

Infoblatt zum Risiko

Krankheit (Behandlungskosten und Versicherungspflicht):

Beihilfe und Krankenversicherung

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1982 dafür ein, Verbraucherrechte gegenüber Politik, Staat und Versicherungslobby zu vertreten. Er ist als gemeinnütziger Verein anerkannt und mit seinen rund 45.000 Mitgliedern eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands. Der BdV finanziert sich über die Beiträge seiner Mitglieder und erhält keine öffentlichen Zuwendungen. So kann er sich überparteilich und unabhängig von politischer Einflussnahme als Interessenvertreter für Versicherte einsetzen.

Der BdV ► **informiert Verbraucher*innen** zu privaten Versicherungen und Altersvorsorge-Themen.

► **setzt sich für Versicherte ein** – aktiv auf politischer Ebene und offensiv über Verbandsklagen.

► **unterstützt seine Mitglieder** bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen und bietet ihnen die Möglichkeit, bestimmte private Risiken über Gruppenversicherungen und Gruppenrahmenverträge abzusichern.

Wer in Deutschland einen Wohnsitz hat, ist zur Absicherung im Krankheitsfall und bei Pflegebedürftigkeit gesetzlich verpflichtet. Auch ist rechtlich geregelt, wann Verträge der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen dieser Versicherungspflicht Vorrang haben. PKV-Versicherte sollten dabei dringend prüfen, ob die versicherten Leistungen ihres PKV-Vertrages für eine bedarfsgerechte Absicherung ausreichend sind.

In diesem Infoblatt finden Sie die wichtigsten Informationen zu diesen und weiteren Themen zu Beihilfe und Krankenversicherung und gezielt Antworten zu diesen Fragen:

- Was sollten Sie vor der Auswahl eines Versicherungsvertrages prüfen?
- Welche Informationen bekommen Sie als BdV-Mitglied zu empfehlenswerten Tarifen?

Auf der nächsten Seite finden Sie **das Wichtigste auf einen Blick**.

Das Wichtigste auf einen Blick

Allgemeiner Hinweis: Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie unter <https://www.bunddersicherten.de> bereit – dabei behalten wir uns jederzeit inhaltliche Änderungen vor. Gleichwohl können wir für die Richtigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen. Das Infoblatt gibt den aus der Fußzeile ersichtlichen Stand wieder, sofern nicht abweichend kenntlich gemacht. Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierungshilfe geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen.

Sie sind zum Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gesetzlich verpflichtet, wenn Sie in Deutschland einen Wohnsitz haben und weder

- 1) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, noch
- 2) Anspruch auf Heilfürsorge oder vergleichbare Ansprüche haben und
- 3) keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben.

Wenn Sie PKV-versichert sind, ist für Sie dabei entscheidend, ob die versicherten Leistungen Ihres PKV-Vertrages für eine bedarfsgerechte Absicherung ausreichend sind. Ergänzend sollten Sie auch solche Absicherungen prüfen, die gleichermaßen wichtig sein können.

Der Dienstherr gewährt Beamtinnen und Beamten sowie berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine finanzielle Unterstützung im Krankheitsfall (Beihilfe). Ledige Beamtinnen und Beamte bekommen zumeist 50 Prozent, Ehepartnerinnen und -partner 70 Prozent und Kinder 80 Prozent Beihilfe. Für Beihilfeberechtigte ist daher eine private Restkostenkrankenversicherung zur Aufstockung auf 100 Prozent meistens die richtige Wahl. Auch steht allen Beihilfeberechtigten der Weg in den Basistarif offen.

Viele PKV-Unternehmen haben sich freiwillig verpflichtet, Beamtenanfängerinnen und -anfänger sowie gesetzlich versicherte Beamtinnen und Beamte zu erleichterten Bedingungen aufzunehmen.

Bestimmte Beamtengruppen – z. B. Polizeivollzugs- und Feuerwehrbeamtinnen und -beamten – haben in vielen Bundesländern während ihrer aktiven Dienstzeit Anspruch auf (freie) Heilfürsorge.

Für Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr besteht ein Anspruch auf freie truppenärztliche Versorgung. Darunter wird die vollständige Übernahme von Krankheitskosten durch den Dienstherrn verstanden. Die Heilfürsorge ersetzt die GKV oder PKV. Eine Mitversicherungsmöglichkeit für Ehepartnerinnen, Ehepartner und Kinder besteht nicht. Sie haben jedoch den gleichen Beihilfeanspruch wie Angehörige anderer Beamtengruppen.

Nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst erlischt der Anspruch auf Heilfürsorge. Ab Beginn der Pensionierung besteht ein Beihilfeanspruch, der für den verbleibenden prozentualen Anteil mit einem privaten Restkostentarif auf 100 Prozent aufzustocken ist. Beamtinnen und Beamte sollten bereits mit Beginn ihres Heilfürsorgeanspruches eine Anwartschaftsversicherung auf die später benötigten privaten Restkostentarife abschließen.

Allgemeiner Hinweis: Die Leistungsunterschiede zwischen den Tarifen der Versicherer sind zum Teil erheblich. Sie sollten sich daher Angebote von mehreren Anbietern einholen und genau miteinander vergleichen. Am besten lassen Sie sich diesbezüglich neutral und unabhängig beraten, auch hinsichtlich des Wechsels von der GKV in die PKV.

Für Fragen rund um private Versicherungen, Altersvorsorge und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Gasstr. 18 – Haus 4
22761 Hamburg

Telefon: +49 40 – 357 37 30 0 (für Mitglieder)
Telefon: +49 40 – 357 37 30 98 (für Nichtmitglieder)
Fax: +49 40 – 357 37 30 99
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Stephen Rehmke

Inhalt

- 1. So versichern sich Beihilfeberechtigte richtig**
- 2. PKV-Öffnungsaktion für Beihilfeberechtigte**
- 3. Was gilt für Beamtenanwärterinnen und -anwärter (Beamtinnen und Beamte auf Widerruf)?**
- 4. So versichern sich Polizistinnen und Polizisten und Soldatinnen und Soldaten**
- 5. Diese Kriterien sollte eine private Restkostenkrankenversicherung für Beihilfeberechtigte erfüllen**

1. So versichern sich Beihilfeberechtigte richtig

Die Beihilfe ist der Zuschuss des Dienstherrn zu den Gesundheitskosten seiner Bediensteten. Sie übernimmt einen prozentualen Anteil der Krankheitskosten.

Der Beihilfeanspruch ist abhängig vom Familienstand und dem jeweiligen Beihilfesystem des Landes oder des Bundes. Meistens bekommen ledige Beamtinnen und Beamte 50 Prozent Beihilfe, berücksichtigungsfähige Ehepartnerinnen und -partner 70 Prozent und Kinder 80 Prozent. Bei zwei oder mehr Kindern erhöht sich der Beihilfesatz meist auf 70 Prozent. Berücksichtigungsfähig sind Kinder, für die ein Anspruch auf Kindergeld besteht. In manchen Bundesländern kann ein abweichender Beihilfesatz gelten. Näheres sollten Sie mit der Beihilfestelle klären.

Familienmitglieder mit einem eigenen Anspruch auf Beihilfe oder einer eigenen Versicherungspflicht in der GKV sind nicht berücksichtigungsfähig.

Die Berücksichtigungsfähigkeit von Ehepartnerinnen und -partner bei der Beihilfe ist an Einkommensgrenzen gebunden. Beihilfe wird ihnen z. B. nach Bundes- und manchen Landesbeihilfen gewährt, wenn ihre eigenen Einkünfte nicht höher als 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung waren (in bestimmten Fällen kann die bis 2009 geltende Höchstgrenze von 18.000 Euro fortgelten). In vielen Bundesländern weichen die Höchstbeträge allerdings ab. Daher sollten die geltenden Höchstgrenzen im jeweiligen Bundesland bei der Beihilfestelle erfragt werden.

Um die Kostenabdeckung von 100 Prozent zu erreichen, müssen Beihilfeberechtigte private Restkostentarife mit den jeweils erforderlichen Prozentsätzen abschließen.

Krankenhaustagegeldversicherung (KHT)

Für **Beihilfeberechtigte** kann eine Krankenhaustagegeldversicherung unter bestimmten Umständen wichtig sein – z. B. dann wenn die Beihilfевorschriften eine unbegrenzte Eigenbeteiligung des Beihilfeberechtigten bei stationärer Behandlung im Krankenhaus vorsehen. Das setzt zunächst voraus, dass die jeweilige Beihilfeverordnung einen Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus, also für privatärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung) und die Unterbringung im Zweibettzimmer, gewährt. Zweitens ist erforderlich, dass Beihilfeberechtigte eine solche Absicherung im Krankenhaus wünschen und deshalb eine private Restkostenversicherung für Wahlleistung im Krankenhaus abschließen. Aus Sicht des BdV ist eine Krankenzusatzversicherung mit Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer eine weniger wichtige bis unwichtige Versicherung (und entsprechend kein BdV-K.-o.-Kriterium).

Rund die Hälfte aller Bundesländer und der Bund sehen für Beihilfeberechtigte einen Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus vor. Nur für diese Personen ist ein KHT sinnvoll, wenn sie Wahlleistungen wünschen, eine private Restkostenversicherung dafür besitzen und die Eigenbeteiligung gemäß der Beihilfeverordnung unbegrenzt ist.

Beispiele: In einem Bundesland beläuft sich die Eigenbeteiligung pro Aufenthaltstag auf 25 Euro für die privatärztliche Behandlung und auf 7,50 Euro für das Zweibettzimmer. Vergleichbares gilt für ein anderes Land, wobei dort zumindest die 7,50 Euro auf höchstens 30 Tage begrenzt sind.

Einige Bundesländer hingegen sehen nur eine unbegrenzte Eigenbeteiligung für die Unterbringung im Zweibettzimmer vor. Auch dann kann ein KHT sinnvoll sein.

In anderen Bundesländern wird Beihilfe für Wahlleistungen nur dann gewährt, wenn Beihilfeberechtigte einen monatlichen Betrag an den Dienstherrn zahlen. Dann ist ein KHT nicht geeignet. Denn dieser Monatsbetrag ist quasi wie die Monatsprämie für eine Krankenzusatzversicherung zu betrachten. Müssen Beihilfeberechtigte aber zusätzlich noch eine unbegrenzte Eigenbeteiligung tragen, kann ein KHT sinnvoll sein.

Hieraus folgt aber auch: Wer keine Wahlleistungen im Krankenhaus benötigt, braucht weder eine private Restkostenversicherung für das Krankenhaus noch ein KHT abschließen.

Bei der anderen Hälfte der Bundesländer sind hingegen die Aufwendungen für die Unterbringung im Zweibettzimmer und die privatärztliche Heilbehandlung bei einem stationären Krankenhausaufenthalt nicht beihilfefähig. Für diese Beihilfeberechtigten ist eine Krankentagegeldversicherung nicht empfehlenswert, weil dafür kein Bedarf besteht.

Allgemeiner Hinweis: Welche Beihilfevorschriften in Ihrem Bundesland oder beim Bund gelten, erfahren Sie von Ihrem Dienstherrn.

Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in der GKV

Auch Beihilfeberechtigte können sich freiwillig in der GKV versichern, wenn sie zuvor gesetzlich versichert waren. Die freiwillige Mitgliedschaft ist für Beihilfeberechtigte selten sinnvoll, weil sie den vollen Beitragssatz selbst bezahlen müssten, ohne dass sich der Dienstherr mit einem Arbeitgeberzuschuss beteiligt. Lediglich einzelne Bundesländer (z. B. die Freie und Hansestadt Hamburg) beteiligen sich als Dienstherr mit der „pauschalen Beihilfe“ an den Beiträgen ihrer GKV-versicherten Beihilfeberechtigten. Grundsätzlich haben auch gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte weiterhin Anspruch auf Beihilfe. Dieser besteht allerdings nur noch theoretisch. Denn die Leistungen der Beihilfe sind in den allermeisten Fällen auf dem gleichen Niveau wie die der GKV. Für Beihilfeberechtigte kann die GKV vielleicht eine Lösung sein, wenn sie

z. B. eine Familie mit vielen Kindern haben und/oder wenn wegen Vorerkrankungen bzw. eines hohen Einstiegsalters die Prämie für eine PKV sehr hoch wäre.

Im Ruhestand erhöht sich Ihr Beihilfeanspruch meistens auf 70 Prozent, wodurch die Prämien zur privaten Krankenversicherung sinken. Hiervon abweichende Prozentsätze gibt es in manchen Bundesländern. Für nicht beihilfefähige Restaufwendungen – wie zum Beispiel bei Brillen, Material- und Laborkosten für Zahnersatz – können Sie einen Beihilfeergänzungstarif abschließen.

Anpassungsrecht bei Änderung des Beihilfesatzes

Wenn sich der Beihilfesatz ändert oder die Beihilfe gänzlich entfällt, muss der PKV-Schutz erhöht oder gesenkt werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn Ihre Kinder nicht mehr beihilfeberechtigt sind oder auch bei Scheidung.

Verlangen Sie die Anpassung innerhalb von sechs Monaten, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren. Diese Regelung gilt nicht für den Basistarif.

Das Tarifwechselrecht innerhalb Ihres Versicherers gilt auch für Sie als Beihilfeberechtigte. Ein Wechsel in den Standardtarif (nur für vor 2009 Privatversicherte) und in den Basistarif ist ebenfalls möglich. Die Prämie ist hier nach oben begrenzt auf den Prozentsatz des Höchstsatzes der GKV, der mit einer privaten Restkostenversicherung zusätzlich zur Beihilfe abzudecken ist.

Fazit: Für Beihilfeberechtigte lohnt sich zumeist eine PKV für den prozentualen Anteil, der zusätzlich zur Beihilfe erforderlich ist. Dies gilt sehr oft auch für Beamtenehepaare mit Kindern.

2. PKV-Öffnungsaktion für Beihilfeberechtigte

Viele private Krankenversicherer haben sich im Wege einer Öffnungsaktion verpflichtet, Beihilfeberechtigte zu erleichterten Bedingungen aufzunehmen.

Teilnahmevoraussetzungen

Erleichtert wird der erstmalige Zugang zur PKV. Für Antragsteller darf nicht bereits eine private Krankheitskostenvollversicherung bestanden haben. Jedoch schließt eine bestehende Anwartschaftsversicherung eine Aufnahme im Rahmen der Öffnungsaktion beim selben Versicherer nicht aus.

Wer gesetzlich oder gar nicht versichert ist, jedoch früher in (beihilfekonformen) PKV-Vollkostentarifen versichert war, wird aber grundsätzlich nicht aufgenommen. Ausnahmen u. a.:

- Die Notwendigkeit, sich erneut in der PKV zu versichern, war bei Beendigung des ursprünglichen Vertrags nicht vorherzusehen und deswegen wurde der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung unterlassen. Beispiel: Personen, die als Kinder über die Eltern privatversichert waren und nach der Ausbildung verbeamtet werden.
- Eine Ablehnung würde eine besondere Härte darstellen.

Sollten allerdings die Voraussetzungen der Öffnungsaktion wegen geänderter Lebensumstände erneut vorliegen, hat die betroffene Person einen neuen Aufnahmeanspruch zu den erleichterten Bedingungen.

Hat jemand aber in der Vergangenheit seine Anzeigepflicht verletzt und musste deshalb die PKV wegen eines Rücktritts oder einer Anfechtung des Versicherers verlassen, besteht kein Aufnahmeanspruch im Rahmen der Öffnungsaktion.

Folgende Personengruppen werden im Rahmen der PKV-Öffnungsaktion aufgenommen:

- **Beamtinnen und Beamte auf Widerruf** – z. B. Referendarinnen und Referendare, Beamtenanwärterinnen und -anwärter – zunächst in Tarife, die für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf geöffnet sind.
- **Neuverbeamtete Personen: u. a.**
 - Beamtinnen und Beamte auf Probe (auch wenn ein Beamtenverhältnis auf Widerruf vorausging, während dessen eine Krankenversicherung in der GKV bestand);
 - Beamtinnen und Beamte auf Zeit oder Lebenszeit, wenn kein Dienstverhältnis auf Probe vorausging;
 - Personen, die Heilfürsorge erhalten, wie Polizei-, Feuerwehr- und Justizvollzugsbeamtinnen und -beamten; oder auch Zeit- und Berufssoldatinnen und -soldaten, die truppenärztliche Versorgung bekommen – hinsichtlich einer Anwartschaftsversicherung.
- **Freiwillig gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte**, die sich schon am 31. Dezember 2004 in einem Dienstverhältnis – wie Beamtinnen und Beamte auf Probe sowie auf Zeit oder Lebenszeit – befanden und zum Zeitpunkt der Antragstellung freiwillig in der GKV versichert sind.

- **Erstmals bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Angehörige** können über die Öffnungsaktion auch in die PKV aufgenommen werden. Hierzu gehören: Eheleute, eingetragene Lebenspartnerinnen und -partner, Kinder und Adoptivkinder. Dabei müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, beispielsweise: Eine beihilfeberechtigte Person, deren Angehörigen die Öffnungsaktion nutzen möchten, muss selbst in der PKV versichert sein.

Hinsichtlich der Wahl des Versicherers gilt u. a.: Angehörige werden von dem Versicherer aufgenommen, bei dem auch die bzw. der Beihilfeberechtigte versichert ist oder eine Anwartschaftsversicherung besteht. Nimmt der Versicherer nicht an der Öffnungsaktion teil, können Angehörige sich bei jedem teilnehmenden Versicherer versichern.

Besonderer Hinweis: Für die verschiedenen Personengruppen gelten Fristen. Maßgeblich für deren Wahrung ist die Antragstellung und nicht der Versicherungsbeginn. Der Antrag muss dem Versicherer innerhalb der nachstehenden Fristen vorliegen.

Teilnahmeberechtigte Beamtinnen und Beamte

Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und Beamtenanfängerinnen und -anfänger müssen innerhalb von sechs Monaten nach ihrer erstmaligen Verbeamtung den Antrag stellen. Maßgeblich für den Fristbeginn ist der Beginn des Beamtenverhältnisses.

Zeit- und Berufssoldatinnen und -soldaten sowie Polizei- und Feuerwehrbeamtinnen und -beamten mit Heilfürsorgeanspruch müssen den Antrag innerhalb von sechs Monaten ab Begründung des Anspruchs auf truppenärztliche Versorgung bzw. Heilfürsorge einreichen.

Freiwillig gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte können den Antrag jederzeit stellen. Es gelten keine Fristen.

Angehörige von Beihilfeberechtigten

Angehörige von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf und auch von Beamtenanfängerinnen und -anfängern müssen den Antrag innerhalb von sechs Monaten ab ihrer erstmaligen Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe stellen.

Angehörige, die noch pflichtversichert in einer GKV sind, müssen den Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Ende der Versicherungspflicht stellen; und Angehörige von freiwillig gesetzlich versicherten Beihilfeberechtigten innerhalb eines Jahres nach dem Wechsel des Beihilfeberechtigten in die PKV beim selben Versicherer.

Erleichterte Bedingungen

Gehört eine Person zum teilnahmeberechtigten Personenkreis und werden die Fristen gewahrt, nimmt der Versicherer diese im Rahmen der Öffnungsaktion zu erleichterten Bedingungen in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung auf:

- Risikozuschläge sind bei bestehenden Vorerkrankungen oder auch Behinderungen auf maximal 30 Prozent der Tarifprämie begrenzt.
- Leistungsausschlüsse werden nicht vorgenommen.
- Eine Ablehnung aus Risikogründen erfolgt nicht.

Unabhängig von diesen erleichterten Bedingungen gilt dennoch zwingend: Die Gesundheitsfragen im Antrag sind auch hier vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Werden durch die Beihilfestelle auch Kosten für die Wahlleistungen – wie z. B. Unterbringung im Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung – erstattet, so sind diese Leistungen auch Bestandteil des Versicherungsschutzes im Rahmen der Öffnungsaktion, ansonsten aber nicht. Beinhaltet also die Beihilfe nur die allgemeinen Krankenhausleistungen, so bezieht sich auch die Öffnungsaktion auf einen Versicherungsschutz ohne Wahlleistungen.

Der erleichterte Zugang bezieht sich auch auf den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung (siehe oben).

Die Öffnungsaktion gilt nicht für Beihilfeergänzungstarife.

Der Prämie für die private Pflegepflichtversicherung (PPV) ist auf 50 Prozent des Höchstbeitrages in der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. Bei Aufnahme in die PPV über die Öffnungsaktion wird ein vom Gesundheitszustand abhängiger Risikozuschlag in der Pflegeversicherung nicht erhoben.

Entfällt der Beihilfeanspruch durch Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis und wechselt die/der Beihilfeberechtigte in einen leistungsähnlichen Tarif des Versicherers, gilt weiterhin die Begrenzung des Risikozuschlages. Dies gilt aber nur, soweit dies innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung beantragt wird.

Besonderer Hinweis: Verlangen Sie bereits bei Antragstellung eine Aufnahme im Rahmen der Öffnungsaktion. Anderenfalls gelten die erleichterten Bedingungen nicht. Weitere Einzelheiten können den Informationen des [PKV-Verbandes](#) zur Öffnungsaktion entnommen werden. Die maßgeblichen Regelungen werden vom Verband dargestellt. Dort finden Sie auch die Versicherer, die sich an der PKV-Öffnungsaktion für Beamtinnen und Beamten sowie deren Angehörige beteiligen.

Die Gesundheitsfragen im Antrag sind auch hier vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

3. Was gilt für Beamtenanwärterinnen und -anwärter (Beamtinnen und Beamte auf Widerruf)?

Für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf gibt es vergünstigte Anwärtertarife. Im Leistungsumfang unterscheiden sie sich kaum oder gar nicht von Normaltarifen für Beihilfeberechtigte. Die Prämie für diese Tarife liegt meistens nennenswert unter dem Beitrag für die GKV.

Beamtinnen und Beamte auf Widerruf müssen sich vor Beginn Ihrer Ausbildung oder Ihres Referendariats entscheiden, ob sie sich freiwillig in der GKV oder privat versichern wollen. Eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft ist jedoch nur möglich, wenn sie bereits zuvor in der GKV versichert waren.

Zudem sollten Beamtinnen und Beamte auf Widerruf bei der Wahl des PKV-Versicherers neben den Prämien für die Anwärtertarife auch die danach geltenden Prämien der normalen Tarife für Beihilfeberechtigte auf Widerruf berücksichtigen.

Falls Sie nach dem Ausbildungsende nicht ins Beamtenverhältnis übernommen werden, ist die Rückkehr in die GKV insbesondere unter diesen Voraussetzungen möglich:

- Sie gehen ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis mit einem Bruttoeinkommen bis maximal zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) von 64.350 Euro (2021) ein.
- Sie nehmen ein Studium an einer staatlich oder staatlich anerkannten Hochschule auf, haben das 30. Lebensjahr nicht vollendet und Ihr regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen übersteigt nicht 470 Euro (2021).

- Sie können auch über Ihre Eltern beitragsfrei in der Familienversicherung der GKV mitversichert werden, wenn Sie ein Studium aufnehmen, das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und Ihr regelmäßiges Gesamteinkommen monatlich nicht 470 Euro (2021) überschreitet.

Andernfalls müssen Sie Ihre PKV innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall Ihres Beihilfeanspruches auf 100 Prozent aufstocken, um eine erneute Gesundheitsprüfung zu vermeiden.

4. So versichern sich Polizistinnen und Polizisten und Soldatinnen und Soldaten

Einen Anspruch auf (freie) Heilfürsorge haben bestimmte Beamtengruppen in vielen Bundesländern während Ihres aktiven Dienstes. Soldatinnen und Soldaten haben einen Anspruch auf freie truppenärztliche Versorgung. Der Dienstherr übernimmt dann vollständig die Krankheitskosten. Dadurch wird die gesetzliche oder private Krankenversicherung ersetzt. Heilfürsorge bekommen etwa Beamtinnen und Beamten der

- Bundespolizei (ehemaliger Bundesgrenzschutz)
- Polizei in den meisten Bundesländern
- Berufsfeuerwehr in manchen Bundesländern

Eine Mitversicherungsmöglichkeit für Ehepartnerinnen und -partner sowie die Kinder wie in der GKV besteht bei der Heilfürsorge bzw. truppenärztlichen Versorgung nicht. Angehörige haben den gleichen Beihilfeanspruch wie die Familienmitglieder anderer Beamtengruppen: meistens 70 Prozent für die berücksichtigungsfähigen Ehepartnerinnen und -partner sowie 80 Prozent für die Kinder, wobei es abweichende Beihilfesätze geben kann. Haben die Familienangehörigen einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder besteht eine eigene Versicherungspflicht in der GKV, geht dies vor. Für die verbleibenden Differenzkosten ist eine private Restkostenkrankenversicherung Pflicht. Eine freiwillige Versicherung Ihres Ehepartners und der Kinder in der GKV ist nur möglich, wenn sie bisher bei Ihnen in der Familienversicherung der GKV eingeschlossen waren.

Einige Bundesländer haben für Polizei- und Feuerwehrbeamtinnen und -beamten das System der Heilfürsorge abgeschafft. Stattdessen haben sie die Versorgung ausschließlich über die Beihilfe eingeführt. Beihilfeberechtigte müssen, um eine Kostenabdeckung von 100 Prozent zu erreichen, private Restkostentarife mit den jeweils erforderlichen Prozentsätzen abschließen.

Die Leistungen der Heilfürsorge sind mit denen der GKV vergleichbar.

Krankenversicherungsschutz nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst

Bei Berufssoldatinnen und Berufssoldaten sowie den obigen Personen, die bei der Berufsfeuerwehr oder Polizei beschäftigt sind, erlischt der Anspruch auf truppenärztliche Versorgung bzw. Heilfürsorge mit dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst. Jedoch besteht ab Beginn ihrer Pensionierung ein Anspruch auf Beihilfe. Dieser macht ihre zusätzliche Absicherung in einem privaten Beihilferestkostentarif erforderlich.

Deshalb sollten diese Personengruppen schon mit Beginn ihres Heilfürsorgeanspruches eine Anwartschaftsversicherung (AWV) auf später benötigte private Restkostentarife abschließen. Nur so ist sichergestellt, dass nach Ende der aktiven Dienstzeit die AWV ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine aktive PKV umgestellt werden kann. Ohne Anwartschaft bleibt sonst meistens nur noch die Aufnahme in den Basistarif für Beihilfeberechtigte.

Dabei gibt es zwei prämienpflichtige Varianten der AWV: Die große und die kleine Anwartschaft. Bei der kleinen AWV werden während des AWV-Zeitraums keine Altersrückstellungen gebildet und für die Prämienberechnung das Alter zum Zeitpunkt der Aktivierung der PKV zugrunde gelegt. Bei der großen AWV werden zusätzlich auch noch das Eintrittsalter konserviert und Alterungsrückstellungen gebildet.

Die private Pflegepflichtversicherung muss grundsätzlich bei demselben Versicherer abgeschlossen werden, bei dem die Anwartschaftsversicherung für die PKV besteht. Sie ist prämienpflichtig und kann nicht als Anwartschaftsversicherung geführt werden. Besteht jedoch keine Anwartschaftsversicherung für die PKV, gilt: Sie bleiben weiterhin in der gesetzlichen Pflegeversicherung beitragspflichtig versichert, wenn Sie zuvor in der GKV versichert waren.

Ehemalige Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten

Ehemalige Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten mit mindestens vier Jahren Dienstzeit erhalten nach ihrem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst für einen bestimmten Zeitraum noch Übergangsgebühren. Der Zeitraum dieser ist abhängig von der Dauer der Dienstzeit und beträgt zwölf bis 60 Monate. Die Gebühren belaufen sich grundsätzlich auf 75 Prozent der Dienstbezüge des letzten Monats im aktiven Dienst.

GKV: Für aus ihrem Dienstverhältnis ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten besteht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung in der GKV, das innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst auszuüben ist.

Wird diese Frist versäumt, greift die Auffangversicherung in der GKV, aber nur, wenn vor dem Dienstverhältnis eine GKV bestanden hat und nach dem Dienstverhältnis keine andere Absicherung für den Krankheitsfall zustande gekommen ist. Sollte eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung bestanden haben, so schließt dies die Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt in die GKV nicht aus.

Für die Dauer der Zahlung von Übergangsgebühren besteht also kein Anspruch mehr auf Beihilfe (wie noch bis zum 31.12.2018).

Dafür wird für die freiwillige Versicherung oder die Auffangversicherung und die Pflegeversicherung ein Beitragszuschuss gewährt. Dieser Zuschuss wird durch den Dienstherrn in Höhe des halben Beitrages zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt.

Nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst kann auch eine Versicherungspflicht in der GKV begründet werden, wenn ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eingegangen wird und grundsätzlich noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet ist.

BdV-Tipp: Nähere Informationen zum Wechsel in die GKV erhalten Sie beim zuständigen Sozialdienst der Bundeswehr, bei den Krankenkassen und ggf. auch bei Rentenberatern.

PKV: Wenn allerdings vor der Dienstzeit bei der Bundeswehr eine PKV bestand, greift nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst die „Versicherungspflicht“ in der PKV. Gleiches gilt, wenn nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst eine Verbeamtung erfolgt.

In diesen Fällen ist es empfehlenswert, wenn während der Zeit des Heilfürsorgeanspruches eine Anwartschaftsversicherung auf die später benötigte private Krankenversicherung besteht.

5. Diese Kriterien sollte eine private Restkostenkrankenversicherung für Beihilfeberechtigte erfüllen

Der BdV hat zur Ermittlung von Tarifempfehlungen in diversen Versicherungssparten die **BdV-K.-o.-Kriterien** entwickelt.

Wenn Sie eine Restkostenkrankenversicherung für Beihilfeberechtigte abschließen möchten, erfüllt ein guter Tarif diese Kriterien.

Das sollen die **BdV-K.-o.-Kriterien** leisten:

Das sollen sie **nicht** leisten:

Sie beziehen sich auf den Neuabschluss eines Vertrages.

Sie sind zur Bewertung eines Altvertrages nicht immer geeignet.

Sie bewerten den Versicherungsschutz eines Tarifs gemäß seiner Versicherungsbedingungen.

Sie haben nichts mit der Prämienhöhe des empfohlenen Tarifs zu tun.

Sie bilden einen allgemeinen Mindeststandard ab.

Sie sollen nicht aufzeigen, was der marktweit umfangreichste Versicherungsschutz leistet.

Sie orientieren sich daran, was ein durchschnittlicher Verbraucher von einem guten Versicherungsprodukt dieser Sparte mindestens erwarten kann.

Sie sind nicht auf den konkreten Einzelfall oder die Individualberatung zugeschnitten, d. h. sie sollen nicht vorgeben

- wann der Abschluss eines Versicherungsprodukts der jeweiligen Sparte grundsätzlich zu empfehlen ist,
- welcher Versicherungsschutz Vorrang haben sollte.

Für diese Sparte haben wir außerdem **sinnvolle Kriterien** ergänzt. Es sind Leistungen, die (neben den BdV-K.-o.-Kriterien) gesonderte Risiken absichern. Prüfen Sie vor Vertragsabschluss, ob diese Risiken bei Ihnen eintreten können und Sie sie ebenfalls absichern möchten.

BdV-K.-o.-Kriterien für den Bereich der ambulanten Heilbehandlung

- Es wird für Hilfsmittel ohne prozentuale oder preisliche Summenbegrenzung geleistet – möglichst ohne vorherige schriftliche Zusage der Versicherungsgesellschaft.
- Der Tarif leistet für Hilfsmittel ohne Einschränkung, bspw. auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführung.
- Sämtliche Hilfsmittel werden ohne abschließende Aufzählung erstattet (= offener Hilfsmittelkatalog).
- Tariflich wird für Logopädie und Ergotherapie, möglichst ohne Einschränkung, geleistet.
- Ambulante Psychotherapie im Delegationsverfahren (= ärztliche Anforderung von nichtärztlichen Psychotherapiebehandlungen, z. B. unter Beteiligung von Diplompsychologinnen und -psychologen) ist erstattungsfähig.
- Ambulante Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wird erstattet.
- Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind mindestens zu 100 Prozent bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der für die Aufwendung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.
- Kosten für häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Behandlungspflege) sind erstattungsfähig, zumindest nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherungsunternehmens.
- Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf die Leistungseinschränkung für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort („Verzicht auf Kurortklausel“).
- Erstattet werden mindestens die Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der ständigen Kommission des Robert-Koch-Instituts (StIKo) empfohlen werden.
- Erstattet werden im ambulanten Bereich: Gebühren über die Regelhöchstsätze (bis zu 2,3fach) hinaus – bis zum Höchstsatz (3,5fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- Ambulante Transportkosten und Fahrten sind bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit von und zum nächsterreichbaren und für die Behandlung geeigneten Arzt erstattungsfähig.

- Kosten für den ambulanten Transport und Fahrten für Hin- und Rückfahrt zu Bestrahlungen, Chemotherapie und Dialyse sind erstattungsfähig, möglichst ohne Summenbegrenzung.

Sinnvolle Kriterien für den Bereich der ambulanten Heilbehandlung

Es sind Leistungen für ambulante Kuren oder auch für Geburtsvorbereitung oder Rückbildungsgymnastik vorgesehen.

BdV-K.-o.-Kriterien für den Bereich der stationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für stationäre Versorgung in einem Hospiz mindestens zu 100 Prozent bis zu der Höhe, der für die Aufwendung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.

Sinnvolle Kriterien für den Bereich der stationären Heilbehandlung

Leistungen für privatärztliche Behandlung („Chefarztbehandlung“) werden auch über die Höchstsätze (3,5fach) der GOÄ hinaus erstattet.

BdV-K.-o.-Kriterien für den Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz

- Die Kosten für Zahnbehandlung sind mindestens zu 75 Prozent erstattungsfähig.
- Tariflich werden mindestens 50 Prozent der Kosten für Implantate, Prothesen, Brücken, Kronen und Inlays sowie kieferorthopädische Behandlungen erstattet.
- Mindestens für acht Implantate pro Kiefer erfolgt eine Erstattung der Kosten zu 50 Prozent.
- Es erfolgt keine Summenbegrenzung mehr nach Ablauf der ersten Versicherungsjahre mit Höchstbeträgen (Zahnstaffel). D. h. über die gesamte Laufzeit des Vertrages sind keine Höchsterstattungsbeträge (generelle Summenbegrenzung) vorgesehen.

Allgemeiner Hinweis: Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die oben genannten Prozentsätze für die Mindestabsicherung aus der Addition der prozentualen Erstattung des jeweiligen privaten Restkostentarifs und des Beihilfebemessungssatzes.

Weitere relevante Punkte

Neben den Leistungskriterien können weitere Punkte relevant werden, wie z. B. der Rechnungszins, die Prämienentwicklung in der Vergangenheit und die langfristige Tarifkontinuität.

Besonderer Hinweis: Da die tariflichen Leistungen der Krankenversicherungsunternehmen zu den benannten BdV-K.-o.-Kriterien und den weiteren sinnvollen Kriterien teilweise recht unterschiedlich ausfallen, sollten Sie diese Leistungspunkte genau miteinander vergleichen, und zwar vor einem Vertragsabschluss.

BdV-Tipp: Sollten Sie einen Wechsel in die PKV planen, lassen Sie sich am besten vorher anbieterunabhängig beraten, z. B. als Mitglied beim BdV oder bei spezialisierten Versicherungsberater oder Versicherungsmaklern.