

Recht



Der private Krankenversicherungs- schutz im Sozialrecht



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht

Inhalt

1. Pflicht zur Versicherung	1
2. Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer	2
3. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht.....	4
4. Arbeitgeberzuschuss zum Beitrag zur privaten Krankenversicherung.....	10
5. Gruppenversicherungs- und Sammelinkassoverträge des Arbeitgebers für Mitarbeiter	14
6. Arbeitsunfähigkeit	17
7. Private Krankenversicherung und Arbeitslosigkeit.....	19
8. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse.....	22
9. Tätigkeit des Arbeitnehmers im Ausland.....	25
10. Selbstständige.....	30
11. Scheinselbstständigkeit und arbeitnehmerähnliche Selbstständigkeit	32
12. Beihilfeberechtigung und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes ..	33
13. Bundesfreiwilligendienst, Freiwilliger Wehrdienst.....	37
14. Rentner	38
15. PKV im Alter	42
16. Basistarif.....	46
17. Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Elternzeit	49
18. Urlaub im Ausland	53
19. Pflegepflichtversicherung.....	57
20. Pflegezusatzversicherung	72
21. Beitragsschulden	76
Abkürzungsverzeichnis.....	78

Stand: Januar 2015

Bestell-Nr. 12-010115-09

Bildnachweis: alexsl/istockphoto

1. Pflicht zur Versicherung

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

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

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

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

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

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

§ 193 Abs. 4 VVG

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

2. Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer

Versicherungsfreiheit besteht für Arbeitnehmer in der GKV, wenn ihr Einkommen die aktuell geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (2015: 54.900 Euro) – auch Versicherungspflichtgrenze genannt – überschreitet und voraussichtlich auch im Folgejahr darüber liegen wird. Für Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der damals geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und eine private substitutive Krankenversicherung hatten, gilt eine niedrigere Versicherungspflichtgrenze (2015: 49.500 Euro). Die für die Versicherungspflicht maßgeblichen Jahresarbeitsentgeltgrenzen werden jährlich an die durchschnittliche Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst.

(1) Ausscheiden aus der Versicherungspflicht

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

Für die Frage, ob das Einkommen die Pflichtgrenze überschreitet, zählen nicht nur die 12 Monatsgehälter, sondern auch die weiteren regelmäßig gewährten Bezüge, zum Beispiel das 13. Monatsgehalt, Weihnachts- und Urlaubsgeld, Entgelte für ver-

traglich geschuldete Bereitschaftsdienste, Überstundenpauschalen, die vermögenswirksamen Leistungen nach dem Vermögensbildungsgesetz, nicht aber die Arbeitnehmersparzulage.

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

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

(2) Freiwillige Versicherung in der GKV

Voraussetzung für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist, dass der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wenigstens 24 Monate oder unmittelbar vorher ununterbrochen wenigstens 12 Monate in der GKV versichert war. Endet eine Pflicht- oder Familienversicherung, setzt sich die Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn

*§§ 9 Abs. 1 Satz 1
Nr. 1, Abs. 2, 188
Abs. 4 SGB V*

das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) Vollversicherung in der PKV

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

Wer zur PKV wechseln möchte, nachdem er als Arbeitnehmer versicherungsfrei geworden ist, kann innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse auf die Austrittsmöglichkeit seine Mitgliedschaft mit Wirkung zum Ende der Versicherungspflicht beenden. Voraussetzung ist die Vorlage eines Nachversicherungsnachweises, den das PKV-Unternehmen erstellt.

3. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Krankenversicherungspflicht in der GKV besteht immer dann, wenn bestimmte im SGB V genannte Voraussetzungen erfüllt werden. In den im Folgenden genannten Fällen ist eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht möglich. Dafür ist ein Antrag bei der Krankenkasse erforderlich, der innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen ist. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind, anderenfalls vom Beginn des auf die Stellung des Befreiungsantrags folgenden Kalendermonats an. Die Befreiung kann – auch später – nicht widerrufen werden, und zwar solange der die Versicherungspflicht auslösende Sachverhalt, von dem befreit wurde, noch andauert. Zuständig

§ 197 Abs. 2 VVG

§ 188 Abs. 4 SGB V

§ 8 Abs. 1 und 2 SGB V

für die Befreiung ist diejenige gesetzliche Krankenkasse, die die Krankenversicherungspflicht durchführen würde. Das ist entweder die vom Versicherten gewählte Krankenkasse oder diejenige Krankenkasse, bei der der Versicherte zuletzt versichert war. Bestand zuvor keine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, kommt für die Antragstellung jede wählbare Krankenkasse in Betracht.

(1) Versicherungspflichtgrenze übersteigt Einkommen

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

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

(2) Teilzeitbeschäftigung

Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird, weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird und sein Einkommen deshalb unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze sinkt. Dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein entsprechendes Teilzeitarbeitsverhältnis aufnehmen. Voraussetzung ist ferner, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist.

*§ 8 Abs. 1 Nr. 3
SGB V*

Personen, die durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz oder dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz während der Elternzeit versicherungspflichtig werden, können sich ebenfalls von der

*§ 8 Abs. 1 Nr. 2
SGB V*

Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung gilt nur für die Elternzeit.

§ 8 Abs. 1 Nr. 2 a
SGB V

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

§ 8 Abs. 1 Nr. 3
SGB V

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

§ 257 Abs. 2 SGB V

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

(3) Altersteilzeit

Für die Befreiung von der Versicherungspflicht bei Altersteilzeit gelten dieselben Voraussetzungen wie für die Befreiung bei Teilzeitbeschäftigung. Auch hier muss die Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der betriebsüblichen Arbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter herabgesetzt werden. Unschädlich

für das Befreiungsrecht ist es, wenn die in diesem Umfang reduzierte Arbeitszeit im Rahmen eines Blockmodells verteilt wird.

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

Zum Arbeitgeberzuschuss bei Altersteilzeit siehe Kapitel 4, Abschnitt 4.

(4) Arbeitslosigkeit

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

(5) Studenten, Praktikanten, Auszubildende des Zweiten Bildungsweges

Personen, die durch die Einschreibung als Student an einer staatlichen oder staatlich anerkannten, in der Bundesrepublik Deutschland ansässigen Hochschule krankenversicherungspflichtig werden, können sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. Der Befreiungsantrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht (Einschreibung im ersten Semester) bei einer Krankenkasse gestellt werden.

Der Nachweis eines privaten Krankenversicherungsvertrages ist für die Befreiung nicht erforderlich, er hat auch keinen Einfluss auf die Einschreibung oder Annahme der Rückmeldung (Aus-

§ 6 Abs. 3a SGB V

§ 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V

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

nahme: Saarland). Der Gesetzgeber hat die Versicherungspflicht auf eine Höchstdauer der Fachstudienzeit und auf ein Höchstalter begrenzt. Die Dauer der gesetzlichen Versicherungspflicht endet in der Regel nach dem 14. Fachsemester, spätestens jedoch mit Vollendung des 30. Lebensjahres. Über diesen Zeitraum hinaus bleibt der Student nur dann versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung, familiäre oder persönliche Gründe die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Studienzeit rechtfertigen.

BAföG-Empfänger erhalten vom Amt für Ausbildungsförderung einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie das Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes nachweisen. Damit wird der Zuschuss auch bei einem PKV-Schutz gewährt. Der monatliche Zuschuss zur Krankenversicherung beträgt 2015 62 Euro, der monatliche Zuschuss zur Pflegepflichtversicherung 11 Euro. Der Zuschuss beträgt allerdings maximal die Hälfte des tatsächlichen Versicherungsbeitrags.

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

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

§ 13a Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

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

(6) Rehabilitanden

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

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

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

§ 258 SGB V

(7) Menschen mit Behinderungen

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

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

4. Arbeitgeberzuschuss zum Beitrag zur privaten Krankenversicherung

§ 257 SGB V

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

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

(1) Umfang des Versicherungsschutzes in der PKV

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

(2) Kreis der Angehörigen

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

§ 10 SGB V

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

So darf der Angehörige nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sein und kein Gesamteinkommen von regelmäßig mehr als 405 Euro (2015) im Monat erzielen. Für geringfügig Beschäftigte beträgt die Einkommensgrenze 450 Euro.

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

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

(3) Voraussetzung für den Zuschuss

Die private Krankenversicherung muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

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

§ 257 Abs. 2a
SGB V

brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten und für bestimmte Personen fortzuführen.

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

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

(4) Höhe des Arbeitgeberzuschusses

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

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

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

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

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

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

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

(5) Steuerliche Aspekte

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

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

5. Gruppenversicherungs- und Sammelinkassoverträge des Arbeitgebers für Mitarbeiter

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

(1) Voraussetzungen der Gruppenversicherungsverträge

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

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

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

(2) Vorteile für Betriebe und Mitarbeiter

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

(2) Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme und verfügbaren Überschüssen.

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

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

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

(3) Steuerliche Belastungen der Beiträge und Leistungen

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

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

(2) Angestellte, Beihilfeberechtigte und Rentner können den Beitrag für ihre Kranken- und Pflegeversicherung als sonstige Vorsorgeaufwendungen bis zu einem Betrag von 1.900 Euro, Selbstständige bis zu einem Betrag von 2.800 Euro von der Steuer absetzen. Wird der Höchstbetrag überschritten, können nur Beiträge für eine private Krankenversicherung berücksichtigt werden, die mit einer Basisabsicherung übereinstimmen. Zur Basisabsicherung in einer privaten Krankenversicherung dienen die Beitragsanteile, mit denen Versicherungsleistungen finanziert werden, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – also den Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – vergleichbar sind und auf die ein Anspruch besteht. Das Nähere hierzu ist in einer Verordnung geregelt. Beiträge für die Private Pflegepflichtversicherung können ohne Abzug als Sonderausgaben angesetzt werden. Beitragsrückerstattungen

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

§ 10 Abs. 1 Nr.
3 b, Abs. 4 EStG,
Krankenversiche-
rungsbeitragsan-
teil-Ermittlungs-
verordnung

mindern im Jahr der Auszahlung oder Gutschrift die als Sonderausgaben abziehbaren Beiträge.

Weitere sonstige Vorsorgeaufwendungen wie Beiträge für eine Haftpflicht- oder Unfallversicherung können nur als Sonderausgaben angesetzt werden, sofern der Höchstbetrag nicht bereits durch Beiträge für eine Basiskrankenversicherung ausgeschöpft ist.

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

§ 3 Nr. 1 EStG

(4) Sammelinkassoverträge

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

6. Arbeitsunfähigkeit

(1) GKV-Versicherte

Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte), die in der GKV als Pflichtmitglieder oder freiwillig versichert sind, müssen bei Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende der Gehaltsfortzahlung vom Krankengeld Beiträge zur Rentenversicherung, zur Pflegeversicherung und zur Arbeitslosenversicherung entrichten. Für die Beitragsbemessung werden 80 Prozent des der Leistungsbe-

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

messung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt. Die jeweiligen Beiträge werden je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und seiner Krankenkasse getragen.

(2) PKV-Versicherte

(1) Gesetzliche Rentenversicherung

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

(2) Pflegeversicherung

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

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

(3) Arbeitslosenversicherung

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

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

7. Private Krankenversicherung und Arbeitslosigkeit

(1) Fortbestand der privaten Krankenversicherung

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

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

Soweit nach diesen Maßgaben Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, kann die private Krankenversicherung fortgeführt werden. Soweit die private

Krankenversicherung bereits vor dem 31. Dezember 2008 bestanden hat, können die betroffenen Personen in der Regel entweder in den Standardtarif oder den Basistarif wechseln. Bestand das Versicherungsverhältnis erstmals ab dem 1. Januar 2009, ist nur ein Wechsel in den Basistarif möglich.

§ 8 Abs. 1 Nr. 1a
SGB V

Darüber hinaus können sich Privatversicherte, die Arbeitslosengeld beziehen, auf Antrag von der Versicherungspflicht in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) befreien lassen. Voraussetzung ist, dass diese Personen in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht in der GKV versichert waren und eine private substitutive Krankenversicherung haben, deren Leistungen nach Art und Umfang den Leistungen der GKV entsprechen. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht durch den Bezug des Arbeitslosengeldes bei einer Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt von Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden und gilt nur für die Zeit der Arbeitslosigkeit. Sobald diese Befreiung bestätigt worden ist, übernimmt die Bundesagentur für Arbeit durch Zahlung unmittelbar an das PKV-Unternehmen sowohl den Beitrag zur PKV als auch zur privaten Pflegepflichtversicherung bis zu der Höhe, die sie auch bei einer Pflichtmitgliedschaft in der GKV und in der Sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätte.

§ 5 Abs. 5a SGB V

Schließt sich an den Bezug des Arbeitslosengeldes bei fortbestehender Arbeitslosigkeit der Bezug von Arbeitslosengeld II als Leistung der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB II) an, gilt Folgendes: Der Bezug von Arbeitslosengeld II begründet keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Person vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II zuletzt privat krankenversichert war. Bestand in diesem Zeitpunkt weder eine gesetzliche noch eine private Krankenversicherung, besteht keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Personen, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, für Angestellte, deren regelmäßiges Arbeits-

entgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, und für Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Für die Personen, die am 31. Dezember 2008 bereits aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig waren, bleibt es allerdings bei der Versicherungspflicht für die Dauer der Hilfebedürftigkeit.

Während des Bezugs von Arbeitslosengeld II gewährt der zuständige Träger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Besteht Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II allein durch die Zahlung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung, beteiligt sich der zuständige Träger in dem Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch die Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht – wie in der Regel – unabhängig von dem Beitrag zur privaten Krankenversicherung Hilfebedürftigkeit, zahlt der Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Seit dem 1. Januar 2015 beträgt dieser Zuschuss auf der Grundlage eines ermäßigten Beitragssatzes von 14 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung 81,76 Euro. Diesbezüglich hat das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 18. Januar 2011, Az.: B 4 AS 108/10R, jedoch festgestellt, dass eine Begrenzung des Zuschusses für eine private Krankenversicherung auf den vorgenannten Betrag rechtswidrig ist. Die Bundesagentur für Arbeit hat daraufhin den Zuschuss für laufende Leistungsfälle ab dem 18. Januar 2011 auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrags, höchstens jedoch auf die Höhe des halben Beitrags im Basistarif (2015: 319,69 Euro) erhöht. Besteht die private Krankenversicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG, vermindert sich zusätzlich der Beitrag zum Basistarif auf die Hälfte, wenn durch die Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht beziehungsweise die Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags besteht.

Darüber hinaus werden für die Dauer des Bezugs von Arbeitslosengeld II die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Wenn

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

§ 26 Abs. 3 SGB II

allein durch die Beiträge für die private Pflegeversicherung Hilfebedürftigkeit entstehen würde, beteiligt sich der Träger in dem Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Was passiert nach Beendigung des Bezugs von Arbeitslosengeld, wenn eine privat versicherte Person sich beim Bezug von Arbeitslosengeld nicht von der Versicherungspflicht befreien ließ und daher in die GKV wechselte? Erfüllt die Person einen der anderen Tatbestände der Versicherungspflicht des § 5 SGB V, geht sie etwa ein neues Beschäftigungsverhältnis mit einem Gehalt unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze ein, besteht weiterhin Versicherungspflicht in der GKV. Ist kein anderer Tatbestand der Versicherungspflicht in der GKV erfüllt, kann die Person wählen, ob sie als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben möchte oder sich erneut privat krankenversichert.

(2) Anwartschaftsversicherung

Wer arbeitslos wird, sich gesetzlich krankenversichert, aber die Möglichkeit einer späteren Rückkehr in die Private Krankenversicherung auf jeden Fall offen halten will, kann eine Anwartschaftsversicherung abschließen.

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

8. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse

Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt 450 Euro pro Monat nicht übersteigt. Auch eine kurzfristige Beschäftigung, die innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens

§ 204 Abs. 3 VWG

§§ 8, 8a SGB IV

zwei Monate beziehungsweise 50 Arbeitstage beschränkt ist, ist geringfügig, selbst wenn das Arbeitsentgelt 450 Euro übersteigt. Die kurzfristige Beschäftigung darf allerdings nicht berufsmäßig ausgeübt werden. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts übt jemand eine Beschäftigung oder Tätigkeit berufsmäßig aus, wenn er hierdurch seinen Lebensunterhalt überwiegend oder doch in solchem Umfang finanziert, dass seine wirtschaftliche Stellung zu einem erheblichen Teil auf dieser Beschäftigung oder Tätigkeit beruht. Wird eine geringfügige Beschäftigung ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt auch die Entgeltgrenze von 450 Euro. Eine geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch die Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

Für einen geringfügig Beschäftigten besteht

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

Die Arbeitgeber zahlen für versicherungsfreie geringfügig entlohnte Beschäftigungen

- 15 Prozent Beitrag an die Rentenversicherung (§ 172 Abs. 3a SGB VI),
- 13 Prozent Beitrag an die GKV (§ 249b SGB V).

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

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

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

§ 249b SGB V

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

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

Die oben beschriebene Addition von normaler Beschäftigung und geringfügiger Beschäftigung kann dazu führen, dass Versiche-

rungsfreiheit in der GKV entsteht. In diesem Fall ist ein Wechsel zur PKV möglich.

9. Tätigkeit des Arbeitnehmers im Ausland

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

(1) Aufenthalt in Nichtabkommensländern

Für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer, die in Nichtabkommensländer entsandt werden, behalten die Vorschriften der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung weiterhin Gültigkeit. Diese sogenannte Ausstrahlung ist in § 4 SGB IV verankert.

§ 4 SGB IV

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

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

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

(3) Die Entsendung muss zeitlich begrenzt sein. Es ist vorzusehen, dass die entsandten Arbeitskräfte in den Geltungsbereich

des Sozialgesetzbuchs zurückkehren. Dies muss vor der Entsendung festgelegt sein, das heißt die Dauer des Aufenthaltes muss übersehbar, mindestens aber abschätzbar sein. Die zeitliche Eingrenzung kann sich aus einem Vertrag oder aus der Eigenart der Beschäftigung ergeben. Eine Entsendung bis zum Erreichen der Altersgrenze gilt nicht als befristet.

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

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

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

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

§ 5 SGB IV

§ 17 SGB V

(2) Länder des Europäischen Wirtschaftsraums und Staaten mit Sozialversicherungsabkommen

*Art. 12 Verordnung
(EG) 883/2004*

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

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

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

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

Die ins Ausland entsandten GKV-versicherten Arbeitnehmer erhalten von den ausländischen Krankenkassen die Leistungen so, als ob sie bei diesen versichert wären. Welche Leistungen

in Frage kommen und wie sie erbracht werden, das heißt ob zum Beispiel Arzt- und Arzneirechnungen zunächst bezahlt werden müssen und anschließend ganz oder teilweise von der ausländischen Krankenkasse erstattet werden, orientiert sich an den Vorschriften des ausländischen Versicherungsträgers. Die Dauer der Leistungen richtet sich jedoch nach den Versicherungsbedingungen der deutschen Krankenkasse. Je nachdem in welchem Land sich der Mitarbeiter aufhält, deckt der gesetzliche Schutz aber nicht alle Krankheitskosten.

§ 17 SGB V

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

(3) Schutz privatversicherter Arbeitnehmer

Die private Vollversicherung des Arbeitnehmers hat, solange ein Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland besteht, Europageltung. Während des ersten Monats des Aufenthalts gilt die Versicherung ohne besondere Vereinbarung auch in den außereuropäischen Staaten. Dasselbe trifft für eine Krankenhaustagegeldversicherung zu. Sonderregelungen gibt es für die Krankentagegeldversicherung.

Für nicht krankenversicherungspflichtige, privat krankenversicherte Arbeitnehmer gilt im Fall der Entsendung im Ausland Folgendes: Verlegt der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR), so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Verlegt

eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU beziehungsweise des EWR, endet insofern das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der privatversicherte Arbeitnehmer sollte deshalb seine Versicherung über die Verlegung seines Wohnsitzes in ein europäisches Land oder den geplanten Aufenthalt im außereuropäischen Ausland rechtzeitig informieren.

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

(4) Pflegepflichtversicherung

Die soziale Pflegeversicherung fällt unter den sachlichen Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004. Unterliegt ein aus der Bundesrepublik Deutschland entsandter Arbeitnehmer aufgrund eines mit einem Staat außerhalb der EWG getroffenen Abkommens über Soziale Sicherheit in der Krankenversicherung den Vorschriften des anderen Staates, gelten für ihn gleichwohl die Vorschriften über die deutsche Pflegeversicherung. Versicherungspflicht besteht aber nur dann, wenn der Entsandte auch in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich versichert ist.

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

Die Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung knüpft nicht an eine berufliche Tätigkeit an. Sie setzt vielmehr voraus, dass nach § 23 Abs. 1 SGB XI eine private Krankenversicherung besteht, die wenigstens allgemeine Krankenhausleistungen abdeckt oder mit welcher die Pflicht zur Versi-

*§ 4 SGB IV
§ 20 SGB XI*

§ 3 Nr. 2 SGB IV

cherung gemäß § 193 Abs. 3 VVG erfüllt wird. Diese Vorschrift über die Versicherungspflicht in der Privaten Pflegepflichtversicherung gilt für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

10. Selbstständige

(1) Versicherungsmöglichkeiten in der GKV

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

Selbstständige können sich folglich nur freiwillig in der GKV versichern. Dafür müssen sie über bestimmte Vorversicherungszeiten in der GKV verfügen. Sie müssen entweder „in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate“ versichert gewesen sein (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dabei sind Zeiten der Familienversicherung mitzurechnen. Alternativ kommt eine freiwillige Versicherung in Frage, wenn eine Pflicht- oder Familienversicherung endet und kein wirksamer Austritt erklärt wird.

(2) Beiträge in der GKV

Der Beitrag für Selbstständige in der GKV bemisst sich nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Bei hauptberuflich Selbstständigen ist als Einnahmen für jeden Kalendertag mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen. Dies sind bei 30 Kalendertagen auf der Grundlage der Bezugsgröße für 2015, die monatlich 2.835 Euro beträgt, 2.126,25 Euro. Unter Zugrundelegung des ermäßigten Beitragsatzes von 14 Prozent für Versicherte ohne Krankengeldbezug ergibt sich ein Mindestbeitrag von 297,68 Euro. Dies beinhaltet allerdings noch keine Krankengeldversicherung. Der Spitzen-

§ 5 Abs. 5 SGB V

§§ 9 Abs. 1, 188
Abs. 4 SGB V

§ 240 Abs. 4 SGB V,
§ 57 Abs. 4 SGB XI

verband Bund der Krankenkassen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße (also 1.417,50 Euro), zugrunde gelegt werden; der Beitrag beträgt dann mindestens 198,45 Euro. Für die soziale Pflegeversicherung sind zusätzlich mindestens 49,97 Euro beziehungsweise für kinderlose Selbstständige 55,28 Euro als Beitrag zu leisten.

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

§ 175 Abs. 4 SGB V

(3) Wechsel zur PKV

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

Selbstständige erhalten keinen Arbeitgeberzuschuss zu ihrer Krankenversicherung. Sie müssen deshalb in der PKV wie in der GKV den Versicherungsbeitrag komplett selbst bezahlen. Im Gegensatz zur GKV kann der Versicherte in der PKV allerdings Einfluss auf die Höhe des zu zahlenden Beitrags nehmen. Denn dieser richtet sich unter anderem nach dem Umfang des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

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

11. Scheinselbstständigkeit und arbeitnehmerähnliche Selbstständigkeit

§ 7 Abs. 1 SGB IV

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

§ 205 Abs. 2 VWG

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

§ 2 Nr. 9 SGB VI

Nur in der Rentenversicherung versicherungspflichtig sind insbesondere Selbstständige, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, dessen Arbeitsentgelt aus diesem Beschäftigungsverhältnis regelmäßig 450 Euro im Monat übersteigt, und die auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind.

12. Beihilfeberechtigung und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes

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

Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder (BhV)

(1) Beamte und Empfänger einer Beamtenversorgung

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

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

Die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) betrifft Bundesbeamte und Landes- und Kommunalbeamte der Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Die übrigen Länder haben eigene Beihilfevorschriften erlassen.

Die Beihilfe kann auch Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung, Unterbringung im Zweibettzimmer) umfassen. In Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Wahlleistungen. Berlin gewährt ausnahmsweise Wahlleistungsbeihilfe weiterhin an Personen, die am 1. April 1998 das 55. Lebensjahr vollendet haben oder Schwerbehinderte oder Versorgungsempfänger sind. Dies gilt in Brandenburg für am 1. Januar 1999 schwerbehinderte Personen, solange die Schwerbehinderung andauert, sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige, die diese Voraussetzungen erfüllen. In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz können Beamte freiwillig für die Beihilfefähigkeit der stationären Wahlleistungen optieren. Die Gewährung von Beihilfe für die stationäre Unterbringung kostet 22 (Baden-Württemberg) beziehungsweise 26 Euro (Rheinland-Pfalz) monatlich, die von den Bezügen einbehalten werden. Der Beihilfeberechtigte oder beihilfeberücksichtigungsfähige Angehörige muss dazu innerhalb einer Ausschlussfrist erklären, die Wahlleistungen in Anspruch nehmen zu wollen. In Bayern gilt für die Inanspruchnahme einer Chefarztbehandlung im Krankenhaus ein Selbstbehalt von 25 Euro pro Tag und für das Zweibettzimmer ein täglicher Selbstbehalt von 7,50 Euro, höchstens für 30 Tage im Kalenderjahr.

§ 46 BBhV

Nach den Beihilfavorschriften des Bundes erhält der Beamte als Beihilfe 50 Prozent seiner Aufwendungen, 70 Prozent der Aufwendungen für seinen Ehegatten, seine Ehegattin, seinen Lebenspartner oder seine Lebenspartnerin und 80 Prozent der Aufwendungen für seine Kinder. Hat der Beamte zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder, erhält auch er 70 Prozent seiner eigenen Aufwendungen. Dem Pensionär stehen ebenfalls 70 Prozent der eigenen Aufwendungen zu.

§ 48 BBhV

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

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

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

Die Beihilfebemessungssätze des Bundes gelten im Grundsatz auch in den meisten Ländern. Abweichungen davon gibt es in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. In Bremen und Hessen bemisst sich die Beihilfe für Beamte und gegebenenfalls für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach Familienstand und Kinderzahl, aber auch danach, ob der Beamte aktiv tätig oder Versorgungsempfänger ist, und nach Art der Kosten (ambulante, stationäre oder Zahnbehandlung). Die dabei möglichen Beihilfebemessungssätze reichen von 50 bis 85 Prozent des Rechnungsbetrages, in Ausnahmefällen auch darüber hinaus.

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

*Öffnung der PKV
für Beamte*

Wer neu verbeamtet wird und in die Normaltarife der PKV nicht oder nur unter Berechnung eines Risikozuschlags aufgenommen werden würde, kann sich zur Erfüllung seiner Pflicht zur Versicherung ohne Risikozuschlag im Basistarif versichern. Diese Regelung gilt auch für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen (siehe auch Kapitel 16).

(2) Arbeitnehmer

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

Besonderheiten können sich für solche Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst ergeben, deren Arbeitsverhältnisse vor einem bestimmten Stichtag begründet wurden: Diesen wird Beihilfe gewährt. So erhalten Arbeitnehmer des Bundes, deren Arbeitsverhältnis vor dem 1. August 1998 begründet worden ist, Beihilfe nach Maßgabe der Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 23. Juni 1998 und vom 5. September 2005. Für die einzelnen Bundesländer gelten folgende Stichtage: in Baden-Württemberg Oktober 1997, in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz 1. Januar 1999, in Bayern 1. Januar 2001. In Schleswig-Holstein wird Arbeitnehmern seit dem 1. Januar 2004 keine Beihilfe mehr gewährt, es sei denn, sie wurden vor dem 30. September 1970 eingestellt oder haben zum oben genannten Zeitpunkt das 40. Lebensjahr vollendet und volle Beihilfe erhalten. In Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sach-

sen und Sachsen-Anhalt haben Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst keinen Anspruch auf Beihilfe.

13. Bundesfreiwilligendienst, Freiwilliger Wehrdienst

(1) Bundesfreiwilligendienst

Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, sind versicherungspflichtig in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsentgelt sind alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden. Hierzu ist auch ein im Rahmen eines Bundesfreiwilligendienstes gewährtes Taschengeld zu zählen, aber gegebenenfalls auch Sachbezüge wie Verpflegung, Wohnung oder Kleidung. Weil es sich nicht um eine geringfügige Beschäftigung handelt, sind Freiwillige im Bundesfreiwilligendienst als Arbeitnehmer versicherungspflichtig in der GKV und Sozialen Pflegeversicherung. Es besteht keine Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen.

§§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, § 14 SGB IV, §§ 2 und 3 SvEV, § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI

(2) Freiwilliger Wehrdienst

Freiwillig Wehrdienstleistende, die bei Beginn des Wehrdienstes in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder freiwillig versichert sind, bleiben während der Dauer der Dienstleistung auf Kosten des Bundes versichert. Der Leistungsanspruch ruht, da ihnen unentgeltlich truppenärztliche Versorgung zusteht, jedoch bleibt ihre Krankenkasse für die Leistungen der Familienversicherung leistungspflichtig.

§§ 193, 251 Abs. 4 SGB V, § 30 Abs. 1 Soldatengesetz (SG)

Wehrdienstleistende, die privat versichert sind, haben ebenfalls Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Es

ist daher für die Zeit des Wehrdienstes ratsam, eine Anwartschaftsversicherung bzw. Ruhensvereinbarung abzuschließen. Die Beiträge hierfür werden auf Antrag im Rahmen der Unterhaltssicherung erstattet.

14. Rentner

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

Pflichtversicherung besteht bei Rentnern dann, wenn eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt wird und gleichzeitig bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllt sind. Erforderlich ist eine Vorversicherungszeit, das heißt der Versicherte muss seit der erstmaligen Aufnahme der Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen sein. Als Erwerbstätigkeit ist jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland, anzusehen. Neben den Zeiten einer Pflicht- und freiwilligen Versicherung werden als Vorversicherungszeit auch angerechnet

- Zeiten einer auf der gesetzlichen Versicherung des Mitglieds beruhenden Familienversicherung,
- Zeiten der Ehe mit einem gesetzlich Versicherten (bis 31. Dezember 1988) unter bestimmten Voraussetzungen.

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

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

- Es besteht Versicherungspflicht aus anderen Gründen (zum Beispiel als Arbeitnehmer oder Bezieher von Arbeitslosengeld).

§ 5 Abs. 1 Nr. 11
SGB V

§§ 5 Abs. 5 und 8,
6 Abs. 3 SGB V

- Es wird eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt.
- Es wird einer der Tatbestände erfüllt, die zur Versicherungsfreiheit führen (zum Beispiel als Beamter, Ruhegehaltsempfänger oder aufgrund einer Beschäftigung mit einem Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze).

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

§ 8 Abs. 1 Nr. 4
SGB V

(2) Freiwillige Versicherung für Rentner in der GKV

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

§§ 9 Abs. 1 Nr. 1,
Abs. 2, 188 Abs. 4
SGB V

(3) Beiträge zur Krankenversicherung

(1) Beiträge pflichtversicherter Rentner

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

§§ 237, 247, 250
SGB V

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

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

§ 226 Abs. 2 SGB V

Aus Versorgungsbezügen und Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit sind nur Beiträge zu entrichten, wenn diese den mindestbeitragspflichtigen Betrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreiten (141,75 Euro pro Monat).

Die genannten Einkommen werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Beitragszahlung herangezogen. Der maßgebliche Beitragssatz ist der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V. Dieser ist jeweils vom 1. Juli des laufenden bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres zugrunde zu legen. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an (§ 247 SGB V).

§ 249a SGB V

Die Beiträge werden vom Rentenversicherungsträger und von den versicherungspflichtigen Rentnern jeweils zur Hälfte aufgebracht. Der Krankenversicherungsbeitrag wird von der Zahlstelle des Rentenversicherungsträgers ermittelt, von der Rente einbehalten und ist an die jeweilige Krankenkasse zu bezahlen. Der Zusatzbeitrag ist vom versicherten Rentner alleine aufzubringen.

§ 248 SGB V

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

(2) Beiträge freiwillig versicherter Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern muss die Krankenkasse die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ihres Mitglieds berücksichtigen. Folglich unterliegen neben der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung auch Versorgungsbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit sowie alle weiteren Einkünfte (zum Beispiel Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Zinseinkünfte) grundsätzlich der Beitragspflicht, und zwar bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Beiträge für freiwillig versicherte Rentner werden entweder nach dem allgemeinen Beitragssatz (für die Bemessung aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen) oder nach dem ermäßigten Beitragssatz der Krankenkasse (für die Bemessung aus sonstigen Einkünften wie Mieten und Zinsen), nämlich nach dem für Mitglieder ohne Krankengeldanspruch, erhoben. Sie sind in voller Höhe vom Rentner zu tragen. Auf Antrag gewährt der Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur Krankenversicherung. Der monatliche Zuschuss wird in Höhe des halben Beitrags geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf den Zahlbetrag der jeweiligen Rente ergibt.

(3) Beiträge privat krankenversicherter Rentner

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

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

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird in Höhe des halben Satzes gewährt, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung auf den

Zahlbetrag der Rente ergibt. Der Zuschuss wird allerdings auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen begrenzt. Berücksichtigungsfähig sind bei einer privaten Krankenversicherung die Prämien, die für die Versicherung gegen Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arznei- und Heilmittel und Krankenhauspflge (auch Krankenhaustagegeldversicherung) aufgewendet werden.

15. PKV im Alter

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

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

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

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

Die mit dem Zuschlag verzinslich angesammelten Mittel werden verwendet, um Beitragserhöhungen ab dem 65. Lebensjahr zu vermeiden. Je früher mit dem Zuschlag begonnen wurde, je

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

§ 12 Abs. 4a VAG

mehr Mittel also zur Verfügung stehen, desto dauerhafter kann der Beitrag ab dem 65. Lebensjahr konstant bleiben.

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

(1) Beitragsentlastungsprogramme

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

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

(2) Anpassungen im versicherten Leistungsumfang

Jeder PKV-Versicherte hat das Recht, Anpassungen in seinem versicherten Leistungsumfang vorzunehmen, um auf diese Weise zum Beispiel eine Beitragsreduzierung zu erreichen. Möglich ist dies beispielsweise durch einen Verzicht auf Wahl-

leistungen im Krankenhaus oder durch die Erhöhung eines vereinbarten Selbstbehalts.

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

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

(3) Standardtarif

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

Folgende Personen können sich im Standardtarif versichern:

1. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben

Diese Personen müssen seit mindestens zehn Jahren in der PKV versichert sein, und zwar in einem Tarif, der grundsätzlich durch den Arbeitgeber zuschussberechtigt ist. Diese Voraussetzung erfüllen alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz bieten. Nicht dazu gehören Zusatztarife, die lediglich ergänzend zu einem Versicherungsschutz in der GKV abgeschlossen werden.

2. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben

Diese Personen können in den Standardtarif wechseln, wenn

- ihr Einkommen unter der aktuellen Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (2015: 49.500 Euro) liegt und
- sie über eine 10-jährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif verfügen.

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

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

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

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

- Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Bezug eines Ruhegehalts nach beamtenrechtlichen Vorschriften,
- zehn Jahre Vorversicherungszeit in einem zuschussfähigen Tarif,

- Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 7 SGB V (2015: 49.500 Euro).
- Einbezogen sind selbstverständlich auch die Bezieher von Witwengeld oder eines Unfallruhegehaltes sowie ehemalige Berufssoldaten. Dies gilt auch für die Familienangehörigen, sofern sie bei einer GKV-Versicherung beitragsfrei mitversichert wären.

5. Standardtarif für Heilfürsorgeberechtigte

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

16. Basistarif

Seit dem 1. Januar 2009 sind die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, den Basistarif anzubieten, insbesondere um die Erfüllung der Pflicht zur Versicherung zu gewährleisten.

(1) Versicherungsberechtigter Personenkreis

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

- Personen, die freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse werden, innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft.
- Allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, noch Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten.

setzung beanspruchen können, noch Sozialhilfe erlangen (Ausnahme: Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII).

- Beihilfeberechtigten, die einen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz benötigen.
- Privatversicherten mit Wohnsitz in Deutschland, die ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben.

(2) Bestandsversicherte

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

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

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

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

Im Basistarif haben die Versicherungsberechtigten (siehe oben) einen Aufnahmeanspruch. Die Versicherungsunternehmen dür-

fen daher ihre Anträge grundsätzlich nicht ablehnen. Bestehen Vorerkrankungen, dürfen keine Risikozuschläge erhoben und keine Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Gleichwohl findet eine Gesundheitsprüfung statt, um für die im Basistarif Versicherten den Risikoausgleich zwischen den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung durchführen zu können.

(3) Leistungen

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

Der Basistarif muss dabei von dem Versicherungsunternehmen mit vier Selbstbehaltstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten werden. Der Versicherungsnehmer ist an die Wahl der Selbstbehaltstufe drei Jahre gebunden. Führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgelegt.

(4) Beitragsbegrenzung

Der Beitrag zum Basistarif ist limitiert auf den jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV. Dieser wird seit dem 1. Januar 2015 anhand des einheitlichen Beitragssatzes zuzüglich des durch die Bundesregierung festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V und der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV ermittelt. Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, wird der Höchstbeitrag halbiert. Falls dann immer

noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht, leistet der nach dem SGB II oder SGB XII zuständige Träger auf Antrag einen Zuschuss, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

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

Auf Antrag gewährt der nach dem SGB II oder SGB XII zuständige Träger auch hierfür einen Zuschuss. Dieser ist begrenzt auf die Hälfte des Höchstbeitrages (vergleiche hierzu auch Kapitel 7).

17. Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Elternzeit

(1) Mutterschaftsgeld

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

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

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

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

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

Der Arbeitgeber hat auch den privat krankenversicherten Frauen den Unterschiedsbetrag zwischen 13 Euro und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zu zahlen, sofern das durchschnittliche Entgelt der Schwangeren im Referenzzeitraum (letzte drei abgerechnete Kalendermonate, bei wöchentlicher Abrechnung aus den letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist) mehr als 13 Euro pro Kalendertag betragen hat.

(2) Elterngeld und Elterngeld Plus

Das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz gewährt Müttern und Vätern auf Antrag ein Elterngeld, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit aufgeben oder beschränken (bis zu 30 Stunden pro Woche Teilzeitarbeit sind möglich) und sich selber um die Erziehung ihres Kindes kümmern.

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

Die Elterngeldleistung beträgt prozentual je nach Einkommenshöhe 65 bis 100 Prozent des entfallenden Nettoeinkommens (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz), absolut mindestens 300 Euro und höchstens 1.800 Euro monatlich für

mindestens die ersten 12 Lebensmonate des Kindes. Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich der Elterngeldanspruch, auch über 1.800 Euro hinaus, um jeweils um 300 Euro für jedes Mehrlingskind. Anspruch auf einen Geschwisterbonus besteht, wenn zum Zeitpunkt der Geburt bereits ein Kind vorhanden ist, welches das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Der Bonus beträgt 10 Prozent, mindestens aber 75 Euro und wird bis zur Vervollendung des dritten Lebensjahres des bereits vorhandenen Kindes gewährt.

Elterngeld kann maximal in den ersten 14 Lebensmonaten des Kindes in Anspruch genommen werden. Statt für einen Monat Elterngeld zu beanspruchen, kann auch zwei Monate lang ein Elterngeld in halber Höhe bezogen werden, dann auch nach dem 14. Lebensmonat, solange es ab dem 15. Lebensmonat in aufeinander folgenden Lebensmonaten von mindestens einem Elternteil in Anspruch genommen wird (Elterngeld Plus).

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss wird taggenau auf den mit der Geburt des Kindes entstehenden Anspruch auf Elterngeld angerechnet, soweit sich die Anspruchszeiträume überschneiden. Das für die Mutterschutzfristen vor und nach der Geburt auf insgesamt maximal 210 Euro begrenzte Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes für privat versicherte Mütter kann wegfallendes Erwerbseinkommen nicht ausgleichen und wird deshalb nicht angerechnet.

(3) Elternzeit

Anspruch auf Elternzeit besteht grundsätzlich bis zur Vervollendung des dritten Lebensjahres eines Kindes. Die Zeit der Mutterschutzfrist wird auf die dreijährige Höchstdauer der Elternzeit angerechnet. Die Elternzeit kann unabhängig von der Bezugsdauer des Elterngeldes beantragt werden.

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

(4) Auswirkungen auf die Krankenversicherung

§§ 192 Abs. 1 Nr. 2,
224 SGB V

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

Wenn freiwillig Versicherte Mutterschaftsgeld und/oder Elterngeld erhalten oder in der Elternzeit sind, kommen sie in die Familienversicherung der Krankenkasse des Ehegatten, wenn sie ein monatliches Einkommen unter 405 Euro (2015) haben. Das Mutterschaftsgeld, der Zuschuss des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld und das Elterngeld zählen nicht als Einkommen. Wenn eine Familienversicherung in der Krankenkasse des Ehegatten nicht zustande kommt, zum Beispiel weil er privat versichert ist, müssen für sonstige Einkünfte Beiträge entrichtet werden. Dies bedeutet beispielsweise, dass freiwillig versicherte, nicht erwerbstätige Mitglieder, deren Beitragsbemessung auf der anteiligen Zurechnung von Erwerbseinkommen des nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten beruht, während des Bezugs der oben genannten Familienleistungen oder während der Elternzeit den gleichen Beitrag zu entrichten haben, da der Unterhalt aus dem Verdienst des Ehegatten nicht entfällt.

Privatversicherte müssen entsprechend den jeweiligen Versicherungsbedingungen die Beiträge zur Krankenversicherung zahlen. Je nach Tarif kann auch für einen bestimmten Zeitraum nach der Geburt die Beitragspflicht ausgeschlossen sein. Ein direkter Arbeitgeberzuschuss entfällt während des Mutterschutzes und der Elternzeit. Eventuell kommt eine Erhöhung

des Arbeitgeberzuschusses des Ehepartners in Frage, wenn hier der Höchstzuschuss noch nicht erreicht wurde. Wird während der Elternzeit einer Teilzeitbeschäftigung nachgegangen, tritt Versicherungspflicht in der GKV ein, wenn der Verdienst die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet. Es kann dann aber eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in Frage kommen (siehe Kapitel 3, Abschnitt 2).

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

§ 8 Abs. 1 Nr. 3
SGB V

18. Urlaub im Ausland

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

(1) Privatversicherte

PKV-Versicherte brauchen keine besonderen Vorkehrungen zu treffen, wenn sie sich in Europa einschließlich der osteuropäischen Staaten aufhalten. Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf diese Länder. Das gilt ebenfalls für außereuropäische Länder bis zu einem Monat, je nach den Tarifbedingungen auch für weitere Wochen. Für Reisen in außereuropäische Länder von längerer Dauer kann der Versicherungsschutz durch Vereinbarung erweitert werden. Auch für PKV-Vollversicherte kann der

Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung dennoch empfehlenswert sein, um einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland abzusichern und um einen eventuellen Anspruch auf Beitragsrückerstattung in der Vollversicherung nicht zu gefährden.

(2) Gesetzlich Versicherte

Personen, die den gesetzlichen Krankenkassen angehören, sind bei Auslandsaufenthalten über ihre Krankenkasse geschützt, wenn sie sich mit dem Auslandsberechtigungsschein bzw. der Europäischen Krankenversichertenkarte in einem Land behandeln lassen, das dem Europäischen Wirtschaftsraum angehört oder mit dem ein Sozialversicherungsabkommen besteht. Die Vereinbarungen mit den EU-Staaten gelten aufgrund des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum auch für Norwegen, Island und Liechtenstein. Für Reisen in die Länder der Europäischen Union (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern) ist durch EU-Recht festgelegt, dass die Versicherten die Leistungen der dortigen gesetzlichen Krankenversicherung beziehungsweise eines Gesundheitsdienstes in Anspruch nehmen können. Das Gleiche gilt für die Schweiz, die ein Sozialversicherungsabkommen mit der EU abgeschlossen hat. Die Inanspruchnahme geschieht durch Einschalten der gesetzlichen Krankenversicherungsträger beziehungsweise des staatlichen Gesundheitsdienstes dieser Staaten, und zwar so, als ob man dort versichert wäre. Gleiches gilt für eine Reihe von Staaten, mit denen die Bundesrepublik Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, und zwar mit den Staaten des ehemaligen Jugoslawien (Bundesrepublik Jugoslawien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Bosnien-Herzegowina), Tunesien und der Türkei. Nicht von jedem Arzt oder Krankenhaus wird allerdings die Vorlage eines Auslandsberechtigungsscheins akzeptiert.

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

Nicht geschützt sind gesetzlich versicherte Urlauber, die in Länder fahren, die nicht zum Europäischen Wirtschaftsraum gehören und mit denen auch kein Sozialversicherungsabkommen über die Leistungsaushilfe in der GKV getroffen wurde, wie zum Beispiel die Staaten Osteuropas, die nicht Mitglied in der EU sind, Israel, afrikanische Staaten, Asien, Australien, Japan, die USA und weitere amerikanische Staaten. In diesen Staaten werden gesetzlich krankenversicherte deutsche Personen nur privat behandelt. Sie müssen die Honorarrechnungen der Ärzte und die Kosten der Krankenhausbehandlung vollständig selbst bezahlen; denn Rechnungen ausländischer Ärzte oder Krankenhäuser werden von der GKV nicht erstattet.

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

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

(3) Auslandsreisekrankenversicherung

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

Personen, die länger im Ausland bleiben möchten, können sich nach entsprechenden Tarifen privat gegen das finanzielle

Risiko einer Krankheit absichern. Das Tarifangebot ist flexibel: So ist der Versicherungsschutz für einen Aufenthalt bis zu drei Monaten (kurzfristig), bis zu 12 Monaten (mittelfristig) und längerfristig bis zu fünf Jahren, unter Umständen mit Option auf Verlängerung, möglich.

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

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

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

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

nicht zulässig, wenn Versicherte sich mit der ausdrücklichen Absicht einer Behandlung ins Ausland begeben.

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

Der Abschluss der Auslandsrankenversicherung ist unkompliziert; meist geschieht er durch Einsenden eines ausgefüllten, dafür vorgesehenen Zahlkartenabschnitts an ein Unternehmen der Privaten Krankenversicherung oder online. Man kann eine solche Versicherung aber auch direkt bei einem Reisebüro abschließen.

19. Pflegepflichtversicherung

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

(1) Versicherter Personenkreis in der Sozialen Pflegeversicherung

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

§ 1 Abs. 2 und 3
SGB XI

§§ 20 Abs. 1,
21 SGB XI

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

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

(2) Befreiung gesetzlich krankenversicherter Personen

§ 22 Abs. 1 und 2
SGB XI

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

(3) Versicherung privat krankenversicherter Personen

§ 23 Abs. 1 SGB XI

Personen, die bei einem PKV-Unternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG genügen, versichert sind, sind verpflichtet, bei die-

sem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muss ab Beginn der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung eine Familienversicherung bestünde, gelten. Er muss Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

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

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

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

§ 23 Abs. 2 SGB XI

*§§ 21, 51 Abs. 1
und 3, 121 SGB XI*

*§§ 23 Abs. 3 und 4,
24 SGB XI*

Anwendung der in § 46 Abs. 2 und 3 der Beihilfevorschriften des Bundes (BBhV) festgelegten Beihilfebemessungssätze ergeben, den vorgeschriebenen Schutz im Pflegefall gewährleisten.

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

(4) Beiträge

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt bundeseinheitlich (mit Ausnahme des Bundeslandes Sachsen) 2,35 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen; er wird per Gesetz festgelegt. Er beträgt für Versicherte mit Beihilfeberechtigung höchstens die Hälfte. Dazu kann noch der Zusatzbeitrag nach dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz (BGBl. I 2004, S. 448) kommen: Seit dem 1. Januar 2005 zahlen Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung, die keine Kinder haben, einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 Prozent. Vom Zusatzbeitrag ausgenommen sind zum Beispiel Mitglieder, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder aber vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, und Arbeitslosengeld-II-Bezieher.

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

Für Personen, die sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichern, wird der Beitrag nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss festgelegt. Der Zusatzbeitrag von 0,25 Prozent ist für die Private Pflegepflichtversicherung nicht zu entrichten. Der Beitrag darf den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen, wenn der Versicherte sich bereits zum 1. Januar 1995 privat pflegeversichern musste oder, bei späte-

§ 26 Abs. 2 SGB XI

§ 55 SGB XI

§ 6 Abs. 7 SGB V
§ 55 Abs. 2 SGB XI

§ 110 Abs. 3
SGB XI, § 12 Abs. 1
VAG

rem Beitritt, fünf Jahre privat kranken- oder pflegeversichert ist. Risikozuschläge sind nur zulässig, soweit die Vorgaben über den Höchstbeitrag eingehalten werden.

Hinsichtlich des Abschlusses von Versicherungsverträgen ist Folgendes zu beachten:

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

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

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

- Es gibt keine Wartezeiten.
- Es gibt keine Risikozuschläge.
- Ehe- oder Lebenspartner zahlen höchstens 150 Prozent des Höchstbeitrags, sofern ein Ehe- oder Lebenspartner Einkünfte von nicht mehr als einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bezieht (2015: 405 Euro). Für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

(5) Beitragszuschuss

Die Regelungen zum Beitragszuschuss entsprechen grundsätzlich denen zur Krankenversicherung. Eine Ausnahme besteht lediglich in Sachsen, wo im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde. Hier trägt der Arbeitnehmer einen Anteil von 1,675 Beitragspunkten (plus 0,25 Prozentpunkte bei kinderlosen Beitragszahlern) und der Arbeitgeber von 0,675 Beitragspunkten. Privatversicherte

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

§§ 58, 61 Abs. 1 und 3, 6 SGB XI

Arbeitnehmer erhalten einen maximalen Zuschuss nach einer entsprechenden Regelung. Im Übrigen gilt:

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

(6) Pflegebedürftigkeit und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz

§ 14 Abs. 1 SGB XI

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

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

§ 14 Abs. 2 SGB XI

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

§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB XI

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

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

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

§ 18 Abs. 1 SGB XI

Unabhängig von der Pflegestufe gibt es Personen mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“. Wer dieser Personengruppe zuzuordnen ist, wird in § 45a SGB XI näher bestimmt. Grundvoraussetzung ist, dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht – sei es durch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen. Bei „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ ohne Erfüllung der Voraussetzungen für eine Einstufung in Pflegestufe I spricht man von der sogenannten Pflegestufe 0.

§ 45a SGB XI

Die Feststellung, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, erfolgt bei den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Für die privaten Pflegeversicherer nimmt die MEDICPROOF GmbH, ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., die Begutachtung vor. Ihre Gutachter

beurteilen die Pflegebedürftigkeit nach den gleichen Grundsätzen wie der Medizinische Dienst der sozialen Pflegekassen. Um Einzelheiten der Pflegebedürftigkeit zu klären, kommt der von MEDICPROOF beauftragte Gutachter in den Wohnbereich des zu Pflegenden. Zu diesem Zweck wird vorher ein Termin vereinbart. Bei dieser Begutachtung ist die Anwesenheit der Pflegepersonen, der Pflegekraft beziehungsweise des Vertreters der ambulanten Pflegeeinrichtung erforderlich.

(7) Individuelle Pflegeberatung

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

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

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

(8) Leistungen, Voraussetzungen

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

*§§ 28 Abs. 1,
33 SGB XI*

Der Anspruch auf Leistungen der Pflegepflichtversicherung ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Hält ein bereits Pflegebedürftiger sich nur vorübergehend im Ausland auf, das heißt bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr, wird Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI weiter erbracht. Erfolgt die Pflege in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nicht. Auch die Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen werden gezahlt.

§ 34 SGB XI

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

§ 36 SGB XI

Maximale Erstattung der Kosten für häusliche Pflegehilfe pro Monat

seit 1. Januar 2015

Pflegestufe 0 + § 45a SGB XI (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)	231 Euro
Pflegestufe I	468 Euro
Pflegestufe I + § 45a SGB XI	689 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro
Pflegestufe II + § 45a SGB XI	1.298 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro

In besonders gelagerten Einzelfällen der Pflegestufe III können weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro gewährt werden, wenn der Pflegeaufwand das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt (zum Beispiel bei Krebserkrankungen im Endstadium).

Anstelle häuslicher Pflegehilfe kann ein Pflegegeld beantragt werden. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt, zum Beispiel indem sie durch Angehörige oder Bekannte erbracht wird.

Zahlung eines Pflegegeldes pro Monat

seit 1. Januar 2015

Pflegestufe 0 + § 45a SGB XI (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)	123 Euro
Pflegestufe I	244 Euro
Pflegestufe I + § 45a SGB XI	316 Euro
Pflegestufe II	458 Euro
Pflegestufe II + § 45a SGB XI	545 Euro
Pflegestufe III	728 Euro

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich und bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Beratungseinsatz beispielsweise durch einen Pflegedienst oder COMPASS erbringen zu lassen. Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden von der Sozialen beziehungsweise Privaten Pflegeversicherung übernommen.

(9) Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson wegen eines Erholungsurlaubs oder einer Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden die Kosten für eine Ersatzpflege für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen. Bei einer Ersatzpflege durch Personen, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, werden bis zu 1.612 Euro erstattet. Die Aufwendungen für Verhinderungspflege können jedoch bis zu einer Höhe von insgesamt 2.418 Euro je Kalenderjahr erstattet werden, wenn der über 1.612 Euro hinausgehende Betrag noch aus dem Budget der Kurzzeitpflege zur Verfügung steht. Erfolgt die Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, beträgt die Anspruchsdauer ebenfalls sechs Wochen je Kalenderjahr. Für diese Ersatzpflege kann höchstens der 1,5-fache Betrag des Pflegegeldes für die jeweilige Pflegestufe nach §§ 37 Abs. 1 Satz 3, 123 Abs. 2-4 SGB XI erstattet werden. Notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege nachweislich entstanden sind, wie notwendige Fahrtkosten oder Verdienstausschlag, können bis zum Höchstanspruch der Verhinderungspflege, d. h. zusammen mit dem Ersatzpflegegeld bis zu einem Betrag von 1.612 Euro erstattet werden. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

§ 39 SGB XI

§ 40 Abs. 1 bis 4
SGB XI

Erstattet werden bei häuslicher Pflege (nicht aber bei Heimpflege) die Kosten für alle notwendigen Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen, soweit diese nicht von einem anderen Leistungsträger zur Verfügung zu stellen sind. Sie sollen zur Erleichterung der Pflege und zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen. Die technischen Hilfen, zum Beispiel Rollstühle, werden möglichst leihweise zur Verfügung gestellt. Beschafft der Versicherte das Hilfsmittel selbst, zum Beispiel weil eine Leihe nicht möglich ist, muss er zehn Prozent der Anschaffungskosten tragen, maximal aber 25 Euro je Hilfsmittel. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen.

Außerdem können Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewährt werden, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag von 4.000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

§ 41 SGB XI

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

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

**Maximale Erstattung der Kosten für teilstationäre
Pflege pro Monat**
seit 1. Januar 2015

Pflegestufe 0 + § 45a SGB XI (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)	231 Euro
Pflegestufe I	468 Euro
Pflegestufe I + § 45a SGB XI	689 Euro
Pflegestufe II	1.144 Euro
Pflegestufe II + § 45a SGB XI	1.298 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro

Neben Tages- und Nachtpflege kann häusliche Pflegehilfe beziehungsweise Pflegegeld gewährt werden. Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, § 43a SGB XI, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts (höchstens 266 Euro monatlich).

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang geleistet werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Übernahme der Kosten der Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Diese kommt in Frage für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Der Anspruch auf eine solche Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr. Der Anspruch kann auf insgesamt bis zu 3.224 Euro und eine Dauer von insgesamt bis zu acht Wochen je Kalenderjahr erhöht werden, soweit der Betrag und Zeitraum, der über 1.612 Euro und vier Wochen

§ 42 SGB XI

hinausgeht, noch für die Verhinderungspflege zur Verfügung steht.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf dauerhafte Unterbringung in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal:

Maximale Erstattung der Kosten für vollstationäre Pflege pro Monat	
seit 1. Januar 2015	
Pflegestufe I	1.064 Euro
Pflegestufe II	1.330 Euro
Pflegestufe III	1.612 Euro
Härtefälle	1.995 Euro

(10) Leistungen bei allgemeinem Betreuungsbedarf

Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II oder III mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (zum Beispiel aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen) erhalten zusätzliche Leistungen, die zweckgebunden für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und andere Betreuungs- und Entlastungsangebote zur Verfügung stehen. Diese Leistungen umfassen einen Betrag von bis zu 104 Euro monatlich (Grundbetrag) beziehungsweise 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Diese Leistungen erhalten auch Pflegebedürftige, die noch keine Pflegestufe erreichen (sogenannte Stufe 0), die jedoch einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung aufweisen. Ab dem 1. Januar 2015 haben auch Versicherte der Pflegestufen I, II und

§ 43 SGB XI

§§ 45a, 45b
SGB XI

III ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von bis zu 104 Euro. Wurde der Betrag von 104 oder 208 Euro bereits in Anspruch genommen, können Aufwendungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote über den noch zur Verfügung stehenden Anspruch auf häusliche Pflegehilfe in Höhe von bis zu 40 Prozent des jeweiligen Höchstanspruchs der häuslichen Pflegehilfe erstattet werden. In stationären Pflegeeinrichtungen mit einem zusätzlichen Betreuungsangebot erstattet die private Pflegeversicherung entsprechende Zuschläge auf das Heimentgelt.

Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, II oder III und Versicherte ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro pro Monat, wenn sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne von § 38a SGB XI wohnen. Die Wohngruppe ist dabei auf 12 Bewohner begrenzt. Um die Gründung solcher ambulant betreuten Wohngruppen zu fördern, können Kosten für Umbau- und Umgestaltungsmaßnahmen in Höhe von einmalig bis zu 2.500 Euro erstattet werden. Diese Anschubfinanzierung ist auf 10.000 Euro je Wohngruppe begrenzt.

§§ 38a, 45e SGB XI

(11) Pflegezeit

Bei Inanspruchnahme einer bis zu sechsmonatigen Pflegezeit (Arbeitsfreistellung von Personen, die Pflegebedürftige versorgen) übernimmt die Pflegepflichtversicherung die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Pflegeperson sowie Zuschüsse zu deren Kranken- und Pflegeversicherung. Angehörige von Personen, die unerwartet zu Pflegefällen werden, haben einen gesetzlichen Anspruch auf kurzzeitige Freistellung vom Arbeitsplatz für bis zu 10 Arbeitstage. Auch in dieser Zeit ist der freigestellte Arbeitnehmer sozialversichert. Für 10 Arbeitstage wird an den Beschäftigten als Lohnersatzleistung Pflegeunterstüt-

*§§ 19, 44, 44a
SGB XI*

zungsgeld von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gezahlt. Für Pflegepersonen, also zum Beispiel für Angehörige von Pflegebedürftigen, werden Schulungskurse angeboten und die hierfür entstehenden Kosten übernommen.

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

20. Pflegezusatzversicherung

Zur Sozialen und Privaten Pflegeversicherung können private Zusatzversicherungen mit weiteren Leistungen bei Pflegebedürftigkeit abgeschlossen werden. Solche Zusatzversicherungen werden entweder als Pflegetagegeldversicherung oder als Pflegekostenversicherung angeboten. Die Pflegetagegeldversicherung zahlt für jeden Tag der festgestellten Pflegebedürftigkeit ein Tagegeld, und zwar ohne dass die tatsächlichen Kosten

nachgewiesen werden müssen. Die Pflegekostenversicherung übernimmt einen vertraglich vereinbarten Teil der tatsächlich entstandenen Kosten bei stationärer und ambulanter Versorgung. Beiträge zu den privaten Zusatzversicherungen können als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der gesetzlichen Höchstgrenzen einkommensteuerrechtlich geltend gemacht werden (§ 10 EStG).

(1) Die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

(1) Grundlagen, Versicherungsfähigkeit und Fördervoraussetzungen

Für alle Bürger, die in der Sozialen oder Privaten Pflegeversicherung versichert sind, hat der Gesetzgeber grundsätzlich die Möglichkeit eröffnet, sich durch eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung zusätzlich abzusichern. Er hat den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. damit beliehen, brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen. Die Vorschriften des SGB XI und die vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. entwickelten Musterbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV) bilden die regulatorische Grundlage für die Ausgestaltung der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung.

Versicherungsfähig sind dabei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die vor Abschluss der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung keine Leistungen als Pflegebedürftige oder aufgrund ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI) beziehen oder bezogen haben.

Sofern eine versicherungsfähige Person für einen auf ihren Namen lautenden Vertrag mindestens einen monatlichen Beitrag von 10 Euro zahlt, gewährt der Staat monatlich eine Zulage in Höhe von 5 Euro. Ein Anspruch auf staatliche Förderung besteht dabei nur für einen einzigen Vertrag. Es besteht für die Versicherungsunternehmen, die eine staatlich geför-

*§§ 126 bis 130
SGB XI*

derte ergänzende Pflegeversicherung anbieten, eine Pflicht zum Vertragsabschluss. Eine Risikoprüfung findet nicht statt und Leistungsausschlüsse dürfen nicht vereinbart werden. Es können Wartezeiten von höchstens 5 Jahren vereinbart werden. Von dieser Wartezeit kann die Pflegebedürftigkeit in Folge eines Unfalles ausgeschlossen werden, so dass bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit auch vor Ablauf der Wartezeit Leistungen gezahlt werden können.

(2) Leistungsvoraussetzungen und Leistungshöhe

Die Leistungspflicht der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung tritt ein, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI festgestellt wird. Bei der Versicherungsleistung handelt es sich um eine Geldleistung, die monatlich ohne Nachweis von entsprechenden Kosten gemäß den Bedingungen des Versicherungsvertrages geleistet wird. Dabei muss der Tarif bei einer festgestellten Pflegebedürftigkeit der Stufe III vorsehen, dass mindestens ein Betrag von 600 Euro monatlich ausgezahlt wird. Die weiteren zu gewährenden Leistungen für die Pflegestufen I und II sowie beim Vorliegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI müssen gemäß den Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (§ 3 Abs. 3 MB/GEPV) für die Pflegestufe II mindestens 30 Prozent, für die Pflegestufe I mindestens 20 Prozent und bei Vorliegen der Voraussetzungen von § 45a SGB XI mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III betragen. Sie dürfen jedoch nicht die gesetzlichen Leistungen nach dem SGB XI übersteigen, wie sich aus § 127 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI ergibt. Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass die Leistungen gemäß der Inflationsrate angepasst werden. Insgesamt darf die Höhe der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung den Betrag von zurzeit 1.995 Euro monatlich für Härtefälle in Pflegestufe III nicht überschreiten. Die Leistungen werden auf Antrag des Versicherungsnehmers gewährt, sofern die vereinbarte Wartezeit beendet und der Nachweis der Pflegebedürftigkeit nach den Voraussetzungen für Leistungen der Sozialen oder Privaten Pflegepflichtversicherung erbracht

ist. Die Leistungen werden von Beginn der Leistungen der Pflegepflichtversicherung erbracht.

Die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung ist in ihrem Leistungsumfang nicht dazu bestimmt, die gesamten Pflegekosten abzudecken. Sie ist jedoch nach Art einer Lebensversicherung im Sinne des § 12 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zu kalkulieren. Daher kann es zu einer höheren Versicherungsleistung kommen, wenn der Versicherungsnehmer früh und für einen langen Zeitraum Beiträge in die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung zahlt.

*§ 127 Abs. 2 Nr. 1
SGB XI*

(3) Aussetzung der Beitragszahlungen

Sofern der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII wird oder eine solche Hilfebedürftigkeit eintreten würde, wenn der Beitrag zur staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gezahlt werden müsste, besteht die Möglichkeit, den Vertrag ruhen zu lassen. Für die Zeit des Ruhens besteht keine Beitragspflicht, jedoch auch keine Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens. Die Möglichkeit, einen Vertrag unter diesen Kriterien ruhen zu lassen, muss für mindestens drei Jahre gewährt werden. Der Versicherungsnehmer hat jedoch auch ein rückwirkendes Kündigungsrecht der Versicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Zeitpunkt des Eintrittes der Hilfebedürftigkeit.

*§ 127 Abs. 2 Nr. 7
SGB XI*

(4) Beendigung der Versicherung

Die Versicherungsunternehmen verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht, und es steht ihnen nur das außerordentliche Kündigungsrecht zu. Dabei können Kündigungen auch nur auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Den Versicherungsnehmern stehen hingegen sowohl ordentliche als auch außerordentliche Kündigungsrechte zu. Ansonsten endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Sind weitere Personen über den Versicherungsnehmer versichert gewesen, können sie von ihrem Recht Gebrauch

*§ 127 Abs. 2 Nr. 3
SGB XI, §§ 17, 18
Abs. 2 und 3, 19
Abs. 1 MB/GEPV*

machen, das Versicherungsverhältnis unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

21. Beitragsschulden

(1) Privat Versicherte

Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht zur Versicherung (vergleiche Kapitel 1) genügenden Krankenversicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats, es sei denn, der Versicherte ist hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuches.

Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen.

Der Notlagentarif ist ein verbandseinheitlicher Tarif, das heißt der Versicherungsschutz ist bei allen Versicherern gleich. In ihm sind nur die Behandlungskosten bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft versichert. Für Kinder und Jugendliche werden die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erstattet.

§ 193 Abs. 6 VVG

§ 193 Abs. 7 VVG,
§ 12h VAG

§ 1 Abs. 2 AVB/NLT,
§ 12 Abs. 1d VAG

Um einen möglichst niedrigen Beitrag zu erreichen, werden im Notlagentarif keine Alterungsrückstellungen gebildet. Zum Zeitpunkt der Umstellung bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen werden zur Reduzierung des zu zahlenden Beitrags im Notlagentarif verwendet. Säumniszuschläge fallen auch im Notlagentarif an.

Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif ist nicht möglich (§ 193 Abs. 7 S. 4 VVG). Werden alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war. Wird der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuches, wird der Vertrag ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war; der Eintritt der Hilfebedürftigkeit ist durch Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) Gesetzlich Versicherte

Gesetzlich Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie auf Leistungen, die zu Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches wird. An Stelle von Verzugszinsen sind je angefangenen Monat Säumniszuschläge von einem Prozent des Beitragsrückstandes zu entrichten.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/NLT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BhV	Beihilfevorschriften
EStG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
MB/GEPV	Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
MB/KK	Musterbedingungen / Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
USG	Unterhaltssicherungsgesetz
SvEV	Sozialversicherungsentgeltverordnung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

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

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de