleisten.

§§ 23 Abs. 3 und 4, 24 SGB XI

(4) Beiträge

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt bundeseinheitlich (mit Ausnahme des Bundeslandes Sachsen) 1,95 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen; er wird per

§ 55 SGB XI

Gesetz festgelegt. Er beträgt für Versicherte mit Beihilfeberechtigung höchstens die Hälfte. Dazu kann noch der Zusatzbeitrag nach dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz (BGBl. I 2004, S. 3448) kommen: Seit dem 1. Januar 2005 zahlen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die keine Kinder haben, einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 Prozent. Vom Zusatzbeitrag ausgenommen sind zum Beispiel Mitglieder, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Arbeitslosengeld-II-Bezieher.

Die Beitragsbemessungsgrenze entspricht der Jahresarbeitsentgeltgrenze der GKV nach § 6 Abs. 7 SGB V und ist damit gleich hoch wie diejenige in der GKV.

Für Personen, die sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichern, wird der Beitrag nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss festgelegt. Der Zusatzbeitrag von 0,25 Prozent ist für die Private Pflegepflichtversicherung nicht zu entrichten. Der Beitrag darf den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen, wenn der Versicherte sich bereits zum 1. Januar 1995 privat pflegeversichern musste oder, bei späterem Beitritt, fünf Jahre privat kranken- oder pflegeversichert ist. Risikozuschläge sind nur zulässig, soweit die Vorgaben über den Höchstbeitrag eingehalten werden.

Hinsichtlich des Abschlusses von Versicherungsverträgen ist Folgendes zu beachten:

- Für die Versicherer besteht Annahmewang.
- Vorerkrankungen von Versicherten dürfen nicht ausgeschlossen werden.
- Es darf keine längere Wartezeit als in der sozialen Pflegeversicherung bestehen.

Kinder, die in der Sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert werden würden, sind in der Privaten Pflegepflichtversicherung ebenfalls beitragsfrei versichert.

§ 6 Abs. 7 SGB V
§ 55 Abs. 2 SGB XI

§ 110 Abs. 3
SGB XI, § 12 Abs. 1
VAG

Für Personen mit Vertragsschluss zum 1. Januar 1995 gilt darüber hinaus:

- Es gibt keine Wartezeiten.
- Es gibt keine Risikozuschläge.
- Ehe- oder Lebenspartner zahlen höchstens 150 Prozent des Höchstbeitrags, sofern ein Ehe- oder Lebenspartner Einkünfte von nicht mehr als einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bezieht (2012: 375 Euro). Für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

§§ 8 Abs. 1 Nr. 1, 8a und 18 SGB IV, § 110 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 g) SGB XI

(5) Beitragszuschuss

Die Regelungen zum Beitragszuschuss entsprechen grundsätzlich denen zur Krankenversicherung. Eine Ausnahme besteht lediglich in Sachsen, wo im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde. Hier trägt der Arbeitnehmer einen Anteil von 1,475 Beitragspunkten und der Arbeitgeber von 0,475 Beitragspunkten. Privatversicherte Arbeitnehmer erhalten einen maximalen Zuschuss nach einer entsprechenden Regelung. Im Übrigen gilt:

§§ 58, 61 Abs. 1 und 3, 6 SGB XI

- In der Sozialen Pflegeversicherung versicherte Arbeitnehmer erhalten einen Zuschuss von 50 Prozent zu ihrem Pflegeversicherungsbeitrag beziehungsweise der Arbeitgeber trägt die Hälfte des Beitrags. Den Zusatzbeitrag für Kinderlose trägt das Mitglied in vollem Umfang allein.
- In der Privaten Pflegepflichtversicherung versicherte Arbeitnehmer erhalten von ihrem Arbeitgeber die Hälfte des Pflegeversicherungsbeitrags als Zuschuss, maximal jedoch die Hälfte des Betrages, der für eine soziale Pflegeversicherung zu zahlen wäre.
- BAföG-Empfänger erhalten einen Zuschuss in Höhe von 11 Euro (§ 13a Abs. 2 Nr. 2 BAföG).
- Für Wehr- oder Zivildienstleistende übernimmt der Bund den gesamten Beitrag oder zahlt Privatversicherten einen entsprechenden Zuschuss.

(6) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Krankheiten oder Behinderungen im Sinne § 14 Abs. 1 SGB XI sind:

- > Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- > Funktionsstörungen der inneren Organe oder Sinnesorgane,
- > Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen oder Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die pflegebedürftigen Menschen werden nach der Häufigkeit und Dauer des Hilfebedarfs in drei Pflegestufen unterteilt:

- > **Pflegestufe I:** erheblich Pflegebedürftige = Hilfebedarf für wenigstens zwei Verrichtungen mindestens einmal täglich und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, und zwar wöchentlich im Tagesdurchschnitt wenigstens 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten für die Grundpflege
- > **Pflegestufe II:** Schwerpflegebedürftige = Hilfebedarf mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, und zwar wöchentlich im Tagesdurchschnitt wenigstens drei Stunden, davon wenigstens zwei Stunden für die Grundpflege
- > **Pflegestufe III:** Schwerstpflegebedürftige = Hilfebedarf rund um die Uhr, auch nachts, und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, und zwar wöchentlich im Tagesdurchschnitt wenigstens fünf Stunden, davon wenigstens vier Stunden für die Grundpflege.

§ 14 Abs. 1 SGB XI

§ 14 Abs. 2 SGB XI

§ 15 Abs. 1 Satz 1
SGB XI

Der Hilfebedarf erstreckt sich auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und auf die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Feststellung, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, erfolgt bei den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Für die privaten Krankenversicherer nehmen Ärzte der Medicproof Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH, einem Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., die Begutachtung vor. Sie beurteilen die Pflegebedürftigkeit nach den gleichen Grundsätzen wie der Medizinische Dienst der sozialen Pflegekassen. Um Einzelheiten der Pflegebedürftigkeit zu klären, kommt der vom ärztlichen Dienst beauftragte Arzt in den Wohnbereich des zu Pflegenden. Zu diesem Zweck wird vorher ein Termin vereinbart. Bei diesem Arztbesuch ist die Anwesenheit der Pflegepersonen, der Pflegekraft beziehungsweise des Vertreters der ambulanten Pflegeeinrichtung erforderlich.

(7) Individuelle Pflegeberatung

Personen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Pflegebedürftige, Ratsuchende im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, pflegende Angehörige, demenziell Erkrankte und ihre Familien) erhalten, haben seit Januar 2009 einen Anspruch auf kostenlose, individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin/einen Pflegeberater.

Für diese Pflegeberatung hat der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. ein eigenständiges Konzept entwickelt und eine eigene Gesellschaft ins Leben gerufen. Seit dem 1. Januar 2009 übernimmt die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH die Pflegeberatung für die PKV. Das Beratungsangebot der Privaten Pflegepflichtversicherung unterscheidet sich in zentralen Punkten von dem Beratungsangebot der Sozialen Pflegeversicherung. Während dort die Beratungsleistung in sogenannten Pflegestützpunkten an festen Standorten durchgeführt wird,

bietet die PKV für ihre Versicherten eine individuelle und aufsuchende Pflegeberatung an.

Diese Beratung findet beim Pflegebedürftigen direkt statt, sei es bei ihm zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Dadurch kann die Beratung zielgerichtet sowie lebenswelt- und alltagsorientiert sein. Im Zentrum stehen dabei immer die individuellen Wünsche, Interessen und Bedürfnisse der Ratsuchenden.

(8) Leistungen, Voraussetzungen

Die Pflegeversicherung gewährt häusliche und stationäre Pflege. Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, vor allem die erforderlichen Vorversicherungszeiten. Soweit in der Sozialen Pflegeversicherung Sachleistungen vorgesehen sind, gewährt die Private Pflegepflichtversicherung der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

Der Anspruch auf Leistungen der Pflegepflichtversicherung ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Hält ein bereits Pflegebedürftiger sich nur vorübergehend im Ausland auf, das heißt bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr, kann er Leistungen beanspruchen; Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI gibt es weiterhin. Erfolgt die Pflege in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums, dann hat die Soziale Pflegeversicherung nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs Pflegegeld auch dann zu gewähren, wenn der dortige Aufenthalt länger als sechs Wochen dauert. In der Privaten Pflegeversicherung, für die das erwähnte Urteil nicht maßgebend ist, werden Auslandspflegegeld und die Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen gezahlt.

§§ 28 Abs. 1,
33 SGB XI

§ 34 SGB XI

Als Sachleistungen der häuslichen Pflegehilfe erhalten Pflegebedürftige, auch wenn sie nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch Einzelpersonen können aufgrund eines Vertrages mit der Pflegekasse häusliche Pflegehilfe erbringen. Privat Pflegeversicherte erhalten Ersatz für die Aufwendungen. Die Leistungen in der häuslichen Pflegehilfe werden nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat:

Maximale Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste pro Monat

seit 1. Januar 2012

Pflegestufe I	450 Euro
Pflegestufe II	1.100 Euro
Pflegestufe III	1.550 Euro

In besonders gelagerten Einzelfällen der Pflegestufe III können weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro gewährt werden, wenn der Pflegeaufwand das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt (zum Beispiel bei Krebserkrankungen im Endstadium).

Anstelle häuslicher Pflegehilfe kann ein Pflegegeld beantragt werden. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Zahlung eines Pflegegeldes für die Betreuung durch Pflegepersonen¹ pro Monat

seit 1. Januar 2012

Pflegestufe I	235 Euro
Pflegestufe II	440 Euro
Pflegestufe III	700 Euro

¹ zum Beispiel durch Angehörige oder Bekannte

Pflegebedürftige, die ein Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich und bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch eine geeignete Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag besteht, abzurufen. Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden von der sozialen beziehungsweise privaten Pflegeversicherung der Pflegeperson übernommen.

(9) Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubs oder einer Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden die Kosten für eine Ersatzpflege für längstens vier Wochen im Kalenderjahr übernommen. Bei einer erwerbsmäßigen Ersatzpflege werden monatlich bis zu 1.550 Euro, bei einer ehrenamtlichen Ersatzpflege bis zu 700 Euro für Stufe III zuzüglich des Ersatzes von notwendigen Aufwendungen (Fahrtkosten, Verdienstausschlag) geleistet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Erstattet werden bei häuslicher Pflege (nicht aber bei Heimpflege) die Kosten für alle notwendigen Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen, soweit diese nicht von einem anderen Leistungsträger zur Verfügung zu stellen sind. Sie sollen zur Erleichterung der Pflege und zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen. Die technischen Hilfen, zum Beispiel Rollstühle, werden möglichst leihweise zur Verfügung gestellt. Beschafft der Versicherte das Hilfsmittel selbst, zum Beispiel weil eine Leihe nicht möglich ist, muss er zehn Prozent der Anschaffungskosten tragen, maximal aber 25 Euro je Hilfsmittel. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen.

Außerdem können Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewährt werden, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse sind nach dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen, sie dürfen aber einen Betrag von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege je Kalendermonat:

Maximale Erstattung der Kosten für teilstationäre Pflege pro Monat	
	seit 1. Januar 2012
Pflegestufe I	450 Euro
Pflegestufe II	1.100 Euro
Pflegestufe III	1.550 Euro

Neben Tages- und Nachtpflege kann häusliche Pflegehilfe beziehungsweise Pflegegeld gewährt werden. Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, § 43a SGB XI, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts (höchstens 256 Euro monatlich).

§ 42 SGB XI

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang geleistet werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Übernahme der Kosten der Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Diese kommt in Frage für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Der Anspruch auf eine solche Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.550 Euro im Kalenderjahr.

§ 43 SGB XI

Pflegebedürftige haben Anspruch auf dauerhafte Unterbringung in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendun-

gen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal:

Maximale Erstattung der Kosten für stationäre Pflege pro Monat

seit 1. Januar 2012

Pflegestufe I	1.023 Euro
Pflegestufe II	1.279 Euro
Pflegestufe III	1.550 Euro
Härtefälle	1.918 Euro

(10) Leistungen bei allgemeinem Betreuungsbedarf

Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II oder III mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (zum Beispiel aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen) erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen, die zweckgebunden für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und andere Betreuungsangebote zur Verfügung stehen. Diese Leistungen umfassen einen Betreuungsbetrag von bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) beziehungsweise 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Diese Leistungen erhalten seit dem 1. Juli 2008 auch Pflegebedürftige, die noch keine Pflegestufe erreichen (sogenannte Stufe 0), die jedoch einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung aufweisen. In vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem zusätzlichen Betreuungsangebot erstattet die private Pflegeversicherung entsprechende Zuschläge auf das Heimentgelt.

§§ 45a, 45b
SGB XI

(11) Pflegezeit

Bei Inanspruchnahme einer bis zu sechsmonatigen Pflegezeit (Arbeitsfreistellung von Personen, die Pflegebedürftige versorgen) übernimmt die Pflegepflichtversicherung die Beiträge zur

§§ 19, 44 SGB XI

Arbeitslosenversicherung für die Pflegeperson sowie Zuschüsse zu deren Kranken- und Pflegeversicherung. Angehörige von Personen, die unerwartet zu Pflegefällen werden, haben einen gesetzlichen Anspruch auf kurzzeitige Freistellung vom Arbeitsplatz für bis zu 10 Arbeitstage. Auch in dieser Zeit ist der freigestellte Arbeitnehmer sozialversichert. Für Pflegepersonen, also zum Beispiel für Angehörige von Pflegebedürftigen, werden Schulungskurse angeboten und die hierfür entstehenden Kosten übernommen.

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegeperson überweisen die Soziale Pflegeversicherung oder das private Versicherungsunternehmen, bei dem eine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen worden ist, sowie bei der Pflege beihilfeberechtigter und bei der Beihilfe berücksichtigungsfähiger pflegebedürftiger Personen auch die Beihilfefestsetzungsstelle Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und die versicherte Person ehrenamtlich wöchentlich wenigstens 14 Stunden in ihrer häuslichen Umgebung pflegt. Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in der Pfl egetätigkeit von der Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, erhalten auf Antrag die zu entrichtenden Beiträge an die Versorgungseinrichtung gezahlt. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen auch in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pfl egetätigkeit ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung Unterhaltsgeld beantragen.

(12) Ergänzende private Vorsorge für den Pflegefall

Zur Sozialen und Privaten Pflegeversicherung können private Zusatzversicherungen mit weiteren Leistungen bei Pflegebedürftigkeit abgeschlossen werden. Solche Zusatzversicherun-

gen werden entweder als Pfl egetagegeldversicherung oder als Pflegekostenversicherung angeboten. Die Pfl egetagegeldversicherung zahlt – gegebenenfalls nach Ablauf einer tariflichen Karenzzeit – für jeden Tag der festgestellten Pflegebedürftigkeit ein Tagegeld, und zwar ohne dass die tatsächlichen Kosten nachgewiesen werden müssen. Die Pflegekostenversicherung übernimmt einen vertraglich vereinbarten Teil der tatsächlich entstandenen Kosten bei stationärer und unter Umständen auch ambulanter Versorgung. Beiträge zu den privaten Zusatzversicherungen können als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der gesetzlichen Höchstgrenzen einkommensteuerrechtlich geltend gemacht werden (§ 10 EStG).

Abkürzungsverzeichnis

BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BGBL	Bundesgesetzblatt
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BhV	Beihilfavorschriften
EStG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
MB/KK	Musterbedingungen / Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
USG	Unterhaltssicherungsgesetz
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
ZDG	Zivildienstgesetz



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de