



Private Krankenversicherung für Beihilfeberechtigte

Ist es eigentlich schwer, die passende Krankenversicherung zu finden?

Starten möchte ich mit einer kleinen Geschichte. Stellen Sie sich einmal die folgende Situation vor:

Sie sind gerade mit dem Stadtbus an einem Bahnhof angekommen, in dem gerade mehrere Züge halten. Gleich müssen Sie sich für einen Zug entscheiden, in dem Sie für die nächsten 50 Jahre mitfahren müssen. Ein blauer Zug sieht elegant aus, ein roter schnell, ein gelber robust und der grüne vermittelt Hoffnung. Von außen sehen alle recht passabel aus. Wohin genau die Züge fahren, wissen Sie nicht, auch nicht, was Sie in den Zügen erwartet.

Eine Fahrkarte im mittleren Preisbereich kostet Sie 350,--€ im Monat, eine in der erste Klasse ca. 500,--€ und am Ende eines jeden Zuges können Sie im optisch ansprechenden „Überraschungswaggon“, eine Karte bereits ab 49,-€ monatlich lösen. Ob die Züge irgendwann anhalten, Sie jemals umsteigen oder in eine andere Klasse wechseln können, wissen Sie nicht.

Neben jedem Zug steht ein Reiseleiter und erzählt den Reisewilligen, wie schön der jeweilige Zug innen aussieht, dass Sie doch mit seinem Zug am besten fahren und teilt Fahrpläne aus, die Sie aber nicht verstehen, weil diese in einer anderen Sprache geschrieben sind. Ein Bekannter hat Sie gerade angerufen und Ihnen gesagt, dass er seit einem Jahr im roten Zug sitzt, der bisher nicht liegen geblieben ist und von einem Zugtester wissen Sie, dass der blaue Zug in einem der Wagen Ledersitze hat.

Entscheiden Sie sich bitte jetzt für Ihren Zug.

Kontaktdaten

Lars Ulrich Harms – Versicherungsmakler

Fachmakler für Private Krankenversicherung

und Berufsunfähigkeitsversicherung

Weingartenstraße 7, 35398 Giessen

e-mail: info@luhv.de

www.makler-harms.de

Telefon: 06 41 / 972 46 33

Register-Nr.: D-YXQ0-COQT2-59

Einleitung

Haben Sie sich ruhigen Gewissens für einen Zug entscheiden können? Wohl kaum. Niemand würde unter solchen Vorgaben eine Lebensentscheidung treffen.

Auch in der privaten Krankenversicherung kann die Entscheidung für den einen oder anderen Versicherer oder Tarif von existenzieller Bedeutung sein, denn die Unterschiede sind sehr groß.

Wenn Sie sich verdeutlichen, dass Sie in Ihrem Leben mehrere hunderttausend Euro für Krankheitskosten bzw. deren Absicherung ausgeben werden, wird schnell klar, dass die Entscheidung für einen bestimmten Versicherungstarif mit Kenntnis Ihrer Ansprüche und nicht aus dem Bauch heraus getroffen werden sollte.

Damit sie sich bei der Auswahl Ihres Versicherungsschutzes nicht alleine auf Ihr Glück verlassen müssen, habe ich Ihnen im Folgenden viele Informationen zusammengetragen und erläutere Ihnen mit diesem Leitfaden wichtiges Wissen zum System der Beihilfe und der ergänzende Versorgung mit einer privaten Krankenversicherung oder gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beihilfe- eine erste Übersicht

Was ist das eigentlich für eine Versicherung, die Beihilfe? Streng genommen liegt hier schon ein Denkfehler. Die Beihilfe ist keine Versicherung, sie ist eine Leistung des Dienstherrn an Beamte, die er im Rahmen seiner Fürsorgepflicht erbringt.

Durch die Beihilfe ist ein Teil möglicher krankheitsbedingter Kosten gedeckt. Der nicht gedeckte Teil muss über anderweitigen Schutz, die gesetzliche oder private Krankenversicherung, abgesichert werden.

Einen Rechtsanspruch auf Beihilfe haben Beamtinnen oder Beamte, Versorgungsempfänger(innen) oder auch frühere Beamtinnen und Beamte, wenn diese zum Zeitpunkt der Leistungserbringung diesen Status innehaben und Bezieher von z.B. Dienstbezügen, Amtsbezügen, Anwärterbezügen oder Ruhegehalt sind. zu den Beihilfeberechtigten können auch z.B. Richter(innen), Kirchenbeamte oder andere Bedienstete gehören, deren Arbeitgeber z.T. analog einen Beihilfeanspruch gewähren (z.B: verschiedene Banken, WDR, etc..)

Ferner können zu den Anspruchsberechtigten auch Familienangehörige (Ehegatten oder Kinder) von Beamten oder auch Heilfürsorgeberechtigten (z.B. Soldaten oder Polizisten) gehören. Dies ist von verschiedenen Faktoren wie z.B. der Einkommenshöhe des Ehegatten oder dem Familienzuschlag abhängig.

Eine besondere Schwierigkeit, pauschal gültige Aussagen zu treffen, ergibt sich dadurch, dass es in der Beihilfe keine einheitliche Regelung gibt. Die jeweiligen Ansprüche sind in den unterschiedlichen Beihilfeverordnungen des Bundes oder der Länder geregelt.

Die für Sie gültige Beihilfeverordnung bildet auch eine Grundlage bei der Auswahl des für Sie passenden ergänzenden Versicherungsschutzes.

Beihilfe, gesetzliche und private Krankenversicherung

Befassen wir uns zunächst, beginnend mit einigen Informationen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), mit den unterschiedlichen Systemen.

Ein Grundwissen zur gesetzlichen Krankenversicherung ist nämlich auch für Beihilfeberechtigte wichtig, zum einen, weil Sie vielleicht derzeit noch im gesetzlichen System „versichert“ sind (es vielleicht sogar bewusst oder aus mangelndem Wissen sind), zum anderen aber auch, weil ggf. Ihr Ehegatte gesetzlich versichert ist und sich daraus möglicherweise ein wichtiger Aspekt ergibt, den es zu prüfen gilt: Den richtige Versicherungsschutz für Sie, Ihre(n) Ehegattin(en) und Ihre Kinder.

Die grundsätzlichen Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung finden Sie im [Sozialgesetzbuch V](#).

Dort sind beispielsweise der versicherte Personenkreis, Versichertenstatus oder Leistungsarten und Ansprüche der Versicherten geregelt; auch die Grundlagen der Finanzierung, rechtliche Beziehungen von Leistungserbringern, Arten der Krankenkassen, Aufbau der Kassenverbände, die Regelungen zum Gesundheitsfonds und auch zur Finanzierung etc. sind in diesem Gesetz geregelt. In der gesetzlichen Krankenversicherung findest das so genannte Umlageverfahren Anwendung, was bedeutet, dass die Beitragseinnahmen unmittelbar zur Deckung von Leistungsausgaben (Krankheitskosten der Versicherten) verwendet werden. Rücklagen werden ggf. nur als „kurzfristiger Puffer“ und gemessen am Gesamtrisiko aller Versicherten in geringem, fast zu vernachlässigendem Maße, gebildet. (Einer der Gründe für ein zunehmendes, demografisch bedingtes, Finanzierungsproblem)

Versicherte / Patienten

Bei gesundheitlichen Problemen sucht der Kassenpatient den Hausarzt auf oder begibt sich bei stärkeren Beschwerden ggf. direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Mit Vorlage der Versichertenkarte belegt der Patient seinen Leistungsanspruch und der Arzt entscheidet über weitere Maßnahmen wie Behandlung, Überweisung zu einem Facharzt etc., ein für Patienten vergleichsweise komfortables Vorgehen. Diesen Anspruch auf Behandlung nennt man auch **Sachleistungsprinzip**.



Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich dieses Vorgehen für Patienten jedoch als sehr intransparent. Patienten erfahren in den seltensten Fällen, welche Diagnosen der Arzt im Detail stellt, abrechnet oder ob es Alternativen zur Diagnostik bzw. Behandlung gibt, die aber ggf. keine Kassenleistung und somit nicht abrechnungsfähig sind. Ausnahmen sind z.B. sogenannte IGeL Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen) die nicht abrechnungsfähig sind und die z.B. Ärzte ihren Patienten direkt in Rechnung stellen.

In Sachen Transparenz einen Schritt weiter ist man im Bereich der Zahnmedizin. Die „Kassenleistungen“ bewegen sich hier in im Rahmen einer Grundversorgung, im Bereich Zahnersatz werden teilweise nur Festzuschüsse geleistet und aufwendigere Arbeiten werden durch ein Gutachterverfahren der GKV überprüft. Hier werden i.d.R. Kostenvorschläge, so genannte Heil- und Kostenpläne, gefordert/erstellt und Patienten erhalten für hochwertige Versorgung Informationen und letztendlich auch nachprüfbar Rechnungen.

Die Beitragszahlung und das Abrechnungsverfahren ist in der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nur „vordergründig“ transparent. Vereinfacht wird folgendes Schema kommuniziert: Der Versicherte (ggf. sein Arbeitgeber) überweist den Beitrag an den Gesundheitsfonds und dieser verteilt das Geld an die Kassen, welche dann die Ärzte bezahlen. Eine solche Beschreibung ist allerdings so sehr vereinfacht, dass man die Richtigkeit in Frage stellen muss!

Auf der folgenden Seite habe ich Ihnen ein etwas umfangreicheres Schaubild über das System erstellt; selbst dieses ist noch sehr vereinfacht!

Wie sie sehen, ist das gesetzliche Krankenversicherungssystem doch nicht ganz so unkompliziert.

Die Versicherungsbeiträge, die Sie -ggf. über Ihren Arbeitgeber- entrichten, werden von den Kassen erhoben und dann dem Gesundheitsfonds zugeführt. Aus dem Fonds erhalten die Kassen dann Pauschalen zur Deckung der Kosten. Zum Beispiel erhalten Krankenkassen für Versicherte, die chronisch krank sind einen höheren Ausgleich aus dem Gesundheitsfonds den so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich kurz Morbi-RSA.

In der stationären Versorgung, also im Krankenhaus, werden die Regelleistungen im Rahmen so genannter Fallpauschalen (DRG's x Landesbasisfallwert) abgerechnet. Mehrleistungen für eine bessere Unterkunft wie Unterbringung 1- bzw. 2-Bettzimmer oder privatärztliche Leistungen wie z.B. die Behandlung durch Chefärzte fallen nicht unter den Leistungsanspruch und wären vom Patienten selber zu zahlen.

Wie bzw. auf welcher Basis bekommen nun aber die Ärzte in der ambulanten Versorgung das Geld für erbrachte Leistungen?

Eine Basis für zu erbringende Leistungen und Abrechnungen der Ärzte für gesetzlich Krankenversicherte ist der so genannte „Einheitliche Bewertungsmaßstab“ kurz EBM. Die Ausgestaltung des EBM verhandeln die Vertreter des Spitzenverbandes der Kassen gemeinsam mit den Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([KBV/KZBV](#) - Ärztevertreter), im Rahmen der Vorgaben des SGB V ([vergl. Bundesmantelvertrag SGB V § 87](#)). Ebenso die Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Versorgung (BEMA). Es gibt noch einige weitere Protagonisten und Regelungen im System, auf die ich aber an dieser Stelle aus Gründen der Vereinfachung nicht weiter eingehe.

Vergütung der Ärzte - Das Problem der Budgetierung

Die Vergütung der Ärzte erfolgt über die betreffende Kassenärztliche Vereinigung. Anhand ermittelter Durchschnittswerte bekommt ein Arzt eine „Behandlungspauschale“ pro Patient und Fall (ein Fall kann mehrere Untersuchungs-/Behandlungstermine beinhalten). Solche Pauschalen (ca. 35-45€) werden an verschiedenen Kriterien gemessen (z.B. Qualifikation oder Region). Behandelt er mehr als die quartalsweise kalkulierten Patientenzahlen, reduziert sich die Pauschale abhängig vom Ausmaß der Überschreitung. Bestimmte Leistungen, z.B. im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen, fallen nicht unter diese Reglementierung. Innerhalb der erbrachten Leistungen gibt es weitere Reglementierung wie z.B. Budgetierungen im Bereich der Arzneimittel- oder Rezeptverordnungen. Auch ist die Arbeitszeit von Ärzten (am Patient und im Büro) täglich begrenzt und auch die Zeit, die er in der Behandlung von Patienten verbringt, ist abhängig von der Leistung genau definiert, was zu einem Problem für Ärzte werden kann.



Nehmen wir einmal an, ein Arzt muss für eine erbrachte Leistung 15 Minuten Zeitaufwand dokumentieren. Er könnte diese Leistung also in einer Stunde bei 4 Patienten erbringen. Nun handelt es sich vielleicht um einen versierten Spezialisten, der für diese Leistung nur 10 min benötigt. „Prima“, könnte man meinen, „dann kann ja 6 Patienten in einer Stunde geholfen werden“!

Leider falsch! Sticht ein Arzt nämlich aus dem statistischen Durchschnitt heraus, so folgt ggf. eine Überprüfung (veranlasst durch seine KV). Es droht ihm ein Disziplinarverfahren und im Falle eines Abrechnungsbetruges ein Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft; mögliche Folgen: Strafen, Zulassungsentzug, berufsgerichtliches Verfahren, Berufsverbot.

Welcher Arzt setzt sich freiwillig einem solchen Risiko aus?

Eine mögliche Folge: „Den nächsten Termin haben wir für Sie in 3 Monaten...“.

Mit dem Wissen um Budgetierungen und Reglementierungen offenbart sich schnell, dass es nicht die Privatpatienten sind, die den Kassenpatienten die Behandlungszeiten „stehlen“, was vielfach behauptet wird; vielmehr lässt sich ein konzeptionelles GKV-Problem als offensichtliche Ursache ausfindig machen.

Entgegen dem, was einige Politiker Ihnen glauben machen wollen, kommt man makaberer Weise sogar eher zu dem Schluss, dass freiwillig GKV-Versicherte zwar solidarisch an der Finanzierung teilnehmen, jedoch gleichzeitig die Budgets belasten und Behandlungszeit der Versicherungspflichtigen „besetzen“. Der EMB unterscheidet sich übrigens erheblich vom Abrechnungsverfahren / Honorarverfahren, das beim Privatpatient und Beihilfeberechtigten Anwendung findet. (hierzu mehr, wenn es um das Thema Beihilfe und PKV geht)

Die Leistungen, die die verschiedenen gesetzlichen Kassen für Ihre Mitglieder erbringen, sind nebenbei bemerkt bis auf wenige Kostenpositionen (wie z.B. alternative Heilmethoden, Kurleistungen oder Vorsorgeleistungen), weitestgehend gleich.

Einige Paragraphen aus dem Sozialgesetzbuch möchte ich Ihnen im Folgenden gerne exemplarisch (verkürzt) vorstellen.

Wichtige Paragraphen, wenn es um die Wahl der Versicherungsmöglichkeit (auch von Ehegatten und Kindern) geht, sind z.B. die §§ 5,6 und 10.

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen
- 3....

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze ... übersteigt und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat;
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr ...

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren.

§ 10 Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen...
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind;...



Beamte sind übrigens i.d.R. selbst dann versicherungsfrei, wenn sie einen an sich versicherungspflichtigen Nebenjob ausüben! Kinder, deren einer Elternteil verbeamtet ist und der andere Mitglied einer gesetzlichen Kasse können sowohl einen Anspruch auf Familienversicherung als auch auf Beihilfe haben (siehe Mitversicherung von Kindern).

Im folgenden Leitfaden (und dem Kriterienfragebogen) befasse ich mich auch mit möglichen Leistungslimitierungen seitens der Beihilfe oder der privaten Krankenversicherung. Auch die GKV kennt Limitierungen. Wissen Sie, wo solche stehen?

Einige Beispiele aus dem [SGB V](#):

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Ein wichtiger Bereich, den Sie sowohl in den Beihilfeverordnungen als auch in den Tarifen der PKV wieder finden werden (wenn auch unterschiedlich ausgestaltet), sind die Kostenregelungen. Nehmen wir als Beispiel die Kostenübernahme für den Rücktransport aus dem Ausland im Krankheitsfall. Was sagt hierzu das Sozialgesetzbuch (die GKV)?

§ 60 Fahrkosten

(4) Die Kosten des Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. ...

Oft wird (zumindest kam es in meiner beruflichen Tätigkeit schon öfter vor) seitens der GKV / Versicherten argumentiert, dass diese einen offenen Hilfsmittelkatalog hätte. Das sehe ich nicht so. Offen bedeutet für mich, dass z.B. keine Einschränkungen hinsichtlich der Art eines Hilfsmittels bestehen. Überlegen Sie auch, welche Auswirkungen das Wirtschaftlichkeitsgebot (s.o.) haben könnte.

§ 33 Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder ... ausgeschlossen sind. ... Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, ... Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

§ 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

2. Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht...

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft ... unwirtschaftliche Arzneimittel ausschließen. Als unwirtschaftlich sind insbesondere Arzneimittel anzusehen, die ...nicht erforderliche Bestandteile enthalten ...

§ 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen...

Und ein letztes Beispiel zum Thema: „stationäre Versorgung in der GKV“:

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

Wie funktioniert das System der Beihilfe kombiniert mit einer gesetzlichen Krankenversicherung?



Für Beamte ist ein Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung in wenigen Fällen, bzw. Konstellationen der niedrigeren Besoldungsgruppen sinnvoll. Da es aber faktisch möglich ist, auch als Beamter gesetzlich versichert zu bleiben, möchte ich auch hierzu kurz informieren:

Ein erheblicher Unterschied zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der einen Seite und der Beihilfe sowie der privaten Krankenversicherung auf der anderen Seite, besteht darin, dass die gesetzliche Krankenversicherung das **Sachleistungsprinzip** vorsieht (Ausnahme s. [z.B. § 13 SGB V](#)), was nichts anderes bedeutet als: „Sie dürfen sich behandeln lassen“.

Beamte sind gem. § 6 SGB V versicherungsfrei. Es gibt in der gesetzlichen Krankenversicherung **keinen eigenen „Tarif für Beihilfeberechtigte“**. Auch bei der Berechnung des Beitrages gibt es in der GKV für Beamte keine „Sonderbehandlung“. Obwohl Beamte ggf. „zusätzlich“ einen Beihilfeanspruch bei ihrem Dienstherrn haben, wird zur Berechnung des Beitrages die volle Besoldung (unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze) zugrunde gelegt. Ein Dienstherr beteiligt sich **nicht** an den Beiträgen.

Als gesetzlich Versicherter zahlen Sie (so wie beispielsweise Selbständige) Ihren einkommensabhängigen Beitrag monatlich an Ihre Krankenkasse.

Dieser setzt sich, Stand 2015, zusammen aus dem verminderten Krankenkassenbeitrag 14%, dem Beitrag für die Pflegepflichtversicherung 2.25% (zzgl. 0,35% für Kinderlose) und je nach Kasse einem Zusatzbeitrag (derzeit 2015 bis zu 1,3%).

Höchstgrenze bei der Beitragsberechnung ist die Beitragsbemessungsgrenze kurz BBG. In 2015 liegt diese bei 49.500,--€ jährlich bzw. 4.125,--€ monatlich.

Diese Regelungen gelten auch für freiwillig versicherte Pensionäre (Beamte im Ruhestand)!

Beispiel: Ein Beamter in Besoldungsgruppe A13 ab Stufe 2 ohne Familienzuschlag zahlt bereits den Höchstsatz, 684,75 € (incl. Pflegeversicherung, zzgl. möglicher Zuschläge).

Beamte zahlen in der GKV also den vollen Beitrag, der einer 100%igen gesetzlichen Absicherung entspricht.

Für Familienangehörige kann im Rahmen des §10 SGB V Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung bestehen, was im Einzelfall geprüft werden muss.

Man könnte vermuten, dass gesetzlich versicherte Beamte mit GKV und Beihilfe überversichert sind, doch dem ist nicht so, denn die Beihilfe rechnet in der Regel die Leistung der GKV auf die Beihilfe an (von einigen wenigen Ausnahmefällen einmal abgesehen).

Über die Leistungen der GKV hinaus können gesetzlich versicherte Beamte (oder Angehörige) einen „ergänzenden“ Beihilfeanspruch haben, wenn die betreffende Beihilfeverordnung des Beamten Leistungen oberhalb des Umfangs der GKV vorsieht und ein entsprechender Anspruch solcher Mehrleistungen besteht. Man spricht dann auch von „Sachleistungsbeihilfen“. Die Ansprüche von Beamten, berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Kindern können hier unterschiedlich ausfallen. Im Zweifelsfalls sollten sich Betroffene vor einem Behandlungsbeginn von der Beihilfestelle einen Anspruch schriftlich bestätigen lassen (Personalnummer im Anschreiben nicht vergessen!)



Wichtig: Beachten Sie, dass sich Beihilfeansprüche ändern können, wenn ergänzend auch noch Krankenzusatzversicherungen bestehen. (siehe auch Kapitel: Beihilfeanspruch Anspruch von Angehörigen und Kindern)

Die Beihilfe

Wie eingangs beschrieben, handelt es sich bei Beihilfen um „Beteiligungen“ Ihres Dienstherrn an den Krankheitskosten von Beamten und ggf. Angehörigen.

Die bekanntesten Beihilfeverordnungen sind die des Bundes und der 16 Bundesländer. Zu beachten ist, dass die einzelnen Beihilfeverordnungen sehr unterschiedlich sein können. Es gibt zwar eine Reihe von Ländern, die als Maßstab die Beihilfeverordnung des Bundes zu Grunde legen, jedoch kann es immer landesspezifische Abweichungen geben und ebenso ist zu bedenken, dass sich Beihilferegeln individuell (bezogen auf den Dienstherrn) ändern können. Es gibt keine bundeseinheitliche Regelung!

Als kleinen Lichtblick kann ich Ihnen aber mit auf den Weg geben, dass die Beihilfeverordnungen zumindest was die Struktur betrifft ähnlich aufgebaut sind.

Zur Vereinfachung befassen wir uns mit 3 Bereichen:

- 1) Dem berücksichtigungsfähigen Personenkreis
- 2) Der Höhe der Beihilfen
- 3) Dem Umfang der Leistungen

Den Großteil des berücksichtigungsfähigen Personenkreises hatte ich Eingangs schon erwähnt.

Starten wir also gleich mit den Höhen der Beihilfen:

Die Höhe der Beihilfeleistung

Der Umfang der Beihilfen wird zunächst in Prozentsätzen ausgedrückt. Man spricht hier auch von „Beihilfesätzen“.

Derzeit gibt es in Deutschland die unterschiedlichen Bemessungssysteme der „familienbezogenen Beihilfesätze in Hessen und Bremen und der personenbezogenen Beihilfesätze in allen anderen Bundesländern und im Bund. Bei den familienbezogenen Beihilfesätzen steigt der Anspruch je berücksichtigungsfähiges Familienmitglied, während bei den personenbezogenen Sätzen je nach Familien- bzw. Versorgungssituation feste Beihilfesätze gelten.

Bemessungssätze in Hessen

Der Bemessungssatz beträgt (in %) für beihilfefähige Aufwendungen

- des alleinstehenden Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des verheirateten Beihilfeberechtigten 55 Prozent

Wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist oder der Gesamtbetrag der Einkünfte des nicht selbst beihilfeberechtigten

Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag (aktuell 8354,-- Stand 2014) überstieg.

Weitere Erhöhungen bspw.:

- für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger um 10 Prozent
- für jedes berücksichtigungsfähige Kind je um 05 Prozent (max. bis 70% amb.)

Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, bei dem das Kind tatsächlich im Familienzuschlag (Ortszuschlag) berücksichtigt wird.

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung erhöht sich der Bemessungssatz ähnlich den vorgenannten Stufen, allerdings ausgehend von dem Bemessungssatz des alleinstehend Berechtigten von 65%, höchstens jedoch auf 85 Prozent. Bei Pflegefähigkeit gelten darüber hinaus ebenfalls abweichende Sätze.

(Bremen hat eine von Hessen abweichende Beihilferegeln!)

Bemessungssätze des Bundes (und der meisten Bundesländer)

Der Bemessungssatz beträgt (in %) für beihilfefähige Aufwendungen

- des Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern 70 Prozent
- des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers 70 Prozent
- des berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 Prozent
- eines berücksichtigungsfähigen Kindes 80 Prozent
- einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist 80 Prozent



Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur ein Ehegatte 70 Prozent.

Sonderfall Baden Württemberg

In Baden Württemberg wurden zu 2013 die Beihilfesätze für Beamte, die ab dem 01.01.2013 verbeamtet werden, die Beihilfesätze drastisch gesenkt.

Bemessungssätze Baden Württemberg bis 2013

Der Bemessungssatz beträgt (in %) für beihilfefähige Aufwendungen

- | | | |
|---|------------|------------|
| • des Beihilfeberechtigten | 50 Prozent | 50 Prozent |
| • des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern | 70 Prozent | 50 Prozent |
| • des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers | 70 Prozent | 50 Prozent |
| • des berücksichtigungsfähigen Ehegatten | 70 Prozent | 50 Prozent |
| • eines berücksichtigungsfähigen Kindes | 80 Prozent | 80 Prozent |
| • einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist | 80 Prozent | 80 Prozent |

ab 01.01.2013

Regelung vor 2013: Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur ein Ehegatte 70 Prozent.

Sprechen Sie mich gerne an, wenn Sie eine Frage zu Ihrer individuellen Situation haben info@luhv.de

Es bleibt festzuhalten, dass keine 100% der Leistungen durch die Beihilfe gedeckt werden. Der verbleibende Eigenanteil muss durch eine Restkostenversicherung abgedeckt werden. Neben der prozentualen Beschränkung gilt es weitere Einschränkungen zu berücksichtigen.

Beispielsweise bestehen oft Zuzahlungsverpflichtungen bspw. bei Medikamenten oder in der Krankenhausunterbringung.

Auch haben einige Länder sogenannte Kostendämpfungspauschalen eingeführt. Das sind in der Regel einkommensabhängige „Selbstbeteiligungen“, die vom Beihilfeberechtigten zu erbringen sind, bevor die Kostenerstattung durch die Beihilfe möglich ist.

Kostendämpfungspauschalen am Beispiel Baden Württemberg:

Stufe	Besoldungsgruppe	Bis 31.12.2012		Ab 01.01.2013	
		Aktive	VE	Aktive	VE
1	A 6 bis A 7; EG 5 bis EG 7	94 €	75 €	90 €	75 €
2	A 8 bis A 9; EG 8 bis EG 9	94 €	75 €	100 €	85 €
3	A 10 bis A 11; EG 10	113 €	100 €	115 €	105 €
4	A 12; EG 11 bis EG 12	113 €	100 €	150 €	125 €
5	A 13 bis A 14; EG 13 bis EG 14	150 €	125 €	180 €	140 €
6	A 15 bis A 16; EG 15 EG 15 Ü	150 €	125 €	225 €	175 €
7	B 1 bis B 2	150 €	125 €	275 €	210 €
8	B 3 bis B 5	225 €	188 €	340 €	240 €
9	B 6	225 €	188 €	400 €	300 €
	B 7 bis B 8	338 €	300 €	400 €	300 €
10	Höhere Besoldungsgruppen	338 €	300 €	480 €	330 €

Der Umfang der Beihilfeleistungen

Nach dem kurzen Überblick über die berücksichtigungsfähigen Personen und die grundsätzliche Höhen der Kostenbeteiligungen der Dienstherrn werfen wir nun einen kurzen Blick auf das Abrechnungssystem und die Beihilfeleistungen.

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, wo die Versicherten in der Regel Sachleistungen beziehen, werden Beihilfen in der Regel als so genannte Kostenerstattung gewährt. Das bedeutet, dass der Dienstherr über die Beihilfestelle nach Vorlage einer Rechnung die beihilfefähigen Kosten erstattet.

Hier wird Ärzten also nicht vorgeschrieben, wie, in welchem Umfang, mit welchen Mitteln oder in welcher Zeit sie Patienten zu behandeln haben. Sie können mit Ärzten den Leistungsumfang vereinbaren und die Ärzte können sie grundsätzlich im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten behandeln. Natürlich gibt es auch hier gesetzliche Regelungen, die Einschränkungen sind aber bei Weitem nicht so erheblich wie im System der GKV. Sie müssen sich auch nicht zuerst an Ihren Hausarzt wenden und auch nicht zwingend Ärzte mit einer Kassenzulassung aufsuchen, sondern können sich auch an Privatärzte oder Fachärzte wenden.

So viel Freiheit bedingt natürlich einen „bewussteren Umgang“ mit der eigenen gesundheitlichen Versorgung und Absicherung, denn durch die Beihilfen werden längst nicht alle Leistungen, die Ärzte erbringen können, unbegrenzt gedeckt bzw. die Kosten erstattet. Es gibt auch hier Grenzen.

Grenzen der Kostenerstattung:

Ärztliche Leistungen werden nach den Gebührenordnungen der Ärzte (GOÄ) oder der Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Hier sind die abrechnungsfähigen medizinischen Maßnahmen mit einzelnen Beträgen aufgeführt.

Je nach Art und Umfang der erbrachten Leistung können die Behandler die dortigen Sätze mit einem Faktor multiplizieren, was man auch als „Steigern“ bezeichnet. Daher werden die Sätze auch „Steigerungssätze“ genannt.

Ohne, dass er dies näher begründen muss, darf der Behandler den 2,3 fachen Satz abrechnen. Diesen nennt man auch Regelsatz oder Schwellenwert.

Will der Arzt einen höheren Satz abrechnen, so muss er dies begründen, was z.B. durch eine aufwendige oder schwierige Behandlung möglich ist. Ohne dass er vom Patient eine Genehmigung benötigt, darf er bis zum 3,5 fachen Satz steigern. Diesen Satz nennt man auch Höchstsatz.

Liegen die Behandlungskosten eines Arztes über den Höchstsätzen, so kann er diese in Rechnung stellen, sofern er vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten eine gültige Honorarvereinbarung getroffen hat. Bei speziellen Behandlungsformen, besonders aufwendigen Behandlungen oder bei spezialisierten Ärzten kann dies der Fall sein. (Solche Honorare sind in der Regel nicht beihilfefähig)

„Privatpatienten bekommen schneller einen Termin, weil Ärzte 3,5 mal so viel abrechnen können, wie beim Kassenpatienten“. Oft gehört - völliger Unsinn! Wie sie mittlerweile wissen, beinhaltet der EBM (BEMA bei den Zahnärzten) das eigenständige Abrechnungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, während Privatleistungen über die eigenständigen Systeme der GOÄ bzw. GOZ abgerechnet werden.

Wie sich dies in der Praxis darstellt, können Sie im nachfolgenden Beispiel (Zahnärzte) sehen:

Leistung	Beihilfe / PKV				Zuschläge			GKV	
	Nr.	Gebühr	Gebühr	Gebühr	Nr.			Nr.	Betrag ¹
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach	0110	0120	OP		€
A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen									
Eingehende Untersuchung	0010	5,62	12,94	19,68				01	17,20
Aufstellung Heil- und Kostenplan nach Befundaufnahme	0030	11,25	25,87	39,40				x	x
Aufstellung Heil- und Kostenplan KFO oder FAL/FTL	0040	14,06	32,34	49,21				5	74,00
Abformung eines Kiefers, auch Teilabformung	0050	6,75	15,52	23,62				x	x
Abformung beider Kiefer	0060	14,62	33,63	51,18				7a/7b	14,74
Optisch-elektronische Abformung	0065	4,50	10,35	15,75				x	x
Vitalitätsprüfung	0070	2,81	6,47	9,84				8	5,73
Intraorale Oberflächenanästhesie	0080	1,69	3,88	5,91				x	x
Intraorale Infiltrationsanästhesie	0090	3,37	7,76	11,81				40	7,64
Intraorale Leitungsanästhesie	0100	3,94	9,05	13,78				41a	11,47
Zuschlag Anwendung Operationsmikroskop	0110	22,50						x	x
Zuschlag Anwendung Laser	0120	100 v.H.						x	x
B. Prophylaktische Leistungen									
Mundhygienestatus und eingeh. Unterweisung, mind. 25 Min.	1000	11,25	25,87	39,40				IP1/IP2	37,74
Kontrolle Übungsfolg, mind. 15 Min.	1010	5,62	12,94	19,68				x	x
Lokale Fluoridierung	1020	2,81	6,47	9,84				IP4	12,24
Lokale Anwendung Medikamente mit individueller Schiene	1030	5,06	11,64	17,72				x	x
Professionelle Zahnreinigung	1040	1,57	3,62	5,51				x	x

Bildquelle: Auszug Honorar-Ampel GOZ 2012 Quintessenz Verlag www.quintessenz.de/navigator

Das Beispiel zeigt, dass Abrechnungen auf privater Basis nicht immer höher sind als die Vergütungen, die seitens der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Abrechnungen im Rahmen der Regelsätze sind, sofern die Leistung grundsätzlich beihilfefähig ist, laut allen Beihilfeverordnungen beihilfefähig; in der Regel gilt dies auch für begründete Abrechnungen zum Höchstsatz.

Vergleicht man die Leistungsrahmen der unterschiedlichen Beihilfeverordnungen, so stellt man fest, dass viele Leistungen ähnlich sind. Dem Grunde nach können Kosten für ambulante, stationäre oder dentale Untersuchungen und Behandlungen, Arzneimittel, medizinische Hilfsmittel, Heilmittelanwendungen, Kur- oder Sanatoriumsleistungen, Pflegeleistungen, aber auch Präventionsmaßnahmen, Haushaltshilfen Beihilfen in Todesfällen und weitere Kosten beihilfefähig sein.

Die nachfolgende Übersicht zeigt beispielhaft einen möglichen Leistungsrahmen und potentielle Lücken:

	Beihilfe 50%	PKV
Freie Arztwahl	Beihilfeleistung	PKV Leistung
GOÄ bis Höchstsatz	Beihilfeleistung	PKV Leistung
GOZ bis Höchstsatz	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Keine Gebührenbegrenzung	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Heilmittel	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Hilfsmittel	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Zahnbehandlung	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Zahnersatz	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Heilkuren	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Reha	Beihilfeleistung	PKV Leistung
ambulante Transportkosten	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Psychotherapie	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Häusliche Behandlungspflege	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Vorsorgeuntersuchungen	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Schutzimpfungen	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Heilpraktiker	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Krankheitskosten während	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Krankenrücktransport aus dem Ausland	Beihilfeleistung	PKV Leistung
Nachversicherungsoption bei Beihilfefortfall	Beihilfeleistung	PKV Leistung
keine Zuzahlungen im Krankenhaus	Beihilfeleistung	PKV Leistung

Beihilfeleistung	
PKV Leistung	
Beihilfeergänzungstarif PKV	
Lücken in der Absicherung	

© Lars Ulrich/Harms 06.2014

Der genaue Umfang ist in den Beihilfeverordnungen und entsprechenden Anwendungs- bzw. Verwaltungsvorschriften geregelt. Auch hier bestehen zwischen den Landes- bzw. den Bundesbeihilfen Unterschiede. Daher kann zu den genauen Leistungsinhalten der Beihilfe keine pauschale Aussage getroffen werden. Es ist immer eine individuelle Betrachtung notwendig.

Größere Unterschiede findet man im Bereich der stationären Versorgung.

Die Kosten für Chefarztbehandlung und Unterbringung im 2-Bettzimmer sind bei Bund und in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen (Achtung: Hessen plant derzeit 2015 die Streichung der Wahlleistungen), Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen beihilfefähig.

Andere Bundesländer übernehmen Kosten nur im Bereich der Regelversorgung (Leistungsniveau der GKV).

Einige Beihilfeverordnungen sehen zudem Eigenleistungen (Zuzahlungen), derzeit zwischen 10,--€ und 35,--€ je Tag, bei einem Krankenhausaufenthalt (aktuell 28 - 31 Tage) vor.

Die Private Krankenversicherung

So wie beihilfeseitig findet auch in der private Krankenversicherung das Prinzip der Kostenerstattung Anwendung.

Ihr Versorgungsanspruch sowohl aus der gesetzlichen Krankenversicherung als auch Beihilfen seitens des Dienstherren ergibt sich aus den jeweils gültigen, betreffenden Gesetzen (bzw. Verordnungen). Gesetze oder Verordnungen können aber geändert werden und so kann sich hier der Versorgungsanspruch zum Positiven, aber auch zum Negativen entwickeln.

Bei privaten Krankenversicherungen handelt es sich um Unternehmen, die in Form von Aktiengesellschaften oder Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit am Markt auftreten, und Krankenversicherungsschutz auf Vertragsbasis anbieten. Hier schließt der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer einen privatrechtlichen, bindenden Vertrag. Ein privater Krankenversicherer darf die vertraglichen Bedingungen nicht zum Nachteil des Kunden (seiner Versicherungsnehmer) ändern.

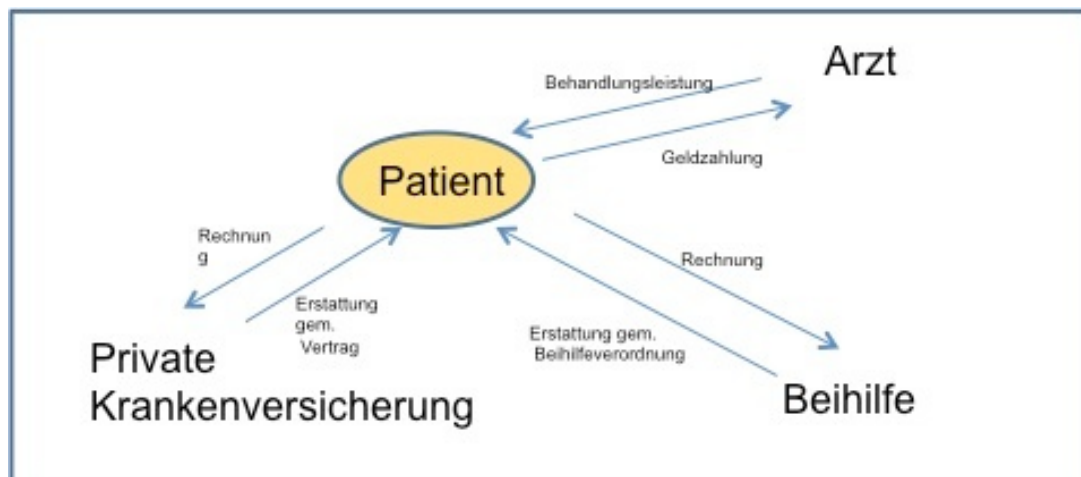
In der privaten Krankenversicherung findet das Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung keine Anwendung. Hier wird ein „Rückstellungsverfahren“ praktiziert, was vereinfacht dargestellt bedeutet, dass ein Teil der Beiträge (auch personenbezogen) zurückgelegt wird, um steigende Krankheitskosten, die mit zunehmendem Alter der/des Versicherten auftreten, ausgleichen zu können.

Da Sie eine private Krankenversicherung ggf. ein Leben lang begleiten wird, kommt der Auswahl des Versicherers und Tarifs erhebliche Bedeutung zu.

Zu den wichtigen Inhalten der Versicherungsbedingungen in der PKV später mehr!

Wie funktioniert das System der Beihilfe ergänzt mit einer privaten Krankenversicherung?

In der privaten Krankenversicherung bestehen vertragliche Verpflichtungen zwischen den handelnden Personen.



Als privat Krankenversicherter / Beihilfeberechtigter lassen Sie sich beim Arzt behandeln. Der Arzt schickt Ihnen für die von Ihm erbrachten Leistungen die entsprechende Rechnung, welche Sie bei der Beihilfe und Ihrer privaten Krankenversicherung einreichen. Diese erstatten Ihnen daraufhin Ihre Kosten. Aber, Sie haben auch hier nur auf die Kosten einen Erstattungsanspruch (Rechtsanspruch), die in der für Sie gültigen Beihilfeverordnung aufgeführt sind, beziehungsweise in dem von Ihnen abgeschlossenen privaten Krankenversicherungstarif genannt sind!

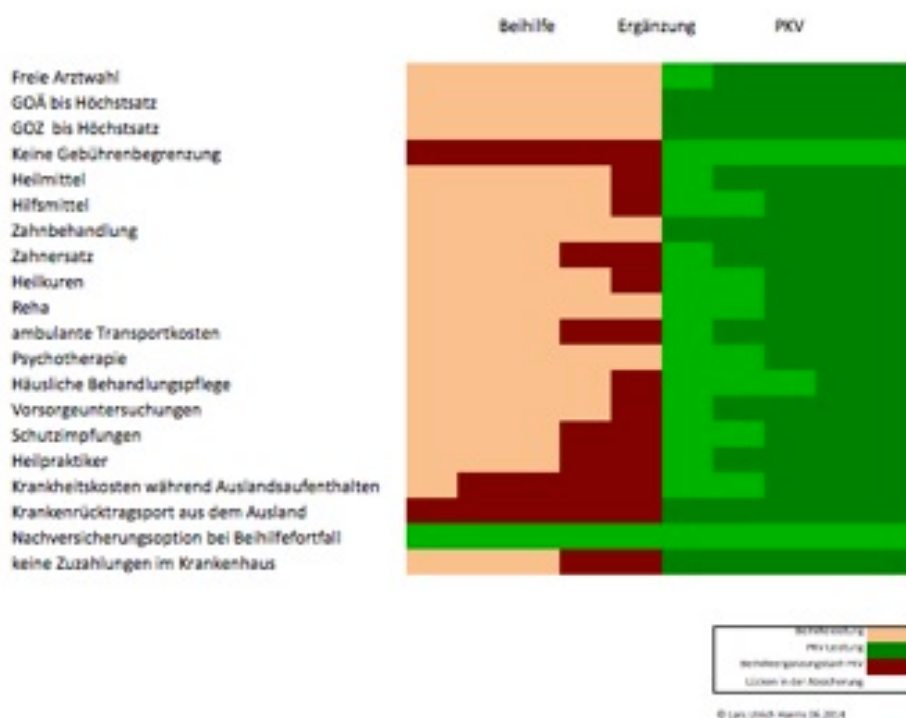
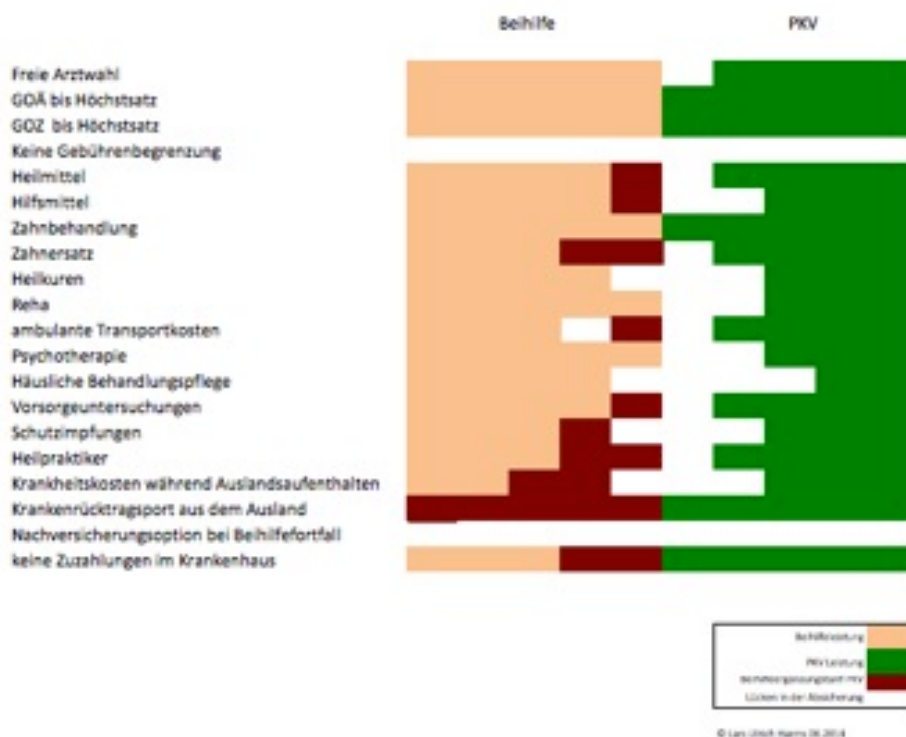
Im Unterschied zur GKV kann der Arzt all das leisten, was Sie wünschen und Ihnen dies entsprechend den gesetzlichen Vorschriften berechnen. Maßgebend ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ). Weiterhin ist auch eine Honorarvereinbarung möglich, die eine (fast) freie vertragliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient über das Honorar zulassen. Im vorherigen Kapitel hatte ich hierzu bereits einiges erläutert.

Für nichtärztliche Behandler gibt es übriges weitere Gebührenordnungen wie beispielsweise die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GoP) oder das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH).

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist es in der privaten Krankenversicherung möglich, den Versicherungsschutz unter Beachtung des Beihilfeanspruches bis auf 100% „aufzustocken“. Hier zahlt man also nur einen Beitrag, für den Umfang der Leistungen, die auch versichert werden.

Entsprechend ist es sehr wichtig, die Entscheidung für oder gegen die private Krankenversicherung, insbesondere für oder gegen Tarife und vertragliche Ausgestaltungen, grundsätzlich zu prüfen und sorgfältig zu überlegen, welche persönlichen Ansprüche (auch seitens der Beihilfe) bestehen und wie diese am besten versichert (bzw. ergänzt) werden können.

Das Schaubild auf der folgenden Seite verdeutlicht das „Zusammenspiel von Beihilfe und privater Krankenversicherung anhand der zwei Beispiele mit lückenhaftem und umfassenden Versicherungsschutz.



Noch eine kleine Anmerkung zum Punkt „Nachversicherungsoption bei Beihilfefortfall“. Schlauberger werden sagen, dass es doch den [§199 \(2\) im Versicherungsvertragsgesetz](#) gibt, der Beamten bei Beihilfefortfall zusichert, dass sie bestehenden Schutz auf 100% ohne Risikoprüfung aufstocken können. Stimmt, aber der § bezieht sich nur auf bestehende Tarife und die Umstellungsmöglichkeit ist zudem zeitlich befristet. Hier bestehen ggf. hohe Risiken - dazu aber später mehr.

Im Leistungsfall wird oft klar, dass Nachlässigkeiten bei der Auswahl teuer werden können. Solche Fehlentscheidungen sind später schwer oder gar nicht mehr zu korrigieren, daher nehmen Sie sich bei der Entscheidung und Auswahl genügend Zeit.

Wie und was zahlt die „Private“ und wann (nicht)?

Die Private Krankenversicherung zahlt auch nicht immer, egal wie die Rechnung aussieht. Auch hier gibt es Einschränkungen, Begrenzungen und Höchstgrenzen.

Vertragliche Grundlagen zur Erstattung sind:

1) Die **Musterbedingungen** (MB KK, MB KT)

Sie beinhalten die Forderungen des VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und erweitern/verändern sie. Um also Tarife zu vergleichen müsst(en) Sie alle Vertragsbedingungen und entsprechende Tarifbedingungen lesen und vergleichen. Was in Teil I noch vorhanden ist, kann auch in den Tarifbedingungen ausgeschlossen oder eingeschränkt sein.

2) Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) (Teil II)** bauen auf den Musterbedingungen auf. Hier sind verbessernde, aber auch einschränkende Formulierungen zu prüfen. Die Regelungen aus Teil I und Teil II sind bei den meisten Versicherern in einem Dokument zusammengefasst, wobei zunächst die Regelungen des Teil I im jeweiligen Paragraphen aufgeführt sind und dann häufig gleich unmittelbar folgend die Relativierung Teil II folgt. Diese sind dann meist durch farbige Markierungen oder geänderte Schriftarten (fett oder kursiv) hervorgehoben.

3) Der darüber hinaus für Sie wichtigste Abschnitt sind die Leistungen des Versicherers. Sie finden diese im jeweiligen **Tarif (häufig auch Teil III genannt)**, den Sie sich ausgewählt haben. (Achtung, es gibt Versicherer, die über 50 Tarifkombinationen in unterschiedlichen Tarifwerken anbieten!) Hier sind dann auch tarifspezifische Erweiterungen, Einschränkungen oder Klarstellungen zu finden. Wichtig ist auch: Was nicht im Tarif, den AVB aufgeführt ist, ist im Zweifelsfall im Leistungsumfang auch nicht enthalten und nicht erstattungsfähig.

Da auch die Beihilfeverordnungen einzelne Leistungsbereiche erläutern, sollten Sie als Beihilfeberechtigter, der sich ergänzend privat versichern möchte, auch hierauf immer ein Auge haben, denn der Schutz der privaten Krankenversicherer bildet nicht 100% der durch die Beihilfe gedeckten Kosten ab! Einige Tarife sind umfangreicher, einige haben teilweise erhebliche Lücken.



Um bei der Tarifauswahl an wichtige Punkte zu denken, stelle ich Ihnen exemplarisch einige vor. Im Downloadbereich auf der Homepage finden Sie Erläuterungen und einen Fragebogen mit Auswahlkriterien damit Sie sich Ihr Versicherungsprofil erstellen können.

Grundsätzliche Leistungsfragen

- Zukünftige Ereignisse. Bestehen vertragliche Optionen?
- Kann der Vertrag ohne größere Probleme einer geänderten Lebenssituation angepasst werden?
- Bindungen zwischen PKV und Beihilfe: Bestehen Verflechtungen?
- Werden alle Beihilfelücken geschlossen? (Beihilfeergänzungstarif)
- Sind Folgen von Kriegs- und Terrorereignisse versichert?
- In welchem Umfang werden ambulante und stationäre Transportkosten erstattet?
- Besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung für Rehabilitationsmaßnahmen (REHA), Anschlussheilbehandlung (AHB) und KUR:?

Leistungen in Deutschland (ambulant)

- Welche Bedingungen gelten bei der Arztwahl?
- Welche weiteren Behandler sind versichert z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Krankengymnasten, med. Bademeister, Heilpraktiker, Psychotherapeuten oder Kinder- / Jugendtherapeuten.
- In welchem Umfang sind Heilmittel bspw. Krankengymnastik, Massage, Kälte-bzw. Wärmebehandlung, Sprach-, Sprech-, Stimm- und Hörstörungstherapie, Ergotherapie - erstattungsfähig?.
- Gibt es Begrenzungen in der Erstattungshöhe / in welchem Gebührenrahmen sind Leistungen erstattungsfähig? (mit oder ohne Gebührenbegrenzungen?)
- In welchem Umfang sind Hilfsmittel erstattungsfähig? Bestehen Ausschlüsse (z.B. Hilfsmittel der Pflegeversicherung)
- Welche Regelungen bestehen zur ambulanten und stationären Psychotherapie?
- Welche Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen sind erstattungsfähig?

Leistungen in Deutschland (stationär)

- In welchen Krankenhäusern können Sie sich behandeln lassen? Bspw: öffentliche oder private Krankenhäuser, Hospize, Lazarette, Entbindungsheime, Rekonvaleszenten, Kurkliniken, Gemischte Anstalten, Sanatorien usw....
- Besteht ein Leistungsanspruch für Regelleistung oder Wahlleistung?
- Welche Regelungen gelten bei der Kostenerstattung von Krankenhausleistungen?
- Besteht Meldepflicht für Krankenhausaufenthalte?

Zahnleistungen in Deutschland

- In welcher Höhe und welchem Umfang sind Zahnleistungen erstattungsfähig?
- Bestehen Bindungen an die Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ)?
- Gibt es Einschränkungen bei Material und Laborkosten?
- Bestehen Preis- Leistungsverzeichnisse?
- Besteht eine Zahnstaffel? (wie hoch / wie lange?)
- Muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden?

Leistungen im Ausland

- Wo gilt Ihr Versicherungsschutz regional?
- Wie lange gilt der Versicherungsschutz im Ausland?
- Bestehen Einschränkungen bei der Kostenerstattung für das Ausland?
- Von welchen Behandlern können Sie sich im Ausland behandeln lassen?
- Unter welchen Voraussetzungen ist die Wohnsitzverlegung in das Ausland nach den Vertragsbedingungen möglich?
- Können Versicherer einseitig bei Auslandsaufenthalten Zuschläge erheben oder die Versicherung im Ausland verweigern?
- Werden die Kosten für einen Auslandsrücktransport im Krankheitsfall übernommen?

Sie sehen, dass es eine Vielzahl von Punkten und Kriterien gibt, die bedacht und beachtet werden müssen. Daher ist die Auswahl der privaten Krankenversicherung und des entsprechenden Tarifes ein langfristiger und wachsender Prozess, welcher Schritt für Schritt entwickeln werden muss.



Wenn Sie den Leistungsumfang eines PKV-Tarifes prüfen, sollten Sie nicht nur die Frage stellen „ob“ eine Leistung versichert ist, sondern „wie“ (in welchem Umfang).



Auf meiner Homepage unter www.makler-harms.de/downloads finden Sie nähere Informationen zu den Kriterien einen ausführlichen Fragebogen zu den Auswahlkriterien der PKV. Nutzen Sie diesen und erstellen Sie sich Ihr eigenes Profil zu dem von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie, dass Leitfäden, Kriterienfragebögen und Gesundheitsfragebogen konzeptionell auf meine Beratung und spätere Antragstellung abgestimmt sind.

Kulanz in der PKV

Vielleicht wurde Ihnen schon einmal ein Versicherer mit dem Argument empfohlen, er sei besonders kulant. Die sollte jedoch für Sie kein Entscheidungskriterium sein. Vielleicht erbrachte Kulanzleistungen aus der privaten Krankenversicherung sind nämlich grundsätzlich nicht zulässig, da diese z.B. in der privaten Krankenversicherung eine Veruntreuung von Versicherungsgeldern darstellen. Eine gesetzliche Grundlage hierzu finden Sie in der Kalkulationsverordnung: „Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung - KalV)“

Wenn Sie jahrelang gesund sind und Ihre Krankenversicherung nicht benötigen, möchten Sie sicher auch keine steigenden Beiträge, weil alle anderen aus Kulanz Erstattungen bekommen. Wie würden Sie reagieren, wenn Sie nach vielen Jahren eine Kulanzleistung benötigen würden (die andere zuvor erhalten haben), aber ausgerechnet Sie dann z.B. wegen einer geänderten Geschäftspolitik/Dienstanweisung diese nicht mehr erhalten? Man könnte es auch Willkür nennen und das ist sicherlich kein sozialer Aspekt!

Nehmen wir einmal an, Sie möchten in die private Krankenversicherung wechseln?

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, die alle Versicherungspflichtigen aufnehmen muss, kann der private Krankenversicherer auswählen, wenn er versichert. Diese Auswahl findet über eine Risikoprüfung statt. Es besteht für den Kunden also **kein** Rechtsanspruch auf den Vertragsabschluss.

Zwei Ausnahmen bestehen bei Beamten:

1) Nach der Gesundheitsreform müssen von Versicherungsunternehmen für „der PKV zugeordnete Personen“ ohne Risikoprüfung und ohne Aufschläge im so genannten Basistarif aufgenommen werden. Die Prämie und die Leistungen des Basistarifs orientieren sich an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. (diese Ausnahme gilt nicht nur für Beamte) Bei Beamten besteht die Möglichkeit der Restkostenversicherung.

2) Für gesetzlich versicherte Beamte, die vor 2005 bereits Beamte waren und neuverbeamtete Personen in den ersten 6 Monaten nach Ihrer Verbeamtung besteht ein Aufnahmewang in der privaten Krankenversicherung zu besonderen Konditionen. Bekannter ist dieser Zugang zur privaten Krankenversicherung als „Öffnungsaktion“. Informationen hierzu später mehr.



Die Risikoprüfung in der Privaten Krankenversicherung

In der Risikoprüfung überprüft der Versicherer, zu welchen Konditionen er eine Person versichern kann. Die Risikoprüfung ist wichtig und auch im Interesse der Versichertengemeinschaft, denn nur so ist es möglich, die voraussichtlichen Kosten zu kalkulieren und in der Folge auch die Beiträge stabil zu halten.

Bei der Risikoprüfung werden vom Versicherer verschiedene Bereiche geprüft:

- Höheres Kostenrisiko wegen bestehender / zurückliegender Erkrankungen (**Gesundheitsprüfung**)
- Mögliche Beitragsausfälle wegen schlechter Bonität, (**Bonitäts- und Einkommensprüfung**)
- Besondere berufliche Risiken
- zurückliegende oder weitere Versicherungsverhältnisse



Achtung: beantworten Sie immer alle Antragsfragen umfassend und ehrlich. Lesen Sie Anträge genau, damit Ihnen hier keine Fehler unterlaufen. Die Gesundheitsfragen sind zweifellos besonders wichtig, aber auch Fragen zum Einkommen, Beruf, Vorversicherung und weiteren Versicherungen sind in jedem Falle ausführlich und umfassend zu beantworten

Erkennt ein Versicherer, dass die zu versichernde Person ein höheres Kostenrisiko birgt, so hat er verschiedene Möglichkeiten, dem erhöhten Risiko gerecht zu werden. Der Versicherer kann den Schutz z.B. gegen Zahlung eines Zuschlages anbieten, Leistungsausschlüsse vereinbaren oder den Versicherungsschutz ablehnen.

Die Risikoprüfung führt der Versicherer zunächst anhand Ihrer Angaben im Versicherungsantrag durch. Reichen Ihre Angaben dem Versicherer zur Prüfung nicht aus, so kann er weitere Informationen bei Ihnen, oder z.B. Ihren Ärzten anfordern, so lange, bis er eine Entscheidung treffen kann.



Versuchen Sie bitte niemals durch eine falsche oder unvollständige Angabe oder das Verschweigen einer Angabe Versicherungsschutz zu bekommen.

Vollständige und wahrheitsgemäße Angaben gehören zu den (vor-)vertraglichen Obliegenheiten und ein Verstoß gegen die Obliegenheiten kann auch Jahre nach Vertragsschluss noch zum Verlust des Versicherungsschutzes führen und Sie in den finanziellen Ruin stützen.

Im nächsten Kapitel „Die Gesundheitsprüfung“ habe ich Ihnen ein Beispiel von Fehlangaben und deren Folgen näher beschrieben.



Wenn ein Vermittler versucht Ihre Angaben zu verharmlosen oder Ihnen erklärt, dass eine Angabe nicht wichtig ist (obwohl sie sehen, dass im Antrag danach gefragt wird) seien Sie vorsichtig und suchen sich im Zweifelsfalle lieber einen anderen Berater.

Ärgern Sie sich nicht über Rückfragen oder eine eingehende Risikoprüfung oder einen risikogerechten Zuschlag.

Akzeptieren Sie, dass ein Versicherer, der es mit der Risikoprüfung genau nimmt um die Beiträge seiner Versicherten stabiler zu halten, letztendlich auch in Ihrem Interessen handelt.

Die Gesundheitsprüfung



Jeder Versicherer stellt im Antrag Fragen nach dem Gesundheitszustand. Sie sind unterschiedlich formuliert, aber es ergibt sich folgendes Grundmuster:

Meist wird gefragt nach ambulanten **Behandlungen und Beschwerden** in den letzten 3 bis 5 Jahren, Krankenhausaufenthalten in den letzten 5 bis 10 Jahren, nach bevorstehenden Behandlungen, nach fehlenden Zähnen und ohne zeitliche Einschränkung nach schweren Erkrankungen und Behinderungen.



Achten Sie immer genau auf die genau auf die Formulierung der Fragen. Zeitlich unbegrenzte Fragen sind immer schwieriger zu beantworten als feste Zeiträume. Oft sind Fragen auch nicht gleich als offene Fragen zu erkennen:

Beispiel: Bestehen oder bestanden in den vergangenen 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten oder Folgen von Krankheiten oder Verletzungen. Eine solche Frage ist zeitlich nicht komplett begrenzt. Wenn beispielsweise eine Operation schon länger zurückliegt, so bleiben doch immer Folgen (Narben, Metall im Körper, entferntes Gewebe etc..) und dann sind in diesem Beispiel ggf. auch länger zurückliegende Erkrankungen anzeigepflichtig.

Ggf. kann Ihnen Ihr Arzt behilflich sein. Sie haben übrigens ein Recht auf Auskunft, auch wenn der Arzt das manchmal anders sieht. Ihr Recht auf Auskunft ergibt sich z.B. aus den [datenschutzrechtlichen Grundlagen](#) und/oder der ärztlichen Berufsordnung:

Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte § 10 Dokumentationspflicht

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) **Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten** auf deren Verlangen grundsätzlich in die sie betreffenden Krankenunterlagen **Einsicht zu gewähren**; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen der Ärztin oder des Arztes enthalten. **Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.**



Lassen Sie sich von Ihren Ärzten Kopien Ihrer Krankenakten geben. Bei unklaren Diagnosen sollte Ihr Arzt diese in einem kurzen Befundbericht erläutern. Sprechen Sie ggf. im Vorfeld mit dem Versicherer / Berater / Vermittler ab, welche Informationen für die Einschätzung benötigt werden. Informationen zu vergangenen Krankheitsdiagnosen und/oder Krankheitszeiten können Sie ggf. auch von Ihrer Krankenkasse erhalten.

Versicherer haben häufig unterschiedliche „Risikobewertungen“, nach denen sie Erkrankungen bewerten, Zuschläge erheben oder sogar den Vertragsabschluss ablehnen. Um sich nicht dem Risiko einer Ablehnung auszusetzen, sollten sie ggf. einen anonyme Ausschreibung in Betracht ziehen. Hierzu sollten Sie zweifellos einen qualifizierten Berater oder Versicherungsmakler konsultieren.

Was aber ist denn nun bei den Antragsfragen alles anzugeben?

Nun, näheres hierzu können Sie z.B. im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) nachlesen:

VVG: § 19 Anzeigepflicht (Auszug)

*(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten **Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. ...***

ANMERKUNG: Hier steht nichts davon, dass ein Antragsteller oder Vermittler entscheiden kann, welche Angaben für die Einschätzung des Versicherers wichtig sind und welche nicht! Der Versicherer hat dies zu entscheiden, denn er soll Sie versichern und Ihnen im Schadenfall die versicherte Leistung erbringen.

Das heißt zunächst also erst einmal: „ALLES, wonach im Antrag gefragt wird, ist auch anzugeben!“

Nun haben die meisten Versicherer in Ihren Anträgen Inhalte und Abfragezeiträume formuliert. Viele Kunden wiegen sich vermeintlich in Sicherheit und glauben, dass damit länger zurückliegende Erkrankungen nicht mehr anzugeben sind. Ist dem so?

Hierzu 2 Beispiele:

Versicherer 1: Waren Sie in den letzten 3 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Behandlern wegen Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten in Behandlung?

Versicherer 2: Bestanden in den vergangenen 3 Jahren Erkrankungen, Beschwerden oder Folgen von Krankheiten (z.B. Kreislauferkrankungen, Rückenbeschwerden, Allergien)

Erkennen Sie den Unterschied?

Frage 1 ist geschlossen formuliert:

Fanden in den letzten 3 Jahren keine entsprechenden Behandlungen statt, so besteht zu dieser Frage auch keine weitere Anzeigepflicht.

Im 2. Beispiel könnte das schon ganz anders aussehen:

Die **Frage nach Folgen** von Krankheiten, kann den Abfragezeitraum „unbegrenzt“ öffnen.

Beispiel: Wurde bei einem Jugendlichen eine Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) diagnostiziert, die in der Folge nicht mehr behandlungsbedürftig war, so bestand diese natürlich auch noch in den vergangenen 3 Jahren beim 30 jährigen Antragsteller und ist somit anzeigepflichtig.

Die **Frage nach Beschwerden** ist kaum zu beantworten, denn unter Beschwerden können ja auch beispielsweise Bauschmerzen, Kopfschmerzen, Kummer oder ähnliches fallen und wer ist schon über einen längeren Zeitraum völlig frei von Beschwerden? Probleme können hier auch entstehen, wenn die Beschwerden nicht von Ärzten untersucht oder behandelt wurden.

Beispiel: Eine Frau hat hin und wieder Kopfschmerzen, die sie aber selber mit Aspirin therapiert und im Antrag daher nicht angibt. 2 Jahre nach Antragstellung geht sie wegen erneuter Kopfschmerzen zum Arzt und gibt in der Anamnese an, seit vielen Jahren hin und wieder unter Kopfschmerzen zu leiden. Der Arzt behandelt eine Migräne und erfasst jahrelange Beschwerden im Befundbericht. Was glauben Sie, wie der Versicherer reagiert, wenn er vielleicht durch die Rechnung hiervon Kenntnis erlangt?

Ist Ihnen das kleine Kürzel „z.B.“ in der Klammer aufgefallen? Das ist keine abgeschlossene Aufzählung; „z.B.“ steht für „zum Beispiel“, also können auch alle anderen möglichen Krankheitsbilder hierunter fallen.



Sie sehen wie wichtig es ist, bei den Fragen genau hinzuschauen. Achten Sie auf öffnende Formulierungen. Bereiten Sie sich intensiv auf Ihre Antragstellung vor. Fehler können hier fatale Folgen haben!

Was kann passieren, wenn Sie bei der Beantwortung der Gesundheitsangaben Fehler machen? Die Folgen der Nichtbeachtung sind z.B. im Versicherungsertragsgesetz (VVG / nachfolgend auszugsweise aufgeführt) geregelt.

§ 19 (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

ANMERKUNG: Wurden zwischenzeitlich Zahlungen vom Versicherer geleistet und tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, sind diese ggf. zurückzuzahlen. Hinzu kommt: Beiträge gibt's nicht zurück.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu....

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

ANMERKUNG: Gerade in der Krankenversicherung (oder Berufs-/ Dienstunfähigkeitsversicherung) können also erhebliche Kosten mit existenzbedrohenden Folgen entstehen. Unterstellen wir einmal, dass Sie eine relevante Angabe nicht absichtlich oder grob fahrlässig verschwiegen, haben:

§19 (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Die finanziellen Belastungen sind hier ggf. nicht so gravierend wie beim Rücktritt des Versicherers. Welchen Versicherungsschutz aber wollen Sie für sich für die Zukunft beanspruchen? Was ist, wenn Sie zwischenzeitlich erkrankt sind und auch künftig die Leistung eines Spezialisten in Anspruch nehmen wollen?



Sein Sie also bei der Beantwortung der Fragen sehr sorgfältig und verschweigen Sie keine Vorerkrankungen. Informieren Sie sich, wenn Sie sich nicht sicher sind, bei Ihren Ärzten über die vorliegenden Diagnosen.



Zusammenfassender Hinweis: Geben Sie unbedingt alle Erkrankungen an, nach denen der Versicherer fragt, denn der Versicherer kann den Vertrag auch noch nach Jahren aufheben (anfechten, zurücktreten, kündigen), wenn sich dann erst herausstellt, dass Sie nicht alle Gesundheitsfragen umfassend und wahrheitsgemäß beantwortet haben. Es kann somit passieren, dass Sie bei falscher Beantwortung plötzlich ohne Versicherungsschutz dastehen (oder sich eben nur noch im Basistarif versichern können und somit auf GKV Leistungen bei hohen Beiträgen zurückfallen)

Ein Tipp für Wechsler der privaten Krankenversicherung:

Kündigen Sie nie Ihren bisherigen Versicherungsschutz, ohne bei der neuen Gesellschaft eine schriftliche Bestätigung der Annahme erhalten zu haben. Sonst besteht die große Gefahr, dass Sie eine Kündigungsbestätigung erhalten und der neue Versicherer Sie nicht aufnimmt.

Kommen Sie aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so relativiert sich dieses Risiko dadurch, dass, sofern Sie keine neue Krankenversicherung nachweisen, Ihre Kündigung unwirksam wird und die GKV fortbesteht.

Wechseln Sie aus einer privaten Krankenversicherung in eine andere, so könnte eher ein Problem entstehen, denn in der Praxis (was allerdings von Versicherern teilweise anders kommuniziert wird) kann es möglich sein, dass der alte Versicherer Ihnen zwar Schutz wieder anbietet (weil er dies muss) jedoch möglicherweise versuchen wird, Ihnen bei „Rückkehr“ nur den Basistarif zu offerieren –und Sie somit ggf. schlechter stellt. Ob das rechtlich zulässig ist, ist freilich fraglich. Überlegen Sie sich, ob Sie hier einen möglichen Rechtsstreit heraufbeschwören wollen? Mein Tipp: Halten Sie sich an den Eingangssatz, auch wenn Ihnen anderes vorgeschlagen wird, dann sind Sie auf der „sicheren Seite“.

Bevor Sie nun als Beihilfeberechtigter die „Flinte ins Korn werfen“ weil Sie wegen Vorerkrankungen keinen Versicherungsschutz erhalten würden, stelle ich Ihnen die nachfolgende Regelung vor:

Für Beamte besteht ggf. auch bei schweren Vorerkrankungen, die Möglichkeit sich privat zu versichern:

Die Öffnungsaktion

Dies ist eine Aktion der sich eine Vielzahl von Versicherern, die Mitglieder im Verband der privaten Krankenversicherung sind, angeschlossen haben. Hierdurch können sich Beamte, die anderweitig wegen Vorerkrankungen keinen Versicherungsschutz erhalten, mit einem maximalen Risikozuschlag von 30% versichern. Die Aktion gilt auch für Ehegatten von Beihilfeberechtigten und deren Kinder, sofern diese nicht im Rahmen der GKV z.B. versicherungspflichtig sind. Die Aktion ist zeitlich nicht befristet. Es besteht also auch die Möglichkeit, dass die Aktion umgestaltet wird, Versicherer nicht mehr teilnehmen oder die Aktion zu beendet wird.



Im Wesentlichen können zwei Gruppen von Beamten derzeit den Zugang in die PKV nutzen: **GKV versicherte Beamte** die am 31.12.2004 bereits Beamte waren und **Beamtenanfänger**.

Im Folgenden beschreibe ich einige Regelungen zur Öffnungsaktion für Beamtenanfänger:

Hierzu zählen: Beamte auf Probe, Beamte auf Zeit / Zeitsoldaten, Beamte auf Lebenszeit / Berufssoldaten aber auch z.B. Richter, Geistliche (sofern "beamtenähnlich").

Über dies gilt die Aktion für **Familienangehörige** der vorgenannten Gruppen (ab dem Zeitpunkt ihrer Berücksichtigungsfähigkeit!).



Tip: Für **Angehörige** sollte, sofern diese gesund, aber noch nicht berücksichtigungsfähig sind, ggf. gleichzeitig mit dem Antrag des Beamten / der Beamtin, eine **Anwartschaftsversicherung** abgeschlossen werden, die es dem Angehörigen später ermöglicht **ohne erneute Gesundheitsprüfung** in die PKV zu wechseln.

Wann muss der Versicherungsantrag über die Öffnungsaktion gestellt werden?

Innerhalb von 6 Monaten nach erstmaliger Begründung des Dienstverhältnisses/Entstehen des Beihilfeanspruches. Für Beamte, die bereits vor dem 31.12.2005 einen Beihilfeanspruch hatten, aber durchgehend in der GKV versichert waren, besteht eine Sonderregelung. Der Zugang sollte hier im Einzelfall geprüft werden.

Gefahr: Wenn Sie die Antragsfrist versäumen, haben sie später keine Möglichkeit mehr, sich über die Öffnungsaktion zu versichern!

Wie oft kann die Öffnungsaktion genutzt werden?

Je Berechtigtem einmalig.



Beachte: Dies bedeutet nicht, dass Sie nur einen Versicherer anfragen (Probeantrag) können oder nur einen "normalen" Antrag stellen können (Bitte im Einzelfall prüfen - einige wenige Versicherer sehen dies anders!). Lediglich der Versicherungsantrag über Öffnungsaktion kann nur einmal genutzt werden.

Auch kann es Ausnahmen geben (z.B. bei Kindern die wiederholt Berücksichtigungsfähigkeit erlangen). Der Zugang sollte immer individuell geprüft werden.

Grundsätzliche Zusagen der Öffnungsaktion

- Es erfolgt keine Ablehnung durch beteiligte Versicherer.
- Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.
- Zum Ausgleich eines erhöhten Kostenrisikos darf der Versicherer einen Zuschlag fordern. Dieser Zuschlag darf allerdings maximal 30% des Tarifbeitrages betragen.



Achtung, der Kontrahierungszwang entbindet Sie nicht von Ihrer Anzeigepflicht und den ehrlichen und umfassenden Angaben im Antrag!

Welchen Schutz kann man über die Öffnungsaktion erhalten?

Der Versicherungsschutz kann, unter Beachtung des Beihilfeanspruches, auf zusammen 100% aufgestockt

werden und sollte im privat abgesicherten Bereich inhaltlich dem Schutz der Beihilfe entsprechen. Doch Versicherer haben oft sehr unterschiedliche Tarife - derzeit bietet kein privater Versicherer über die Öffnungsaktion den exakt gleichen Leistungsumfang wie ihn die Beihilfeverordnungen bieten (der Schutz kann in einzelnen Punkten besser oder auch schlechter sein).

Wichtig: Versicherer sind nicht verpflichtet, bei Anträgen über die Öffnungsaktion ergänzenden Schutz zur Schließung von Lücken in der Beihilfe anzubieten. Lücken können beispielsweise bei ergänzenden Zahnleistungen, ambulanten Behandlungen, Auslandsleistungen mit Krankenrücktransport, Leistungen für Psychotherapie, Heilpraktiker und Naturheilverfahren, Krankenhaustagegelder oder Kurleistungen auftreten.

Und es gibt weitere Einschränkungen und Risiken, die oft unterschätzt werden!

Es ist zu bedenken, dass die **Öffnungsaktion** kein Gesetz ist. Vielmehr ist eine Selbstverpflichtung einiger (nicht aller!) Versicherer, die Öffnungsaktion gemäß den Vereinbarungen mit dem PKV Verband umzusetzen. Dies bedeutet aber auch, dass es seitens der Annahmerichtlinien und seitens den angebotenen Tarifen zum Teil erhebliche Unterschiede in der Auslegung und Anwendung geben kann! In sofern können sich einige nachfolgend geschilderte Gefahren und Risiken sich auch nur auf einzelne oder wenige Versicherer beschränken!

Erhebliche Gefahr: Einige Versicherer vereinbaren (derzeit) den Verzicht auf Leistungsausschlüsse, oder die Begrenzung der Zuschläge auf 30% nur für die Zeit des Beihilfeanspruches und vereinbaren für die Zeit danach in der Police Ausschlüsse und/oder Risikozuschläge, die ein Vielfaches des Tarifbeitrages bedeuten können! Existenzbedrohend können solche Klauseln z.B. für Beamte auf Zeit, Angehörige von Beamten oder Beamten, die den Beamtenstatus aufgeben, werden!

Beamte haben auch als Singles bereits bei der Auswahl ihres Krankenversicherer also eine erhebliche Verantwortung für Angehörige, denn selbst wenn der gesunde Beamte heute einen umfassenden Schutz erhält, so kann die falsche Versichererwahl dazu führen, dass später hinzukommende Angehörige aufgrund Vorerkrankungen plötzlich einen erheblich schlechteren Schutz bekommen. Alle vorgenannten Gefahren können auf Angehörige auch Jahre nach Ihrer heutigen Vertragswahl noch zukommen, wenn Sie bei der Versichererauswahl nachlässig sind!

Verstehen Sie mich bitte nicht falsch! Für viele Beamte ist die Öffnungsaktion ein Glück und oft die einzige Möglichkeit Versicherungsschutz in der PKV zu bekommen. Ich möchte Sie lediglich davor warnen, vorschnell eine falsche Entscheidung bei Ihrer Versichererwahl treffen.

Dies war lediglich ein kleiner Auszug von Punkten, die zu beachten sind. Treffen Sie daher Ihre Entscheidung nicht voreilig und konsultieren Sie in jedem Fall einen Fachmann, der Ihnen bei der Vertragsauswahl hilft.

Die Beitragsberechnung



In der privaten Krankenversicherung wird der Beitrag individuell berechnet. Das bedeutet, dass jeder / jede Versicherte einen Beitrag zahlt, der abhängig ist vom Umfang des gewünschten Versicherungsschutzes und von der Person **beim Eintritt** in die private Krankenversicherung. Besonders wichtig für die personenbezogene Berechnung des Beitrages sind hierbei das Eintrittsalter und eventuelle Vor-erkrankungen.

Da an den persönlichen Daten nichts zu ändern ist, kann der Beitrag nur durch die Auswahl der Tarife beeinflusst werden: Sie als Kunde / Kundin können bei fast allen Gesellschaften zwischen Tarifen mit Grundleistungen bzw. Basisleistungen und Tarifen mit gehobenen Leistungen, z.B. privatärztlicher Behandlung, verbesserter Auslandsgeltung, umfassenden Hilfsmitteln und Zahnleistungen etc. wählen.

Weiteren Einfluss auf den Beitrag haben Sie ggf. durch die Übernahme eines Selbstbehaltes: Wenn der / die Versicherte bereit ist, einen Teil der Kosten selbst zu tragen, wird der Beitrag reduziert.

Achtung: Es gibt absolute Selbstbehalte mit festen Summen, und es gibt prozentuale Selbstbehalte, z.B. 15% Eigenanteil bei jeder Rechnung. Bei diesen prozentualen Selbstbehalten ist es sinnvoll, wenn eine Obergrenze für Ihre eigenen Zuzahlungen besteht, weil Sie so die Kosten besser kalkulieren können. Auch Beamten werden teilweise Tarife mit Selbstbeteiligungen angeboten. Prüfen Sie in diesem Fall, ob es sich für Sie langfristig lohnt, Beitrag zu sparen, und stattdessen im Leistungsfall ggf. geringere Leistungen zu erhalten. Denken Sie daran, dass im Rahmen der Beihilfe bereits Selbstbehalte in Form von Zuzahlungen oder Kostendämpfungspauschalen bestehen können.

Weiterhin muss zwischen einem ambulanten Selbstbehalt und einem Selbstbehalt auch über dentale und stationäre Behandlungen unterschieden werden. Bei einigen Gesellschaften sind Vorsorgeuntersuchungen (teils nach vorgegebenen Listen) ausgeschlossen, diese werden dann ohne eine Anrechnung auf die Selbstbeteiligung erstattet. Ob und in welcher Höhe eine Selbstbeteiligung sinnvoll ist, muss individuell entschieden werden. Bitte beachten Sie aber in jedem Fall die erforderliche (von mir empfohlene) Rücklage von mindestens zwei Jahresselbstbeteiligungen.



Falls Sie Tarife mit Selbstbeteiligungen in Betracht ziehen, sollten Sie bedenken, dass bereits einige Länder Kostendämpfungspauschalen eingeführt haben (beihilfeseitige Eigenbehalte). Eine zukünftige Erhöhung solcher Pauschalen ist nicht ausgeschlossen und so könnten in der Addition mit Selbstbeteiligungen der PKV größere Belastungen entstehen.

Kostendämpfungspauschalen können in der Regel nicht über die PKV abgesichert werden!

Versteckte Selbstbehalte

Achten Sie auch auf „versteckte Selbstbehalte“. Dies können z.B. Eigenleistungen sein, die auf den ersten Blick nicht oder nur schwer erkennbar sind. Beispielsweise eine Beschränkung der Sitzungsanzahl in der Psychotherapie, Hilfsmittel in einfacher Ausführung (oder z.B. bis maximal 1.000), Heilmittel gem. Verzeichnis, Kosten bei Behandlung im Ausland wie im Inland und so weiter.... können bedeuten, dass Sie die darüber hinausgehenden Kosten „aus eigener Tasche“ zahlen müssen.



Gibt es denn auch Geld zurück?



Oft „belohnt“ der Versicherer seine Kunden, die keine Leistungen eingereicht haben, mit einer Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder Beitragsreduzierung. Dies sind Systeme, bei denen im folgenden Jahr Anteile des gezahlten Beitrages zurück überwiesen oder die aktuellen Beiträge reduziert werden, wenn keine Rechnungen eingereicht werden. Daher ist es sinnvoll zu kalkulieren, ob Rechnungen an den Versicherer eingereicht werden. (siehe hierzu auch Abschnitt: Beitragsrückserstattung)

Die Höhe des Beitrages

Die wesentlichen Faktoren, die die Höhe des Beitrages bestimmen, sind Leistungswahrscheinlichkeit, die Risikoprämie, die Wahrscheinlichkeit von Vertragsstornierungen, die aktuellen Sterbetafeln, die Rückstellungen und die Kosten des Vertrages (auch Vertriebskosten) des Versicherers. Zusätzlich fließt in den Beitrag noch eine **Alterungsrückstellung** zur weiteren Beitragsstabilisierung ein. Daher zahlen Sie, wenn Sie als junger Mann / junge Frau eintreten, erst einmal mehr, als Sie voraussichtlich an Kosten verursachen werden. Diesen Abschnitt kann man als „Sparphase“ bezeichnen, es werden Alterungsrückstellungen gebildet. Übersteigen dann später die eingereichten Rechnungen den gezahlten Beitrag, beginnt die „Entnahmephase“, und die Alterungsrückstellungen werden aufgelöst. (siehe auch Thema Beitragsentwicklung)

Für jede seit dem 1.1.2000 neu abgeschlossene private Krankenversicherung muss ein gesetzlicher Zuschlag von 10% auf alle Vollkostentarife von Versicherten zwischen 21 und 60 Jahren berechnet werden. Weitere Infos hierzu finden Sie unter „Gesetzlicher Zuschlag“.



Seien Sie vorsichtig, wenn Tarife erst seit kurzem „auf dem Markt“ sind. Ein neuer Tarif wird oft preiswert kalkuliert um einen guten Markteinstieg zu haben. Dabei kam es in der Vergangenheit auch vor, dass Versicherer es mit der Risikoprüfung nicht so genau nahmen, was teilweise zu massiven Beitragssteigerungen nach wenigen Jahren führte - Heute sind diese Tarife beliebte Negativbeispiele für die Presse.

Eine Beitragssteigerung findet auch dann statt, wenn die Sterbetafeln neu kalkuliert werden. Diese ist vereinfacht erklärt- eine Tabelle in der festgeschrieben ist wie lange ein heute geborenes Baby heute statistisch gesehen leben wird. Durch medizinischen Fortschritt, bessere Lebens- und Umweltbedingungen und bessere medizinische Versorgung leben wir länger. Was für uns vielleicht schön ist, ist für die Krankenversicherung einer der wichtigen Gründe für die Steigerung von Beiträgen, denn je länger Sie leben, desto länger brauchen Sie auch medizinische Leistungen.

Bisex oder Unisex?

Bis zum 21.12.2012 wurde in der Beitragskalkulation auch noch nach dem Geschlecht von Versicherungsnehmern/nehmerinnen unterschieden. Frauen zahlten bis dato (u.a. aufgrund der durchschnittlich längeren Lebensdauer) höhere Prämien als Männer (mit gleichem Alter / Gesundheitszustand.) Diese geschlechtsabhängige Unterscheidung wurde gerichtlich verboten und wird seit 21.12.2012 in der Beitragsberechnung nicht mehr angewendet. Wenn Sie sich heute neu versichern, erhalten Sie ausschließlich Unisextarife, die nicht mehr geschlechtsabhängig kalkuliert sind. Versicherte, die noch in älteren Tarifen versichert sind, können auch in die „neue Tarifgeneration“ wechseln ([siehe auch §204 VVG](#)). Ein solcher Wechsel sollte aber gut überlegt sein und keinesfalls ohne fachkundige Beratung vorgenommen werden.

Tarif- und Versichererwechsel

Dieser Leitfaden richtet sich in erster Linie an Beamte, die erstmalig vor dem Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung stehen. Da ich aber vielfach auch von Versicherten in der PKV angesprochen werde, die mit Ihrer ursprünglichen Tarifwahl, sei es wegen unzureichender Bedingungen oder aus Beitragsgründen, nicht mehr zufrieden sind, möchte ich Sie auch hierzu kurz informieren.

Wie bereits zuvor angedeutet, besteht zunächst die Möglichkeit beim bestehenden Versicherer zu prüfen, ob hier im Tarifangebot ein Tarif vorhanden ist, der Ihrem Leistungsanspruch eher zusagt, als der Tarif, in dem Sie sich ggf. befinden. Im Versicherungsvertragsgesetz §204 ist geregelt, dass Sie unter bestimmten Voraussetzungen Ihren Tarif wechseln können. Bisher erworbene Alterungsrückstellungen bleiben hierbei sogar erhalten und werden auf den neuen Tarif angerechnet.

Aus diesem Umstand heraus hat sich am Markt das Geschäftsmodell entwickelt, das Ihnen z.B. Versicherungsberater oder auch Versicherungsmakler anbieten, Sie gegen Zahlung eines Honorares beim Tarifwechsel zu unterstützen. Solche Honorare betragen nicht selten ein vielfaches einer eventuellen Beitragsersparnis.

Der Erfolg eines solchen Wechsels ist aber häufig zweifelhaft. Hierfür gibt es mehrere Gründe, z.B.:

- Gleiche Leistungen gibt es fast nie - die Bewertung von Mehr- oder Minderleistungen ist extrem schwierig und mit Vergleichsprogrammen nicht hinreichend darstell- bzw. bewertbar!
- Um eine möglichst große Prämiedifferenz zu erreichen werden ggf. Tarife mit geringeren Leistungen / höheren Selbstbehalten empfohlen.
- Niemand kann Ihnen garantieren, dass ein heute billiger Tarif auch morgen noch billig ist. Das Risiko in einen zu billig kalkulierten „Jungtarif“ zu wechseln und schon bald höhere Beitragsanpassungen zu erleben ist nicht unwahrscheinlich.
- Der Rückweg in „ältere Tarife“ ist ggf. nicht mehr möglich.

Häufig werden auch Versichererwechsel empfohlen. Wenn dies aus Leistungsgründen geschieht, weil der bestehende Versicherer keinen adäquaten Tarif bietet, ist dies vielleicht noch nachzuvollziehen. Ein Wechsel aus Beitragsgründen ist in den seltensten Fällen sinnvoll. Bei einem Versichererwechsel z.B.:

- gehen Alterungsrückstellungen verloren (seit 2009 größtenteils - bei länger Versicherten komplett)
- findet eine erneute Risikoprüfung statt (Risiko Anzeigepflichtverletzung / Verjährungsfristen beginnen neu)
- können erworbene Rechte verloren gehen (z.B. Anspruch auf Wechsel in den Standardtarif bei vor 2009 Versicherten).

Beide Schritte sollten nur bedacht, erst wenn Sie Vor- und Nachteile kennen und unter fachkundiger Anleitung vorgenommen werden!



Besser: Wählen Sie Ihren Versicherer und Tarif von Beginn an sorgfältig aus. So reduzieren Sie das Risiko einer falschen Auswahl und der Gefahr, später einen Wechsel vornehmen zu müssen.

Beitragsentwicklung

Oft haben Kunden Angst vor steigenden Beiträgen im Alter. Ich habe es schon öfter erlebt, das sich auch die GKV diese Angst zu Nutze macht und Ihre Versicherten vor der PKV warnt , weil dort die Beiträge im Alter besonders teuer werden können. Oft fällt hier auch der Begriff der Vergreisung. Gemeint ist hiermit, dass Versichertenkollektive, also die in einem Tarif versicherten Personen, wenn keine jungen Versicherten hinzukommen, überdurchschnittlich altern. Dann würden zwangsläufig die Kosten steigen, denn alte Menschen verursachen höhere Kosten als junge.

Diese Aussage ist jedoch so nicht richtig. Warum ist dies so ist möchte ich Ihnen vereinfacht darstellen:

In der privaten Krankenversicherung muss ein Versicherer die Kosten für Leistungen, die er in einem Tarif zu erbringen hat, kalkulieren ([Kalkulationsverordnung KalV](#)). Hierbei muss der Versicherer auf mathematischer Basis ermitteln, welche Kosten im Laufe des Versichertenlebens entstehen können.

In die Kalkulation fließen beispielsweise ein:

- Rechnungsgrundlagen (z.B.:Rechnungszins, Krankheitskosten (Kopfschäden bzw. Kosten im Alter))
- Zuschläge für Vorerkrankungen
- Alterungsrückstellungen
- Vertragskosten (z.B.: Abschlusskosten, Schadenregulierungskosten, Verwaltungskosten)

Der Versicherer kalkuliert nun den Beitrag und bildet zusätzlich Alterungsrückstellungen um die höheren Krankheitskosten im Alter ausgleichen zu können. Die Kalkulation der „Rücklagen“ wirkt sich nicht erst im Alter aus, sondern fließt unmittelbar auch in die Beitragsstabilisierung, ähnlich einer „Sofortgutschrift“ ein. Im Optimalfall sollten die kalkulierten Beiträge stabil bleiben und das Kostenrisiko des Einzelnen auf Lebenszeit decken.

Warum aber steigen dennoch die Beiträge?

Es gibt einige Punkte, die ein Versicherer bei Vertragsabschluss nicht kalkulieren kann, wie z.B. :

- steigende Kosten im Gesundheitswesen (Inflation / Innovation)
- steigende Lebenserwartung (längeres Leben - höhere Krankheitskosten)
- sinkende Zinsen in der Kapitalanlage
- neu hinzukommende Krankheiten

Zum letzten Punkt ein Beispiel: Aids oder Burn Out waren in den siebziger Jahren kaum ein Thema, und die Behandlungskosten kalkulatorisch zu vernachlässigen. Heute verursachen diese Krankheiten hohe Kosten bei den Versicherern. Entsprechend müssen die Krankenversicherer Veränderungen bei Bekanntwerden, für die Zukunft neu berücksichtigen. Wird eine solche Entwicklung eingepreist, steigen folglich für die Restversicherungsdauer die Beiträge.

Maßgebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsbeitrag in der privaten Krankenversicherung haben auch die aus den Anlagen (Rückstellungen) erzielten bzw. erzielbaren Kapitalerträge. Durch Anlage der Rücklagen erzielen Versicherer Erträge, die ebenfalls in der Beitragsberechnung berücksichtigt werden und somit auf die Beitragsstabilität Auswirkungen haben. Niedrige Erträge bedeuten entsprechend, dass zur Deckung der kalkulierten, im Laufe des Versichertenlebens entstehenden Krankheitskosten, ein höherer Beitrag genommen werden muss.

Hierzu ein vereinfachtes Beispiel:

Nehmen wir einmal an, ein Mensch würde durchschnittlich 85 Jahre alt und benötigt statistisch im Laufe seines Lebens 200.000€ an Krankheitskosten. Mit 30 Jahren versichert sie/er sich.

Kalkuliert man Kapitalerträge von 3%, so ergäben sich bei einer monatlichen Zahlung von ca. 120,50€ nach 55 Jahren (zum 85Lj) 200.000€ Bei einem Kapitalertrag von 1,5% wären ca. 195,50€ monatlich zur Erreichung des gleichen Zieles notwendig.

Langfristig niedrigere Kapitaleinnahmen als ursprünglich kalkuliert, z.B. in einer Niedrigzinsphase, ziehen also zwangsläufig Beitragserhöhungen nach sich.

Brisant wird das Thema Beitragssteigerung, wenn Versicherer z.B. aus Marketinggründen neue Tarife möglichst billig (an der unteren Grenze des Machbaren kalkuliert oder bei der Risikoprüfung zu oberflächlich vorgeht und Risiken zu billig versichert) anbieten - dann ist natürlich absehbar, dass die Beiträge übermäßig steigen, denn der Fehlbetrag muss zwangsläufig irgendwann ausgeglichen werden. Junge, billige Tarife sind daher mit besonderer Sorgfalt zu prüfen und im Zweifelsfalle sollte eher ein Tarif gewählt werden, der auch in der Vergangenheit schon eine angemessenen Beitragsentwicklung vorweisen kann. (Schauen Sie aber in erster Linie auf die vertraglich zugesicherten Leistungen - die beste Beitragsstabilität bringt Ihnen wenig, wenn Leistungen fehlen und Kosten nicht übernommen werden.)

Die Beitragsanpassungen in der PKV sind wichtig, damit Sie langfristig auch den Schutz erhalten können, der Ihnen bei Vertragsabschluss zugesagt wurde und die Versicherer nicht pleite gehen.

Die GKV hat hier m.E. das weitaus größere Problem, denn hier werden die zukünftigen Ereignisse nicht in Form einer Rücklage berücksichtigt. Zudem ist hier die Zahl der Beitragszahler aufgrund der demographischen Entwicklung ebenfalls rückläufig - die Zahl der Leistungsempfänger nimmt entsprechend zu.

Das Einführen einer „Einheitsversicherung“ nach dem Modell der GKV sorgt sicherlich kurzfristig für eine Beitragsentlastung, denn aus der PKV würden einige Beitragszahler in des System der GKV kommen, doch das Problem, das wegen der steigenden Zahl an Leistungsbeziehern entsteht, wird hierdurch nicht gelöst sondern nur (kurzfristig) verschoben.

Werfen wir einmal einen Blick auf die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung:

In der GKV zahlte ein Versicherter 1970 einen Höchstbeitrag 98,40 DM = 50,31€

(altes Bundesgebiet, Versicherungspflichtgrenze 1.200 DM, Beitragssatz 8,2%)

2015 liegt der Höchstbeitrag für Versicherte (ohne Kinder) beispielhaft bei 655,87€ + 107,25€ = 763,12€

Beispiel: (Gesamtbeitrag incl. Arbeitgeberanteil und Krankentagegeld), Beitragsbemessungsgrenze 4125,00 €, Beitragssatz 14,6%, kassenindividueller Zusatzbeitrag im Beispiel 1,3% (Brandenburgische BKK), Pflegeversicherung Kinderlose 2,6%)

Bei freiwillig gesetzlich versicherten Beamten ist dieser aufgrund des nicht zu versichernden Krankentagegeldes (0,6% Beitragssatz) etwas niedriger.

Hinzu kommen Zuzahlungen und / oder Leistungsausschlüsse in der GKV (Praxisgebühr, Medikamentenzuzahlungen, fehlende Leistungen für Brillen bei Erwachsenen usw.), die der Versicherte selber zu tragen hat.

Das entspricht einer durchschnittlichen Beitragssteigerung von über 7% jährlich und ist in meinen Augen auch nicht gerade ein Werbeargument für die Beitragsstabilität GKV.

Beschäftigen wir uns aber nun weiter mit der privaten Krankenversicherung.

Tarifgestaltung

Während bei der Beihilfe in den jeweiligen Beihilfeverordnungen die Leistungen festgelegt sind und auch (noch) keine Auswahl zwischen mehreren Tarifen möglich ist, findet sich bei der privaten Krankenversicherung eine für den Laien fast unüberschaubare Zahl unterschiedlichster Tarifvarianten. Jede Gesellschaft bietet verschiedene Tarife an, die für die unterschiedlichen Zielgruppen geeignet sind. Beim Aufbau der Tarife ist allgemein zu unterscheiden zwischen Kompaktтарifen ggf. mit Ergänzungsbausteinen und Tarifbausteinen. Eine Besonderheit bietet der einheitliche Standardtarif für Rentner und Rentnerinnen, den Sie, wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, bei jeder Gesellschaft abschließen können. Für Neukunden gibt es statt dem Standardtarif einen so genannten Basistarif geben, welcher ohne Risikoprüfung abschließbar sein wird. Dieser bietet jedoch nur eine „Basisabsicherung“ und ist nicht mit den Erwartungen an die private Krankenversicherung vergleichbar.

Bausteintarife

Die klassische Form der privaten Krankheitskostenvolltarife ist das Bausteinprinzip. Der Versicherungsschutz setzt sich aus drei Grundbereichen zusammen:

- ambulante Leistungen
- stationäre Leistungen und
- Zahnleistungen

Aus diesen können Sie ein individuelles Paket, genau auf Ihre Vorstellungen passend, zusammen stellen. So können Sie den Selbstbehalt im ambulanten Bereich in mehreren Stufen wählen, im Krankenhaus zwischen Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer entscheiden sowie die Chefarztbehandlung wählen, und Sie können die Erstattungshöhe für Zahnersatz selbst bestimmen.



Kompaktтарife

Kompaktтарife sind durch den Versicherer zusammengestellte Versicherungskonzepte und meistens eher unflexibel.

Da diese Tarife meist jünger sind, sind hier zweifellos häufig zeitgemäßere Formulierungen in den Bedingungen zu finden. Auch sind diese Tarife häufig etwas günstiger, da hier in der Regel viele Jüngere versichert sind, weniger Kosten anfallen und die Prämien für Einsteiger bewusst niedrig angesetzt werden um zunächst hohe Zuwachsraten zu haben.

Achten Sie daher auf ausreichende Wechsellmöglichkeiten und Optionsrechte zur Verbesserung des Versicherungsschutzes. Gerade z.B: für Referendare ist dies sehr wichtig.



Eine generelle Bewertung mit „besser“ oder „schlechter“ kann man bei Baustein- oder Kompakttarifen noch vornehmen. Man muss sich das Angebot im Detail betrachten und dann bewerten, ob der Tarif mit den eigenen Ansprüchen übereinstimmt.

Wichtige Ergänzungsbausteine für Beihilfeberechtigte



Kompakttarife und Bausteintarife bieten in der Regel Leistungen zu den eingangs genannten Leistungsbereichen der ambulanten, stationären und zahnärztlichen Versorgung. Es gibt allerdings weitere Absicherungsmöglichkeiten, die auf Grund der besonderen Versorgungssituation von Beamten wichtig sind und die genannten Leistungsbereiche ergänzen. (bei Zugängen im Rahmen der Öffnungsaktion erhalten Sie diese teilweise nicht!)

Beihilfeergänzungsversicherung

Die private Krankenversicherung ergänzt in der Regel den Teil, der oberhalb der Bemessungssätze der Beihilfe bleibt, auf 100%. Hierbei sind aber in der Regel die Kosten nicht bedacht, die im Rahmen der Beihilfe nicht erstattungsfähig sind. Einige private Krankenversicherer bieten hier so genannte Beihilfeergänzungstarife an, die Teile solcher Kosten übernehmen. Die Tarife übernehmen allerdings meistens nicht alle verbleibenden Kosten und haben zudem oft sehr unterschiedliche Vertragsvarianten. Vergleichen Sie die Angebote/Unterschiede unbedingt vor Vertragsabschluss.



Achten Sie darauf, dass möglichst auch nicht beihilfefähige ambulante Behandlungskosten durch den Beihilfeergänzungstarif abgedeckt sind. Lassen Sie sich entsprechende Passagen im Tarifwerk vom Vermittler zeigen und erläutern. Im „Optimalfall“ deckt ein Beihilfeergänzungstarif die nicht beihilfefähigen Kosten, die auch die Haupttarif versichert

Krankenhaustagegeldversicherung

Hier werden Tagegelder bei stationären Krankenhausaufenthalten gezahlt/versichert. Ein ergänzender Schutz ist wichtig, um Eigenleistungen auszugleichen, die seitens der Beihilfe nicht übernommen werden. Die Eigenleistungen sind in den Beihilfavorschriften unterschiedlich geregelt und liegen derzeit meist zwischen 10€ und 35€ täglich, für einen Zeitraum von ca. 28 Tagen je Kalenderjahr.

Auslandsreiseversicherung

Schließen Sie, auch wenn Ihr Tarif einen Versicherungsschutz im Ausland beinhaltet, für Urlaubsreisen immer eine Auslands-Krankenversicherung ab. So kommt bei Krankheit im Urlaub Ihr Selbstbehalt nicht zum Tragen, die Beitragsrückerstattung bleibt unangetastet, und solche Auslandspolizen sind als Jahresvertrag für meist weniger als 10 € zu erhalten. Achten Sie auch darauf, ob der Rücktransport nur bei medizinischer Notwendigkeit geleistet wird oder auch, wenn er „nur medizinisch angeraten“ ist. Wichtig ist hier, dass ggf. die Versicherer unterschiedliche Regelungen haben und eine Verpflichtung besteht (so genannte Obliegenheit) die Verträge gegenseitig zu melden. Der Abschluss einer Auslandsreiseversicherung ist zudem für Beihilfeberechtigte sehr wichtig, da keine Beihilfeverordnung z.B. die „Rückholkosten“ bei Krankheit übernimmt.

Pflegeergänzungsversicherung

Betrachten Sie dies bitte immer auch im Zusammenhang mit der „Pflegepflichtversicherung“. Die Leistungen aus der Beihilfe und Pflegepflichtversicherung reichen oft nicht aus, um die tatsächlichen Kosten zu decken. Hier besteht auch für Familienangehörige häufig ein hohes Kostenrisiko. Lassen Sie sich von Ihrem Berater unbedingt auch den Unterschied zwischen Pfl egetagegeldversicherungen, Pflegekostenversicherungen und Pflegerentenversicherungen erklären.

Kur(tagegeld)tarife

Hier werden in der Regel Tagegelder bei Kuren versichert. Ein ergänzender Schutz ist wichtig, um Eigenleistungen auszugleichen, die seitens der Beihilfe nicht übernommen werden. Auch im Bereich von Sanatoriumsbehandlungen (ggf. auch bei Rehamaßnahmen) kann das Bestehen eines solchen Tarifes vor erheblichen Eigenleistungen bewahren. Darüber hinaus können auch Behandlungskosten bei Kurmaßnahmen versichert sein.

Beitragsentlastungstarife

Einige Versicherer bieten Zusatztarife an, die gegen einen zusätzlichen Krankenversicherungsbeitrag, eine Beitragsreduzierung im Alter versichern. Unter bestimmten Voraussetzungen können sich solche „Mehrbeiträge“ sogar steuermindernd auswirken, denn es kann sich um einen „vorweggenommenen“ Krankenversicherungsbeitrag handeln. Sie finden zu diesem Thema auch einige Beiträge auf meiner Homepage unter www.makler-harms.de

Krankentagegeld- eine Besonderheit für Beamte

Die wenigsten Beamten denken bei Abschluss einer privaten Krankenversicherung an einen Krankentagegeldtarif - das ist logisch, bei „unbegrenzter Lohnfortzahlung“.

Einen wichtigen Punkt sollten Sie aber nicht außer acht lassen: Was passiert, wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen einmal keinen Beihilfeanspruch mehr hat (z.B. auch Berufswechsel), aber zu krank ist um in seinem neuen Berufsfeld einen Krankentagegeldversicherung abzuschließen? Im Zweifelsfalle bleibt er lebenslang ohne diesen wichtigen Schutz.



Achten Sie darauf, dass der von Ihnen ausgewählte Tarif die Nachversicherungsgarantie eines Krankentagegeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung zusichert! Wenn dies in den Bedingungen nicht steht, lassen Sie sich vom Vermittler eine schriftliche Bestätigung geben. Die Bestätigung sollte von 2 Prokuristen des Versicherers unterschrieben sein!.

Unterschreiben Sie als Beamter keinen Vertrag, der Ihnen die Option nicht bietet! Sie könnten sich und Ihre Familie finanziell ruinieren.

Beitragsrückerstattung

Es liegt im Interesse der Versicherer und auch der Versicherten, dass nicht jede Rechnung eingereicht wird und erstattet werden muss. Denn die Leistungsabrechnung ist sehr aufwändig und verursacht daher oft Kosten, die über den zu erstattenden Betrag hinausgehen. Daher gibt es neben den oben beschriebenen Selbstbeteiligungen auch die Beitragsrückerstattung (BRE) um die Kunden zu veranlassen, kleinere Rechnungen selbst zu tragen. Beitragsrückerstattungen sind in den meisten Fällen nicht im Tarifwerk festgeschrieben und daher nicht rechtlich abgesichert.



Sie sind dann abhängig vom Geschäftsergebnis des Versicherers. Mit ihnen soll ein Teil der Überschüsse an Kunden, die keine Leistungen eingereicht haben, rückerstattet werden. Sie werden jährlich neu festgesetzt, und es liegt im Ermessen des Versicherers, sie weiterzuführen oder auch einzustellen. Einige Versicherer haben „besondere Systeme“ der Rückerstattung in ihren Tarifen unwiderruflich verankert, als feste auszuzahlende Summen oder als sofortige Reduzierungen des Beitrages. Sie sind also bei der Entscheidung für den Abschluss des Vertrages anders zu bewerten. Lassen Sie sich die Unterschiede erklären!

Eine Beitragsrückerstattung hat in der Regel folgende Voraussetzungen:

- Es dürfen keine Leistungsabrechnungen erfolgen.
- Der Vertrag muss ein volles Kalenderjahr ununterbrochen bestanden haben.
- Die Beiträge müssen regelmäßig bezahlt worden sein.
- Bei einigen Versicherern ist ein Lastschriftzug Bedingung.
- Der Vertrag muss auch im Folgejahr noch bestehen, ggf. mindestens bis zur Jahresmitte.

Rückerstattet werden mehrere Monatsbeiträge, meist anfangs weniger und gestaffelt nach leistungsfreien Jahren immer mehr. Werden Rechnungen eingereicht, beginnt die Berechnung der rückzuzahlenden Beiträge wieder von vorn. Daher ist es sinnvoll, genau zu berechnen, ob ggf. auch größere Leistungsabrechnungen nicht lieber aus eigener Tasche bezahlt werden sollten, da man sich ansonsten die Rückerstattung auch der folgenden Jahre verringert.



Achtung: Beitragsrückerstattungen werden steuerlich wie die Beiträge behandelt; sie erhöhen also Ihr zu versteuerndes Einkommen.

Der gesetzliche Zuschlag (GZ)

Seit dem 1. 1. 2000 wird auf jeden neu beantragten Vertrag in der Krankenvollversicherung ein **Zuschlag von 10%** berechnet. Dieser dient der Stabilisierung der Beiträge im Alter und **muss** von allen Unternehmen der privaten Krankenversicherung erhoben werden.

Die Gelder, die hierdurch zusätzlich eingenommen werden, sollen ab dem 65. Lebensjahr zur Vermeidung von Beitragserhöhungen verwendet werden, ab dem 80. Lebensjahr werden sie sogar zur Beitragssenkung eingesetzt. Der GZ ist eine weitere Maßnahme, um die Beiträge zur privaten Krankenversicherung auch im Alter bezahlbar zu halten.

Weitere Maßnahmen sind:

- Einführung des Standardtarifes für Rentner und Rentnerinnen
- Seit 1995 besteht die Auflage an alle PKV-Unternehmen, Altersrückstellungen zu bilden.
- Modelle zur garantierten Beitragsentlastung im Alter

Besondere Personengruppen mit Beihilfeanspruch

Beamte auf Widerruf

Beamte auf Widerruf oder Beamte im Vorbereitungsdienst nennt man die Beamten, die sich in Ausbildung befinden. Auch als Zugehöriger dieser Beamtengruppe haben Sie bereits einen Beihilfeanspruch.

Bei den Beihilfesätzen bestehen keine Abweichungen zu dem im Kapitel „Höhe der Beihilfeleistung“, genannten Umfang. Allerdings kann es seitens der Leistungen, abhängig von der jeweils betreffenden Beihilfeverordnung, Abweichungen / Einschränkungen geben.

Mögliche Einschränkungen findet am beispielsweise im Bereich der zahnärztliche Versorgung. So erhalten Beamte auf Widerruf in einigen Bundesländern keine Kostenerstattung für Zahnersatz.

Auch in der privaten Krankenversicherung gibt es Besonderheiten zu beachten, denn auch hier bieten viele Tarife für Beamtenanwärter nur einen eingeschränkten Versicherungsschutz. Limitierungen im Bereich der Psychotherapie, Begrenzungen der Steigerungssätze (Gebührenordnungen), Einschränkungen im Tarifangebot oder auch bei den Zahnleistungen sind hier zu finden.

Tarife in der privaten Krankenversicherung für Beamtenanfänger sind in der Regel ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert und auch daher deutlich billiger als die Tarife für z.B. Beamte auf Probe oder Beamte auf Lebenszeit. Ausbildungstarife sind bis zum 34. Lebensjahr begrenzt.

„Ich kann mich ja in der Anwärterzeit billig versichern, und anschließend den Versicherer noch mal wechseln und dann einen besseren Tarif wählen“ höre ich leider des öfteren, doch in der Praxis wechseln nur sehr wenige Versicherte nach der Ausbildung Ihren Versicherer.

Das haben auch die Versicherer erkannt und versuchen die jungen Beamten möglichst früh an sich zu binden. Viele Ausbildungstarife werden daher von Versicherern „subventioniert“ und sogar unter dem „Bedarfsbeitrag“ angeboten. Fragen Sie sich einmal, wer in solchen Tarifen Ihre Zeche zahlt!

Versicherer mit umfassenden Leistungen, die Ausbildungstarife nicht subventionieren, werden vollen Schutz kaum für Monatsbeiträge um 70€ anbieten können.



Prinzipiell ist die Überlegung des billigen Einstieges natürlich nachvollziehbar, denn es klingt ja auch verlockend, gerade bei den nicht sehr üppigen Beamtenanwärterbezügen, zunächst einmal Geld zu sparen und sich später, bei entsprechendem Einkommen in einem hochwertigeren Tarif zu versichern.

Eine solche Vorgehensweise birgt jedoch erhebliche Gefahren. Erkrankt man während der Ausbildungszeit, so ist später der Wechsel des Versicherers ggf. nicht mehr oder nur noch mit hohen Zuschlägen möglich. Auch ein späterer Zugang in die PKV über die „Beamtenöffnungsaktion“, kann dann nicht mehr wahrgenommen werden. Ggf. sitzt man dann in einem schlechten Tarif „fest“; und das für den Rest des Lebens! Bedenken Sie auch, dass es nicht nur um spätere Lebensphasen geht.

Auch Beamte in Ausbildung können schwer erkranken. Wenn Sie eine Leistung dringend benötigen, auf deren Erstattung Sie aus Beitragsgründen verzichtet haben (vielleicht auch unbewusst), droht „das finanzielle Aus“ vielleicht schon, bevor es mit dem Berufsleben überhaupt erst richtig losgehen konnte.



Beim Wechsel in die PKV sollten Beamtenanwärter Ihre Verträge immer unter Berücksichtigung des möglichen lebenslangen Verbleibes prüfen und auf umfassenden Versicherungsschutz achten. Greifen Sie nicht gleich zu einem Billigtarif, nur weil vielleicht ein Kollege / eine Kollegin diesen Schritt unternommen hat.



Beachten Sie ebenso, dass Sie als Anwärter auch im Krankheitsfalle noch aus dem Dienstverhältnis entlassen werden können. Ihren Lebensunterhalt (auch Beiträge zur PKV) werden Sie weiterhin zahlen müssen. Versichern Sie sich daher ab Beginn Ihrer Ausbildung mit einer speziellen Police auch gegen den Fall einer Berufsunfähigkeit / Dienstunfähig (DU). Auch wenn Sie sich vielleicht weniger erhoffen, für eine umfassende Absicherung (PKV und DU) müssen Sie einen monatlichen Beitrag zwischen 150€ und 200€ kalkulieren.

Der Beihilfeanspruch von Angehörigen

Ehegatten haben, sofern sie nicht selber einen direkten Anspruch haben (z.B. selber Beamte sind) und bestimmte Einkommensgrenzen überschreiten, ggf. einen Anspruch „über“ ihren verbeamteten Partner. Der Umfang des Beihilfeanspruches kann z.B. vom Familienstand, Einkommen, Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit in der GKV oder der jeweils gültigen Beihilfeverordnung abhängig sein.

Freiwillig gesetzlich versicherte Angehörige (ohne Anspruch auf Beihilfen)

Sie haben die Wahl in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben oder in die private Krankenversicherung zu wechseln.

Die Kündigungsfrist in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 2 volle Kalendermonate zum Monatsende.

Für Angehörige, die in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, ist zu beachten, dass bei der Berechnung Ihres Versicherungsbeitrages ggf. das Einkommen des beamteten Ehegatten zur Beitragsberechnung herangezogen werden kann, denn in der GKV wird die „wirtschaftliche Leistungsfähigkeit“ geprüft (§240 SGB V). Verdient der freiwillig gesetzlich versicherte „Beamtenangehörige“ weniger als der privat versicherte beamtete Ehegatte, so kann das hälftige Einkommen des beamteten Partners zur Berechnung des GKV-Beitrages herangezogen werden.

Regelung für Rentner/Pensionäre: Bei einer Pflichtversicherung in der [Krankenversicherung der Rentner KVdR](#) wird das Ehegatteneinkommen zur Beitragsberechnung nicht berücksichtigt.

Freiwillig gesetzlich versicherte Angehörige (mit Anspruch auf Beihilfen)

Neben vorstehender Regelung: Wenn ein(e) berücksichtigungsfähige(r) Angehörige(r) zur Gruppe der freiwillig gesetzlich Versicherten gehört (z.B. Selbständige oder Hausfrau/Hausmann), kann einen Beihilfeanspruch bestehen, wenn sein/ihr Einkommen bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreitet. Freiwillig gesetzlich Versicherte mit Beihilfeanspruch können in die private Krankenversicherung wechseln und müssen dort „nur“ die Restkosten versichern, die seitens der Beihilfe (Beihilfesätze) nicht abgedeckt werden.

Die Einkommensgrenzen sind, abhängig von der jeweils gültigen Beihilfeverordnung (Bund derzeit 17.000,-- € jährlich /Länder zwischen 8354,-- und 20.450,--€ jährlich (Stand 2014) sehr unterschiedlich. Bei den Grenzen handelt es sich nicht um das zu versteuernde Einkommen, sondern die steuerpflichtigen Einkünfte nach dem EStG! ([z.B. Bundesbeihilfe: §2 \(3\) EStG](#))

Wichtig für das Entstehen des Beihilfeanspruches ist nicht nur die Höhe des Einkommens, sondern auch das Jahr, in dem die Einkommensgrenze unterschritten wurde bzw. wird. Bei der Prüfung des Beihilfeanspruches betrachtet die Beihilfestelle ein zurückliegendes Jahr; welches Jahr hier betrachtet wird, ist in den Beihilfeverordnungen unterschiedlich geregelt. Es kann hierbei das letzte, vorletzte oder auch vorvorletzte Jahr maßgeblich sein. Beihilfen können auch in einem laufenden Jahr gewährt werden. Stellt sich aber am Ende des Betrachtungszeitraumes heraus, dass die Voraussetzungen nicht vorlagen (weil z.B. das Einkommen wieder erwarten doch die Grenze überschritt, entfällt der Anspruch rückwirkend und bereits gezahlte Beihilfen sind zurückzuzahlen.

Es gibt eine Reihe von Punkten, die beachtet werden sollten:

Sind Angehörige in die PKV gewechselt und entfällt ihr Beihilfeanspruch **und** haben sie nicht mehr die Möglichkeit in die GKV zurückzukehren, das ist dann der Fall, wenn keine Versicherungspflicht besteht/entsteht, oder Sie zum Umstellungszeitpunkt das 54. Lebensjahr beendet haben, müssen sie ihre private Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Statusänderung auf 100% aufstocken. Außer in den Ländern Hessen und Bremen liegen die Beihilfesätze für Angehörige bei 70%, 30% müssen entsprechend privat versichert werden. Die Umstellung auf den 100% Schutz bedeutet, dass auf die hinzu zu versichernden Leistungen (70%) das zum Zeitpunkt der Umstellung erreichte Alter zu Grunde gelegt wird. Ein Problem besteht leider in den dann oft hohen Versicherungsbeiträgen. Während der Laufzeit der Restkostenversicherung wurden nämlich nur auf die versicherten Tarife Alterungsrückstellungen gebildet.

Der Beihilfeanspruch von Angehörigen kann beispielsweise entfallen:

- im Falle einer Scheidung
- bei überschreiten der Einkommensgrenze (auch bei Reduzierung der Grenze durch die Beihilfe).

Witwer / Witwen von Beamten hingegen behalten den Beihilfeanspruch!

Damit Angehörige bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit Ihren PKV Schutz ohne erneute Gesundheitsprüfung vornehmen können, hat der Gesetzgeber im §199 (2) VVG eine entsprechende Regelung gesetzlich verankert.

*(2) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag **innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung** gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.*

Auf den ersten Blick bietet diese Regelung ein hohes Maß an Sicherheit. Bei genauerem Lesen finden sich jedoch erhebliche Lücken (rot markiert). Wenn nämlich bei Rechnungseinreichung bei der Beihilfe unter Betrachtung eines zurückliegenden Zeitraumes festgestellt wird, dass kein Beihilfeanspruch besteht / bestand, gilt dies ggf. rückwirkend über den 6- Monatszeitraum hinaus. Da in einem solchen Falle keine Möglichkeit der Fristwahrung besteht, kann es passieren, dass eine Erhöhung des Versicherungsschutzes nur mit erneuter Risikoprüfung vorgenommen werden kann. Wartezeiten, Ausschlüsse, Zuschläge oder Ablehnungen können die Folge sein.

Hierzu ein Beispiel:

Ein Angehöriger erhält im Jahr 2014 Beihilfen unter Vorbehalt. Im Lauf des Jahres hat er eine ungeplante Einnahme (z.B. Sonderzahlung, Steuerrückzahlung aus Vorjahr, Dividendenzahlung, usw...) und stellt zu spät (z.B. zum Jahresende) fest, dass die Einkommensgrenze überschritten wurde und somit für 2014 kein Anspruch bestand. Die Frist für den Änderungsantrag endete Ende Juni 2014 - ein unlösbares Problem.

Es gibt hier eine Vielzahl an unterschiedlichen Fallbeispielen. Bedenken Sie in diesem Zusammenhang auch die verschiedenen rückwirkenden Betrachtungszeiträume. Es gibt derzeit aus Sicht von berücksichtigungsfähigen Angehörigen keine vernünftige Lösung des Problems.



Für privat versicherte Angehörige sollte mindestens zweimal jährlich eine Überprüfung des Beihilfeanspruches durch eine schriftliche Anfrage bei der Beihilfestelle erfolgen!

Versicherungspflichtige Angehörige

Auch (in der GKV) Versicherungspflichtige können, sofern Ihr Einkommen unter den vorgenannten Einkommensgrenzen liegt, einen Anspruch auf Beihilfen haben. Allerdings können Sie aufgrund Ihrer Versicherungspflicht in der GKV nicht in die PKV wechseln.

Wenn Sie bereits beihilfeberechtigt sind, oder es einmal waren (z.B. über Ihre Eltern), so kennen Sie vielleicht die Situation, dass der behandelnde Arzt besondere Leistungen erbringt, die er mit der Kasse nicht „abrechnen“ kann, und Ihnen dann in Rechnung stellt. Solche Mehrleistungen (Privatleistungen) sind dann ggf. anteilig über die Beihilfe abrechenbar – aber eben nur anteilig und nur, wenn die Beihilfeverordnung hierfür Leistungen vorsieht. Leistungen, die oberhalb des gesetzlichen Rahmens beihilfefähig sind, werden auch Sachleistungsbeihilfen genannt. Solche Leistungen können auch bei berücksichtigungsfähigen Ehegatten, die in der GKV freiwillig oder mit entsprechendem geringerem Einkommen (die EK-Grenzen sind je nach Beihilfeverordnung unterschiedlich) versichert sind, oder bei den in der GKV familienversicherten Kindern gewährt werden. Sachleistungsbeihilfen sehen aber nicht alle Beihilfeverordnungen vor und der Umfang kann unter den „Anbietenden“ ebenfalls unterschiedlich sein. Im Zweifelsfalls sollten Sie vor Behandlungsbeginn die Beihilfefähigkeit von Ihrer Beihilfestelle schriftlich bestätigen lassen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtige Angehörige von Beamten können unter Beachtung des Beihilfeanspruch ergänzende Krankenzusatzversicherungen abschließen.

Ergänzende Versicherungen für versicherungspflichtige Angehörige

1) Anwartschaftsversicherung

Eine Anwartschaftsversicherung (AWV) / Optionsversicherung ist ein Tarif, der Ihnen ermöglicht, zu einem späteren Zeitpunkt ohne erneute Gesundheitsprüfung in die PKV zu wechseln. Man unterscheidet zwischen einer kleinen AWV, die den Gesundheitszustand bei Antragstellung „einfriert“ und einer großen AWV in der Alterungsrückstellungen gebildet werden und Gesundheitszustand und Einstiegsalter „sichert“.

Beiträge für eine kleine AWV liegen zwischen 5€ und 15€ mtl., die Beiträge der großen AWV sind höher. Sie können zwischen 80€ und 120€, ggf. auch bei noch höher liegen. Eine große AWV ist sinnvoll, wenn man sich sicher ist, zu einem späteren Zeitpunkt in der PKV wechseln zu können und zu wollen.

Besonders günstig können für diesen Personenkreis Zusatzversicherungen sein, denn es muss je nach gewünschter Absicherung nur der Teil an Leistungen versichert werden, der nicht durch gesetzliche Krankenversicherung und Beihilfe gedeckt ist.

2) Stationäre Zusatzversicherung

3) Krankenhaustagegeld

4) Zahnzusatzversicherung

5) Auslandsreiseversicherung

6) Ambulante Zusatzversicherungen

7) Zusatzversicherungen im Bereich Kuren

Spezielle Zusatzversicherungen für Angehörige von Beamten werden leider nicht von allen Krankenversicherern angeboten. Wählt man solche ergänzenden Zusatztarife, sollte beachtet werden, dass bei einer Höherversicherung aufgrund Beihilfefortfalles ebenfalls die Fristen aus dem § 199 (2) VVG gelten und somit auch die Gefahr des Versäumens der Frist zur Umstellung ohne erneute Risikoprüfung besteht.



Daher sollten auch Versicherte mit diesen reduzierten Tarifen mindestens zweimal jährlich eine Überprüfung des Beihilfeanspruches durch eine schriftliche Anfrage bei der Beihilfestelle vornehmen.

Die Mitversicherung von Kindern



Kinder können sowohl einen Anspruch auf Mitversicherung in der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch einen Beihilfeanspruch haben. Hat ein Kind eines Beamten einen Anspruch auf Beihilfe, kommt ggf. die Versicherung der verbleibenden „Restkosten“ über die private Krankenversicherung in Betracht. In einigen Beihilfeverordnungen ist für Kinder von Beihilfeberechtigten auch eine Wahlfreiheit beim Leistungsbezug (GKV oder PKV) möglich. Hier sollte dann genau geprüft werden, was die gesetzeskonforme und günstigste Lösung (damit meine ich nicht die billigste) ist.

Für eine erste Einschätzung des zu prüfenden Anspruches auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Versicherung in der privaten Krankenversicherung habe ich Ihnen nachfolgend einige Fallkonstellationen exemplarisch (Beihilfe Bund) zusammengestellt:

Beamter / Beamtin (B)	Ehegatte(in) (E)	Kind(er) (K)	Info / Anmerkung
freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung	ohne eigene Einkünfte- = beitragsfreie Mitversicherung über B	Familienversicherung in der GKV über B	Wechselmöglichkeit in die PKV prüfen! Bei Verbleib in der GKV: Anspruch auf Sachleistungsbeihilfen prüfen und ggf. bei der Zusatzversicherung berücksichtigen
Freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung	mit versicherungspflichtigem Einkommen = versichert in der GKV	Familienversicherung in der GKV über B oder E möglich	Wechselmöglichkeit in die PKV von B und K prüfen! Bei Verbleib in der GKV: Anspruch auf Sachleistungsbeihilfen prüfen und ggf. in bei Zusatzversicherung berücksichtigen
privat krankenversichert mit Beihilfeanspruch	ohne eigenes Einkommen = Beihilfeanspruch über B 1) Wechsel in die PKV möglich oder 2) freiwilliges Mitglied in GKV + ZKV	Beihilfeanspruch über B 1) Wechsel in die PKV möglich oder ggf. 2) freiwilliges Mitglied in GKV + ZKV über E (GKV ggf. beitragspflichtig)	Beim gesetzlich freiwillig versicherten Ehegatten wird ggf. das Einkommen des Beamten in der GKV angerechnet
privat krankenversichert mit Beihilfeanspruch und einem Einkommen <u>unter</u> Jahresentgeldgrenze (JAEG)	freiwillig in der GKV versichert mit einem Einkommen über JAEG	Beihilfeanspruch über B prüfen 1) ggf. Wechsel in die PKV möglich oder 2) Familienversicherung in GKV + ZKV über E möglich	Achtung - bei PKV der Kinder mögliche Beihilfekürzungen (Hessen) beachten / Wechsel des(r) Ehegatten(in) in die PKV prüfen
privat krankenversichert mit Beihilfeanspruch und einem Einkommen <u>über</u> JAEG	mit versicherungspflichtigem Einkommen = Versichert in der GKV und = ggf. Beihilfeanspruch bei niedrigen eigenen Einkünften	Beihilfeanspruch über B 1) ggf. Wechsel in die PKV möglich oder 2) freiwillige in GKV + ZKV über E möglich	Die freiwillige Mitversicherung von Kindern bei E wäre beitragspflichtig - derzeit (2015) ca. 140€ je Kind! ggf. Sachleistungsbeihilfe prüfen
privat versichert mit Beihilfeanspruch	ebenso Beamter(in) mit Beihilfeanspruch	private Krankenversicherung mit Beihilfeanspruch über B oder E	Kinder nur bei einem Elternteil berücksichtigungsfähig - sinnvolle Zuordnung prüfen!

Die Aufstellung ist nicht abschließend. Achtung, die Regelungen der unterschiedlichen Beihilfeverordnungen sind nicht einheitlich formuliert. Es gibt Bundesländer (z.B. Hessen), die zwingend vorschreiben, dass Leistungen von Dritten (gesetzliche Krankenversicherung) unter bestimmten Voraussetzungen in Anspruch zu nehmen sind. Bei Nichtbeachtung können drastische Leistungskürzungen erfolgen.

Andere Länder überlassen Ihnen bei Ihren Kindern Wahlfreiheit, ob Leistungen über die gesetzliche Krankenkasse **oder** die Beihilfe und private Krankenversicherung abgerechnet werden. In solchen Fällen ist für Sie sogar eine „Doppelversicherung“ Ihrer Kinder denkbar. Im Zweifelsfalle fragen Sie bitte immer schriftlich bei der gesetzlichen Krankenversicherung des dort versicherten Elternteiles an und reichen den Bescheid anschließend bei der Beihilfestelle zur Prüfung des Anspruchsumfanges und richtigen Auswahl des Versicherungsschutzes ein. Die richtige und/oder sinnvolle Zuordnung muss immer im Einzelfall geprüft werden.

Versicherungsvergleiche als Hilfestellung bei der Vertragsauswahl

Vergleichsprogramme suggerieren Transparenz, Fachkompetenz und vermitteln den Eindruck, dass man durch Eingabe weniger Daten zielgerichtet den besten Tarif finden kann.

Für Beamte sind solche Vergleiche leider fast völlig unbrauchbar.

Warum ist das so?

Viele Programme werden auf Basis der Systematik von Krankenvollversicherungsvergleichen für die „Beihilfetarife“ weiterentwickelt. Allerdings gelten bei Beamten vielfach andere Regelungen und gesetzliche Grundlagen als beispielsweise bei Selbständigen oder Angestellten. Alleine die fehlende Betrachtung der Leistungen der Beihilfeverordnungen bedeutet schon, dass nur eine bedingte Anwendbarkeit vorliegt. Hinzu kommt, dass für Beihilfeberechtigte wesentliche Tarife wie beispielsweise Beihilfeergänzungstarife oft nur eine untergeordnete Rolle in der Betrachtung spielen.

Für Beamte wesentliche Leistungsfragen werden häufig nicht gestellt und somit auch nicht bewertet.

Suchen Sie beispielsweise mal ein Vergleichsprogramm, das

- die wesentlichen Leistungsmerkmale aller Beihilfeverordnungen berücksichtigt,
- die besondere Situation von berücksichtigungsfähigen Angehörigen berücksichtigt,
- Besonderheiten der Öffnungsaktion differenziert,
- die Situation bei Ausscheiden aus der Berücksichtigungsfähigkeit analysiert,
- fehlende ambulante Leistungen der Beihilfe einbezieht,
- und den Bedarf spezieller Beamtengruppen (z.B. Anwärter oder Beamte auf Zeit) berücksichtigt.

Sie werden mir keines zeigen können. Selbst in den Bereichen, die analysiert werden können, sind die Inhalte oft fehlerhaft oder führen zu falschen Interpretation.

Ein Beispiel zu ambulanten Leistungen: Nehmen wir einmal an, in der Software wird als Kriterium die Leistung des PKV Versicherers oberhalb der Höchstsätze der GOÄ bewertet. Eine Hand voll Tarife in der PKV haben hier keine Leistungsbegrenzung. Als Beamte/r hilft Ihnen die Information wenig, wenn nicht gleichzeitig differenziert wird, ob die Versicherer auch den Teil an entsprechenden Kosten übernimmt, den die Beihilfe nicht trägt, denn Beihilfen werden ja maximal bei Kosten bis zum Höchstsatz der GOÄ gewährt! Es gibt allerdings nur 2 Versicherer, die auch hier Leistungen vorsehen...

In Sachen Haftung für unzureichende Angaben sieht es seitens der Anbieter auch düster aus. Erstaunlicherweise werben nicht wenige Vermittler/Onlineplattformen mit Tarifvergleichen, die sie anhand von Vergleichssoftware erstellen. Nutzer solcher Programme, die Sie auf die Lücken und Fehler nicht hinweisen, diese ggf. nicht kennen oder bewusst verschweigen, scheiden nach meiner Ansicht als kompetente Vermittler für „beihilfekonforme Krankenversicherung“ aus.

Erinnern Sie sich an die Zuggeschichte, die ich Ihnen am Anfang des Leitfadens erzählt habe? Wenn Sie sich auf die Aussagen aus einem Vergleichsprogramm verlassen, sind Sie auf dem besten Wege eine Zufallsentscheidung zu treffen.



Verlassen Sie sich nicht auf softwaregestützte Versicherungsvergleiche. Sparen Sie sich die Zeit und ggf. das Papier. Nutzen Sie für Ihren individuellen Vergleich immer die Sie betreffende Beihilfeverordnung und die Original-Versicherungsbedingungen.

Einige Tipps zum Vertragsabschluss:

- Achten Sie darauf, dass Sie immer für alle Familienmitglieder die Versicherbarkeit prüfen und ggf. einen Antrag stellen. Wenn ein Ehegatte / eine Ehegattin oder Kinder heute noch keinen Beihilfeanspruch haben, bedeutet dies nicht, dass dem auch in der Zukunft so sein wird. In solchen Fällen sollten Sie einen Anwartschaftsvertrag abschließen. Das bedeutet, dass Sie eine „Option“ abschließen, bei Eintritt eines Beihilfeanspruches einen privaten Vertrag, ohne erneute Gesundheitsprüfung, „aufleben“ lassen zu können. Denken Sie daran: man kann auch erkranken, was wiederum zu einem späteren Zeitpunkt den Eintritt in die private Krankenversicherung erschweren oder unmöglich werden lassen kann.
- Machen Sie sich vor Vertragsabschluss darüber Gedanken, welche Leistungen sie im Laufe Ihres Lebens benötigen könnten, auch dann, wenn Sie vielleicht nicht Ihr Leben lang Beihilfeanspruch haben (z.B. Berufswechsel oder Auslandsaufenthalte) und prüfen Sie, welche Modalitäten und Vertragsinhalte der Versicherer dann bietet.
- Tragen Sie vor Antragsaufnahme Ihre Krankengeschichte zusammen, sprechen Sie ggf. hierüber im Vorfeld mit Ihren Ärzten und holen Sie sich auf dieser Basis Angebote ein.
- Lassen Sie Ihre Beihilfeansprüche (und die Ihrer Angehörigen) vor Vertragsabschluss prüfen und holen Sie sich schriftliche Bestätigungen hierzu von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und Ihrer zuständigen Beihilfestelle.
- Beachten Sie unbedingt auch die Annahmerichtlinien und „vor“ – vertraglichen Obliegenheiten, also „rechtliche Pflichten“, die Sie eingehen, wenn Sie einen Krankenversicherungsvertrag abschließen, damit Sie (auch nicht aus Versehen) Rechtsverstöße begehen, die zu Problemen bei der Leistungserstattung (Kostenerstattung) führen können.
- Vergleichen Sie Tarife immer anhand der Original-Versicherungsbedingungen und verlassen Sie sich nicht auf vage Aussagen, Prospekte oder gar Vergleichsprogramme!
- Überlegen Sie, ob es Ihnen möglich ist, Ihre Versicherungsbeiträge jährlich im Voraus zu entrichten. Viele Gesellschaften bieten bei jährlicher Zahlweise einen Nachlass von 3% oder 4%. Hierzu ein Tipp: wenn Ihnen die jährliche Zahlung wegen des hohen Beitrages nicht möglich ist, so können Sie ein Versicherungskonto bei Ihrer Bank einrichten, auf das Sie monatlich 1/12 der Beiträge einzahlen. Somit verfügen Sie dann zum Beitragszahlungstermin über die liquiden Mittel.



Gerne biete ich Ihnen an, Sie individuell und bedarfsgerecht zu beraten und Ihnen einen geeigneten Versicherungsvertrag zu vermitteln. Nutzen Sie die Chance mein Knowhow bei Ihrer -vielleicht lebenslänglichen- Entscheidung zur privaten Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Wie geht es nun weiter?

Auf dem Weg zur geeigneten Krankenversicherung sind im Vorfeld einer Antragstellung 2 wichtige Bereiche vorzubereiten.

- Die Analyse Ihrer Situation und das Herausfiltern passender Tarife auf Basis der für Sie wichtigen Leistungsinhalte.
- Die Zusammenstellung der gesundheitlichen Vorgeschichte aller zu versichernden zwecks Vorabprüfung der Versicherbarkeit und Angebotserstellung.

Damit Sie sich für die Tarifanalyse und einen möglichen späteren Vertragsabschluss vorbereiten können und sich Ihr persönliches Versicherungsprofil erstellen können, habe ich Ihnen 2 Fragebögen erstellt.

Zum einen einen Fragebogen zur Situation, der sich intensiv mit Fragen zu wesentlichen Tarifinhalten speziell für Beamte auseinandersetzt und zum anderen einen Gesundheitsfragebogen, der Sie bei der Zusammenstellung der Angaben, die Versicherer für eine Vorabprüfung benötigen, unterstützt.

Beide Fragebogen können Sie sich kostenfrei auf meiner Homepage www.makler-harms.de downloaden.

Ebenso finden Sie auf der Homepage Erläuterungen und weitere Hilfen zum Kriterienfragebogen für Beihilfeberechtigte und zum Gesundheitsfragebogen. Bitte beachten Sie, dass Leitfäden, Kriterienfragebögen und Gesundheitsfragebogen konzeptionell auf meine Beratung und spätere Antragstellung abgestimmt sind.

Wenn Sie mich mit der Vermittlung Ihrer Krankenversicherung beauftragen möchten, können Sie mir die ausgefüllten Fragebögen vorab gerne mailen oder faxen.

Natürlich können Sie mich bei Fragen vorab auch gerne anrufen.

Ich bin gespannt auf Ihr Feedback.

Eine gesunde Zeit wünscht Ihnen



Lars U. Harms

Kontaktdaten

Lars Ulrich Harms – Versicherungsmakler

für Private Krankenversicherung
und Berufsunfähigkeitsversicherung
Weingartenstraße 7, 35398 Giessen

e-mail: info@luhv.de

www.makler-harms.de

Telefon: 06 41 / 972 46 33

Fax: 069 710 451 20318

Register-Nr.: D-YXQ0-COQT2-59

Hinweis:

Dieser Leitfaden wurde im Zusammenhang auch mit dem entsprechenden Fragebogen zur Beamtenversorgung Berufs- und Dienstunfähigkeitsversicherung aufwendig recherchiert und zusammengestellt. Er kann und soll aber keine Beratung ersetzen, diese ist individuell und speziell und sollte nur von versierten Beratern vorgenommen werden. Inhalte von Leitfäden und Fragebögen sind konzeptionell aufeinander und auf meine Beratung nebst Vertragsvermittlung abgestimmt.

Alle Angaben wurden nach bestem Wissen zusammengestellt, eine Gewähr für die Richtigkeit und Aktualität kann jedoch nicht übernommen werden.

Hinweise zu Copyrights der auf der Homepage / in Leitfäden verwendeten Fotografien: www.fotolia.com

© ArtmannWitte, © Thaut Images, © ioannis kounadeas, © xenion, © Anne Katrin Figge, © mickey hoo, © Aamon, © PeJo, © seen, © Marco Birn, © Caterine, © sellingpix, © negrobike, © ilro, © N Media, © Daniel Kühne, © braverabbi, © danimages, © Udo Kroener, © M&S Fotodesign, © WavebreakMediaMicro, © Sulamith, © El Gaucho, © Gina Sanders, © Stefan Körber, © Matthias Enter, © kim schneider, Déprime homme - Consultation© JPC-PROD, @by-studio.de