KV-Lexikon - Findefix

der schnelle Beihilfeschnellfinder im KV-Lexikon

Keine Sorge, das KV-Lexikon, wie Sie es kennen- und schätzen gelernt haben,
finden Sie so, wie Sie es gewohnt sind, ab Seite 3.

Allein, Ihre zahllosen Anfragen, die wichtigen Beihilfeinformationen
nicht durch ***Scrollen***, sondern durch ***Klicken*** zu erreichen,
hat uns bewogen, diesen Findefix für Beihilfe und Heilfürsorge auf der ersten Seite vorzuschalten.

Beihilfe

	Bemessungssätze? - aufgepasst: Mit einem Klick hier schnell erfasst:	Beihilfemerkmale auf einen Blick findet man sicherlich ebenso schick!	für jegliche Situation die passende Kombination:
Bund	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Baden-Württemberg	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Bayern	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Berlin	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Brandenburg	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Bremen	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Hamburg	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Hessen	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Mecklenburg-Vorpommern	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Niedersachsen	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Nordrhein-Westfalen	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Rheinland-Pfalz	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Saarland	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Sachsen	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Sachsen-Anhalt	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Schleswig-Holstein	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf
Thüringen	0. Bemessungssätze	1. Überblick	2. Bedarf

Heilfürsorge

Bundeswehr

Bundespolizei

Baden-Württemberg

Bayern

Berlin

Brandenburg

Bremen

Bremerhaven

Hamburg

Hessen

Mecklenburg-Vorpommern

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz

Saarland

Sachsen

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Thüringen

KV-Lexikon

Im KV-Lexikon wurden zum 01.04.2025 zahlreiche Aktualisierungen, Präzisierungen und Ergänzungen vorgenommen, unter denen folgende hervorzuheben sind:

Neue Artikel:
--

Neue Kapitel / Abschnitte in bestehenden Artikeln
--

Neuerungen:

- **Beihilfe**

  --

- **Heilfürsorge**

  Der neu eingeführte Tarif BX wurde in allen Bedarfssituationen eingepflegt.

  --

- **Sozialversicherungswerte 2025 eingepflegt**

Abdingung (Honorarvereinbarung)

Der Arzt oder Zahnarzt ist grundsätzlich an die Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. an die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gebunden, wenn er Leistungen für einen privat versicherten Patienten oder Selbstzahler abrechnet. Im Bereich Zahnersatz kommt dies auch häufig bei gesetzlich versicherten Patienten vor.

In Ausnahmefällen, die er detailliert begründen muss, kann zwischen ihm und dem Patienten aus den genannten Gruppen jedoch eine sogenannte Abdingung (Honorarvereinbarung) vereinbart werden.
Dies ist eine schriftliche Erklärung des Patienten, worin dieser den Arzt von der Bindung (abweichende Vereinbarung) an die entsprechende Gebührenordnung befreit.
Der Patient befreit den Arzt jedoch nicht von seiner Begründungspflicht. Die Abdingung muss vor dem Behandlungsbeginn erfolgen, sollte schriftlich getroffen und dem Versicherer mitgeteilt werden, da dieser nicht grundsätzlich für die Mehraufwendungen leistungspflichtig ist.

Altersteilzeit

Nach dem Altersteilzeitgesetz können Arbeitnehmer ab dem 55. Lebensjahr durch eine Vereinbarung mit ihrem Arbeitgeber zur Vorbereitung des Ruhestandes ihre Arbeitszeit auf die Hälfte der tariflichen Wochenarbeitszeit verringern (Höchstdauer: 10 Jahre).

Übergang in die Altersrente

Nach Ablauf der Altersteilzeit erfolgt in der Regel der Übergang in die Altersrente. Volle Rentenansprüche bestehen allerdings grundsätzlich nur bei einem Rentenbeginn ab dem 67. Lebensjahr. Bei einem Rentenbeginn vor Vollendung des 67.Lebensjahres wird die gen lebenslang mit einem Abschlag von 0,3 % pro vorgezogenen Monat ausgezahlt.

Grundsätzlich kann eine Rente erst ab dem vollendeten 63.Lebensjahr bezogen werden, die Abschläge werden für Personen in Altersteilzeit bis Jahrgang 1951 weiterhin vom Rentenalter 65 ausgerechnet. Bei späteren Jahrgängen wird der Abschlag vom erhöhten Renteneintrittsalter aus berechnet (Beispiel: Jahrgang 1952, regulärer Rentenbeginn 65 plus 6 Monate, Abschlag bei Rentenbeginn 63: 24 + 6 = 30 Monate x 0,3 % der Rente).

Voraussetzungen der Altersteilzeit

Gem. § 2 ATG
- Arbeitnehmer hat das 55. Lebensjahr vollendet.
- Arbeitszeit wird auf die Hälfte der bisherigen Wochenarbeitszeit reduziert
- Verteilung der hälftigen Arbeitszeit ist für die Gesamtdauer der Altersteilzeit zulässig
- Vorbeschäftigungszeit
- Zahlung des Aufstockungsbetrages zum Regelarbeitsentgelt sowie des zusätzlichen Rentenversicherungsbeitrags in der gesetzlichen Mindesthöhe

Gem. § 3 ATG
Vertragliche Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber über verminderte Arbeitszeit

Formen der Altersteilzeit

Bei der "echten Teilzeit" leisten die Arbeitnehmer dann während der Dauer der Altersteilzeit wöchentlich maximal die Hälfte der bisherigen Wochenarbeitszeit ab.
Möglich (und viel weiterverbreitet) ist es aber auch, in der ersten Hälfte der Altersteilzeit wie bisher weiter und in der zweiten Hälfte gar nicht mehr zu arbeiten (sog. Blockmodell).

Einkommen

1. Regelarbeitsentgelt

Der Arbeitnehmer erhält für den gesamten Zeitraum der Altersteilzeit ein reduziertes Entgelt. Dieses so genannte Regelarbeitsentgelt (Teilzeit-Brutto) entspricht der Hälfte des bisherigen Entgelts und wird vom Arbeitgeber gezahlt.

2. Aufstockungsbetrag

Der Aufstockungsbetrag zum Regelarbeitsentgelt muss mindestens 20 % des Bruttogehaltes aus der Teilzeitarbeit betragen und mit diesem zusammen mindestens 70 % des letzten Nettoentgelts vor Beginn der Altersteilzeit ergeben und wird ebenfalls vom Arbeitgeber gezahlt.

Altersteilzeit und Krankenversicherung

1. GKV-Versicherte

GKV-Pflichtversicherte bleiben versicherungspflichtig. Freiwillig Versicherte werden versicherungspflichtig, wenn ihr Einkommen unter die JAEG sinkt. Dies wird in der Regel der Fall sein, zumal der Aufstockungsbetrag steuer- und sozialversicherungsfrei ist. Der Beitrag zur GKV wird auf der Grundlage des Arbeitsentgelts - ohne Aufstockungsbetrag - erhoben.

Während der Freistellungsphase ist nach einem BSG-Urteil vom 25.08.2004 (Az.: B 12 KR 22/02) nur der ermäßigte Beitragssatz zu zahlen, da kein Anspruch auf Krankengeld mehr besteht.

2. PKV-Versicherte

Privat versicherte Arbeitnehmer bleiben hingegen aufgrund ihres Alters (55 Jahre) versicherungsfrei, wenn sie in den fünf Jahren vorher nicht GKV-versichert waren. Bei ihnen verringert sich der Arbeitgeberzuschuss, wenn das Teilzeit-Brutto unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen und der zugrundeliegenden Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze errechnet, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine PKV zu zahlen hat.

3. Kranken(tage-)geld

Bei Arbeitsunfähigkeit während der aktiven Phase der Altersteilzeit bleibt es bei der sechswöchigen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Gezahlt werden Arbeitsentgelt und Aufstockungsbetrag. Das von der GKV bei Arbeitsunfähigkeit zu zahlende Krankengeld berechnet sich ab der 7.Woche ausschließlich nach dem Arbeitsentgelt. Der Aufstockungsbetrag wird von der GKV nicht erstattet. Diesen erhält der Arbeitnehmer nach Wegfall der Entgeltfortzahlung direkt von der Arbeitsagentur.

Seit 01.01.2000 erhalten auch während der Altersteilzeit PKV-versicherte Arbeitnehmer nach Wegfall der Entgeltfortzahlung den Aufstockungsbetrag vom Arbeitsamt ausgezahlt. Ein Krankentagegeld muss also nur noch zur Absicherung des Arbeitsentgelts abgeschlossen werden.
Achtung: Der Aufstockungsbetrag wird nur dann von der Arbeitsagentur gezahlt, wenn der Arbeitgeber die Förderbedingungen erfüllt.

Beim Blockmodell muss das Tagegeld ganz entfallen, sobald die Freistellungsphase beginnt, da eine Krankheit nicht mehr zu Arbeitsunfähigkeit und Einkommenseinbußen führen kann.

Eine erhebliche Einkommenslücke kann entstehen, wenn eine Arbeitsunfähigkeit während der Altersteilzeit über die Dauer der Entgeltfortzahlung oder der Zahlung des tariflichen Krankengeldzuschusses hinausgeht. In diesen Fällen fällt der Aufstockungsbetrag weg, wenn er nicht freiwillig vom Arbeitgeber bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit weitergezahlt wird.

So richtet sich z.B. die Altersteilzeit im öffentlichen Dienst nach dem "Tarifvertrag zur Regelung der Altersteilzeit". Hieraus ergeben sich zum Teil erhebliche Abweichungen von der gesetzlichen Regelung. Hintergrund sind vor allem die Sonderregelungen beim Krankengeldzuschuss bei Arbeitsunfähigkeit (bis zu 39 Wochen).

Die Zahlung des Aufstockungsbetrages endet mit Wegfall des Krankengeldzuschusses, also nach spätestens 39 Wochen. Eine Person in Altersteilzeit erhält daran anschließend also lediglich noch Krankengeld der GKV bzw. Krankentagegeld der PKV. Beides bemisst sich am halbierten Brutto- bzw. Nettoeinkommen vor der Arbeitsunfähigkeit. Es entsteht somit eine erhebliche Einkommenslücke, die durch eine zusätzliche Krankentagegeldversicherung abgesichert werden kann.

Anwartschaftsversicherung

Mit einer Anwartschaftsversicherung erhält sich der Vertragspartner die bisher erworbenen Rechte aus der Versicherung.
Für die Dauer der Anwartschaft erhält er keine Leistungen. Endet die Vereinbarung für die Anwartschaft, lebt der Versicherungsschutz ohne neue Gesundheitsprüfung wieder auf. Ein schriftlicher Antrag ist nicht erforderlich. Eine telefonische Willenserklärung des Vertragspartners reicht aus.

Arten der Anwartschaftsversicherung

1. Große Anwartschaftsversicherung

Bei der großen Anwartschaftsversicherung werden weiterhin Alterungsrückstellungen aufgebaut:
Für diese Vereinbarung zahlt der Vertragspartner einen festen Prozentsatz des bisherigen Beitrags. Dieser Prozentsatz hängt vom versicherten Tarif ab. Damit baut er eine vorhandene Alterungsrückstellung weiter auf. Endet die Große Anwartschaftsversicherung, lebt der Versicherungsschutz wieder auf. Den neuen Beitrag berechnet die DKV dann nach **dem ursprünglichen** Eintrittsalter. Der Vertragspartner ist so gestellt, als wenn der Versicherungsschutz ununterbrochen bestanden hätte.

2. Kleine Anwartschaftsversicherung

Bei der kleinen Anwartschaftsversicherung (KAV) werden keine weiteren Alterungsrückstellungen aufgebaut:
Der Beitrag für die KAV in der Krankenversicherung beträgt fünf Prozent des zu zahlenden Beitrags. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Beitrag für die KAV ein Festbetrag. Die bisher angesparte Alterungsrückstellung bleibt erhalten. Neue Rücklagen für das Alter wie bei der Großen Anwartschaftsversicherung werden nicht gebildet. Dies wirkt sich nach dem Ende der Vereinbarung aus: Die DKV berechnet den Beitrag für die wieder aktivierte Versicherung nach dem dann erreichten Alter. Hierbei berücksichtigt die DKV die vorhandene Alterungsrückstellung. Der Beitrag kann also höher sein als nach dem Ende der Großen Anwartschaft.
Je länger die KAV dauert, desto größer ist später der Beitragsunterschied.

Die KAV kann für
- die Krankheitskostenvollversicherung,
- eine zusätzlich bestehende Krankentagegeldversicherung,
- die private Pflegepflichtversicherung bei Bestehen einer sozialen Pflegeversicherung in Deutschland abgeschlossen werden.

In allen anderen Fällen kann nur eine Große Anwartschaftsversicherung vereinbart werden.

3. Anwartschaftsversicherung und Beitragsrückerstattung (BRE)

Falls der Vertragspartner einen Tarif versichert hat, für den er eine Beitragsrückerstattung erhalten kann, gilt Folgendes:
- Bei einer Anwartschaftsversicherung, die während des gesamten Kalenderjahres besteht, ruhen die Ansprüche auf eine BRE und die BRE-Staffel. Sie werden nach der Beendigung der Anwartschaft wieder aktiviert, wenn die Voraussetzungen für eine BRE erfüllt sind.
- Bei einer unterjährigen Anwartschaftsversicherung wird die BRE nur für den Zeitraum ausgezahlt, in dem keine Anwartschaftsversicherung für den BRE-berechtigten Tarif bestand. Die Voraussetzungen für die BRE müssen dabei erfüllt sein.

Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist auf Anfrage des Versicherers bei Antragstellung, bei Änderungen oder beim Wiederaufleben des Krankenversicherungsvertrages verpflichtet, seinen derzeitigen Gesundheitszustand und in der Vergangenheit aufgetretene Krankheiten vollständig und richtig anzuzeigen, insoweit er vom Versicherer danach gefragt wird.
Die Anzeigepflicht bezieht sich dabei auf alle dem Versicherten bekannten Umstände. Verschweigt er gravierende Krankheiten oder gibt er sie nicht richtig an, obwohl er seitens des Versicherers danach gefragt worden ist, verletzt er seine vorvertragliche Anzeigepflicht (§ 19 VVG).

Zwischen Antragsaufnahme und Erhalt der Police besteht keine Pflicht zur Nachmeldung von Veränderungen des Gesundheitszustandes. Der Versicherer hat allerdings die Möglichkeit zur gesonderten Nachfrage.

Rechte aus einer unrichtigen Anzeige kann der Versicherer nur geltend machen, wenn er den Interessenten in einer gesonderten Mitteilung auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen hat.

Folgen von Verletzungen der Anzeigepflicht

Hier unterscheidet das Gesetz zwischen Fällen mit solchen (nicht angegebenen) Vorerkrankungen, die zu
einer Ablehnung und solchen, die zu einer Annahme mit Erschwernissen (Risikozuschlag, Leistungsausschluss) geführt hätten.

- Fall 1:
  Antrag wäre abgelehnt worden. Hier gibt es folgende Konsequenzen in Abhängigkeit vom Verschulden des Versicherungsnehmers:
  - Schuldlosigkeit: Keine Konsequenzen
  - Leichte Fahrlässigkeit: Kündigung (innerhalb von 3 Jahren, kein Rücktritt)
  - Grobe Fahrlässigkeit: Rücktritt (innerhalb von 3 Jahren, Leistungsfreiheit bei kausalem Zusammenhang)
  - Vorsatz: Rücktritt (innerhalb von 10 Jahren, Leistungsfreiheit bei kausalem Zusammenhang)
  - Arglist: Rücktritt/Anfechtung (innerhalb von 10 Jahren, immer Leistungsfreiheit)

- Fall 2:
  Antrag wäre mit Risikozuschlag oder Leistungsausschluss angenommen worden
  - Schuldlosigkeit keine Konsequenzen
  - Leichte Fahrlässigkeit Risikozuschlag/Leistungsausschluss wird rückwirkend Vertragsbestandteil (innerhalb von 3 Jahren) *
  - Grobe Fahrlässigkeit Risikozuschlag/Leistungsausschluss wird rückwirkend Vertragsbestandteil (innerhalb von 3 Jahren)*
  - Vorsatz Rücktritt (innerhalb von 10 Jahren, Leistungsfreiheit bei Kausalität)
  - Arglist Rücktritt/Anfechtung (innerhalb von 10 Jahren, immer Leistungsfreiheit)

* im Falle der rückwirkenden Vertragsänderung kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats kündigen.

Arbeitsfreistellung/ -reduzierung zur Pflege

Ähnlich der Elternzeit für die Kindererziehung soll die Pflegezeit Arbeitnehmern erlauben, sich für familienbezogene Tätigkeiten – hier die Pflege von nahen Angehörigen - Zeit zu nehmen und dabei zugleich einen Rechtsanspruch auf Weiterbeschäftigung nach dem Ende dieser Zeit zu wahren.
Das Konzept wurde auf der Grundlage von Vorschlägen des Sozialverbandes Deutschland (Sold) entwickelt, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege zielten, und im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 01.07.2008 umgesetzt.

Demnach haben Beschäftigte, die einen nahen Angehörigen pflegen wollen, seither nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) unter bestimmten Voraussetzungen gegen ihren Arbeitgeber einen Rechtsanspruch auf verschiedene Formen der Arbeitsfreistellung bzw. Arbeitszeitreduzierung, wobei bei allen Formen zusammen 24 Monate nicht überschritten werden dürfen (= Maximalzeit der Familienpflegezeit), weshalb auf die Familienpflegezeit alle anderen Formen angerechnet werden.

Freistellung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
Anspruch, bis zu zehn Arbeitstage unmittelbar der Arbeit fern zu bleiben.

Folgen für die Kranken- und Pflegeversicherung
- Pflichtversicherte
  Der Sozialversicherungsschutz ist während dieser Zeit – analog zu einem unbezahlten Urlaub von bis zu einem Monat - sichergestellt. Die Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt voll bestehen. Soweit für die Ausfalltage während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Vergütungsanspruch besteht, werden jedoch keine Beiträge in der Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt.
- Freiwillig Krankenversicherte und privat Versicherte
  müssen weiter ihren vollen Beitrag zahlen.

Pflegezeit
für eine bis zu sechs Monate dauernde Arbeitsfreistellung.

Folgen für die Kranken- und Pflegeversicherung
- GKV Pflichtversicherte
  Wegen des Wegfalls des Vergütungsanspruchs fällt bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz aufgrund des fehlenden weg.
  Verheiratete Arbeitnehmer oder Arbeitnehmer in eingetragener Lebenspartnerschaft sind ggf. familienversichert.
  Ist dies nicht gegeben, kann der Beschäftigte nur durch eine freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung einen entsprechenden Versicherungsschutz herstellen, möglich wäre auch eine private Krankenversicherung.
  Bei Teilzeitarbeit während der Pflegezeit ändert sich für versicherungspflichtige Arbeitnehmer hinsichtlich der Kranken- und Pflegeversicherung i.d.R. nichts.
- GKV freiwillig Versicherte
  Eine freiwillige Krankenversicherung läuft weiter, verheiratete Arbeitnehmer oder Arbeitnehmer in eingetragener Lebenspartnerschaft können ggf. familienversichert werden. Wird keine Beschäftigung ausgeübt, wird hinsichtlich der Beitragsbemessung eine Mindesteinstufung vorgenommen.
  Bei Teilzeitarbeit während der Pflegezeit können freiwillige Mitglieder der GKV ggf. durch die Reduzierung der Arbeitszeit und damit des Arbeitsentgeltes versicherungspflichtig werden.
- PKV-Versicherte
  Eine private Krankenversicherung läuft beitragspflichtig weiter.
  Bei Teilzeitarbeit während der Pflegezeit kann ggf. durch die Reduzierung der Arbeitszeit und damit des Arbeitsentgeltes Versicherungspflicht in der GKV eintreten. In diesem Fall besteht ein dreimonatiges Befreiungsrecht wegen Teilzeitarbeit

Familienpflegezeit
bis zu 24 Monate Arbeitszeit auf Teilzeitarbeit mit mindestens 15 Wochenstunden umstellen.

Folgen für die Kranken- und Pflegeversicherung
- GKV Pflichtversicherte
  Ein vor Beginn der Familienpflegezeit bestehendes versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bleibt für die Dauer der (ggf. auf einen Mindestumfang von 15 Stunden wöchentlich) reduzierten Arbeitszeit in der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase bestehen. Dies ist im Rahmen der Pflegezeit, da dort kein Beschäftigungsverhältnis mehr besteht, nicht möglich.
- GKV freiwillig Versicherte
  Soweit Arbeitnehmer, die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, vor der Inanspruchnahme der Familienpflegezeit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung waren, werden diese regelmäßig die Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschreiten, sodass diese Mitarbeiter nach den allgemeinen Grundsätzen mit Beginn der Familienpflegezeit versicherungspflichtig werden. Soweit diese Mitarbeiter vor Inanspruchnahme in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert waren, ist dies im Ergebnis ohne praktische Konsequenzen. Der bisherige Zuschuss wird durch den Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag weitergeführt.
- Privat Versicherte
  Bestand vor der pflegezeitbedingten Arbeitszeitreduzierung eine private Krankenversicherung, endet durch den Eintritt der Krankenversicherungspflicht die Berechtigung, eine private Krankenkasse zu wählen. Allerdings kann man sich von dieser Krankenversicherungspflicht auf Antrag befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht zu stellen. Solange über einen Befreiungsantrag des Arbeitnehmers von der Krankenkasse noch nicht positiv entschieden worden ist, besteht zunächst die Verpflichtung des Arbeitgebers, den Mitarbeiter als krankenversicherungspflichtig einzustufen und abzurechnen.
  Sozialversicherungsfreiheit wegen der Geringfügigkeit der Beschäftigung kann nicht eintreten, da das monatliche Arbeitsentgelt während der Familienpflegezeit 21.832 Euro (Stand: 01.01.2025) übersteigen muss.

Begleitung schwerstkranker Angehöriger
Der Anspruch auf Begleitung schwerstkranker Angehöriger in der letzten Lebensphase von bis zu 3 Monaten wird auf die 24 Monate Familienpflegezeit angerechnet.

Folgen für die Kranken- und Pflegeversicherung
wie bei der Pflegezeit

Pflegezeit für Beamte
Für Beamte (sowie Richter und Soldaten) gilt das Pflegezeitgesetz nicht.
Für Beamte gelten vielmehr die beamtenrechtlichen Vorschriften:
- Sie können sich nach dem jeweils für sie geltenden Beamtengesetz für maximal 15 Jahre ohne Dienstbezüge zur Pflege eines Angehörigen vom Dienst befreien lassen.
- Sie können außerdem für die Pflege eines Angehörigen nach ärztlichem Gutachten in Teilzeit bis zur Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit arbeiten (vgl. z.B. § 92 BBG).

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Arbeitgeberwechsel

Bei - auch unterjährigem - Wechsel des Arbeitgebers sind Arbeitnehmer nicht mehr versicherungspflichtig, wenn ihr neues Einkommen - hochgerechnet auf die nächsten 12 Monate - über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) liegt (vgl. § 6 Abs. 1 SGB V).

Die bisherige Pflichtmitgliedschaft wird gem. § 188 Abs. 4 SGB V automatisch in eine freiwillige Mitgliedschaft umgewandelt. Darauf und auf die Möglichkeit des Austritts aus der GKV wird die betreffende Person in einem Schreiben der Krankenkasse hingewiesen.
Soll sofort ein Wechsel in die PKV erfolgen, muss dann innerhalb von zwei Wochen der Austritt aus der GKV erklärt werden und möglichst zeitnah eine unmittelbare Anschlussversicherung in der PKV nachgewiesen werden.

Arbeitgeberzuschuss

In Deutschland werden die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte vom Arbeitgeber und zur Hälfte vom Arbeitnehmer getragen;

Ausnahmen:
- Bei geringfügiger Beschäftigung (Minijobs, bis 556 Euro Arbeitsentgelt, Stand 01.01.2025) zahlt nur der Arbeitgeber eine Sozialversicherungs-Pauschalabgabe
- Im Übergangsbereich der Gleitzone (Midijobs, über 556 Euro Arbeitsentgelt, Stand 01.01.2025) bis 2.000 Euro (Stand seit 01.01.2022)
  zahlt der Arbeitgeber den vollen Arbeitgeberanteil, während der Arbeitnehmeranteil nach einer bestimmten Formel langsam bis zum vollen Arbeitnehmeranteil bei 2.000 Euro Arbeitsentgelt ansteigt.
- Für die Krankenversicherung zahlen die Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils hälftig den kassenindividuellen Zusatzbeitrag, dessen Satz durchschnittlich 2,5% beträgt (Stand: 01.01.2025).
- Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung werden ausschließlich vom Arbeitgeber getragen.

Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung

GKV-pflichtversicherte Arbeitnehmer
Für sie ist die Aufteilung des Beitrages (50% Arbeitgeber - 50% Arbeitnehmer) in § 249 SGB V und § 58 SGB XI festgelegt. Auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag (durchschnittlich 2,5 % - Stand 01.01.2025) wird hälftig vom AN und AG gezahlt (Stand seit 01.01.2019).

Arbeitnehmer mit Einkünften oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)
Sie sind freiwillig in der GKV oder in der PKV krankenvollversichert. Für sie ist der Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung in § 257 SGB V und zur Pflegeversicherung in § 61 SGB XI geregelt:

Freiwillig GKV-versicherte Arbeitnehmer
erhalten seit 01.01.2019 die Hälfte ihres Beitrages einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags (durchschnittlich 2,5% - Stand 01.01.2025) als Arbeitgeberzuschuss (Stand seit 01.01.2019).

Privat krankenvollversicherte Arbeitnehmer
Privat krankenversicherte Arbeitnehmer, die nur wegen des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a SGB V (sog. 55-Jahre-Regelung) versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind haben, haben Anspruch auf diesen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung.
Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt (Stand seit 01.01.2021):
- der sich bei Anwendung der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes 14,6 % (Stand seit 01.01.2015 - nach § 241 SGB V) und zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes 2,5 % (Stand: 01.01.2025)
- der bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen (bis zur BBG) (nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1)

als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat.
Damit erhalten PKV-versicherte Arbeitnehmer maximal die Hälfte des Höchstbeitrages der GKV (mit durchschnittlichem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes 2,5 % - Stand: 01.01.2025), höchstens jedoch den halben tatsächlichen Beitrag ihrer PKV.
Die private Krankenvollversicherung ist zuschussfähig, wenn sie Leistungen enthält, die der Art nach Leistungen der GKV entsprechen, und wenn sie nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist. Beitragsentlastungsvereinbarungen sind zuschussfähig.
Achtung:
Tarife, die nach Art der Schadensversicherung kalkuliert sind, sind nicht arbeitgeberzuschussfähig.

Weitere Voraussetzungen für die Zuschussfähigkeit nach § 257 SGB V sind:

Der private Krankenversicherer
- erfüllt seine Pflichten aus den Standardtarif und bietet den Basistarif an,
- betreibt die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten,
- verpflichtet sich, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden und
- verzichtet vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Dem entsprechend sind die Tarife der Vollversicherung zuschussfähig, ebenso die Tarife des Krankentagegeldes, Krankenhaustagegeldes, Kurtagegeldes und V65 in Verbindung mit der Vollversicherung, soweit sie nach Art der Leben kalkuliert sind.
Das Serviceprodukt KBCK ist nicht arbeitgeberzuschussfähig.
Hinweis:
Tarife der privaten Krankenzusatzversicherung für GKV-Versicherte sind nicht arbeitgeberzuschussfähig.

Der maximale Zuschuss zur privaten Krankenvollversicherung
gilt jeweils vom 1.1. bis zum 31.12. eines Kalenderjahres. Die Höhe des Zuschusses errechnet sich als Produkt aus
- dem Einkommen aus der Beschäftigung als Arbeitnehmer, maximal der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V und
- der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der GKV zuzüglich der Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes (Stand seit 01.01.2019)

Familienangehörige
fallen auch unter diese Zuschussregelung, wenn bei GKV-Pflichtmitgliedschaft des Arbeitnehmers für diese Personen Anspruch auf Familienversicherung bestehen würde.
Dies gilt auch, wenn die Angehörigen bei verschiedenen PKV-Unternehmen versichert sind.
Der Anspruch auf Beitragszuschuss aus verbleibendem Differenzbetrag bis zum Höchstbeitragszuschuss für die Krankenversicherungsbeiträge der Angehörigen besteht aber nur dann, wenn diese auch privat krankenversichert

Beispiel:
Vater ist PKV vollversichert erhält Beitragszuschuss von seinem Arbeitgeber, Höchstbeitrag des Zuschusses ist jedoch nicht ausgeschöpft.
Mutter und Kinder sind ebenfalls PKV vollversichert
Hier kann der Beitragszuschuss aus dem verbleibendem Differenzbetrag vom Beitragszuschuss des Vaters bis zum Höchstbetrag für die Beiträge der Mutter und der Kinder zur PKV-Vollversicherung eingesetzt werden, vorausgesetzt Mutter und Kinder hätten bei GKV-Pflichtversicherung des Vaters Anspruch auf Familienversicherung

Achtung:
Es besteht kein Anspruch auf Zuschuss für Krankenversicherungsbeiträge von Angehörigen, die gegen eigenen Beitrag in der GKV versichert sind.
Das hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 20.03.13 (Az. B 12 KR 4/11 R) entschieden. Durch diese höchstrichterliche Rechtsprechung wird die vielfach geübte herkömmliche Praxis, dass Arbeitgeber den freibleibenden Teil des Zuschusses an die ggf. freiwillig GKV-versicherten Ehegatten und/oder Kinder zahlen müssen, außer Kraft gesetzt. Ob Arbeitgeber für die Vergangenheit gezahlte Beitragszuschüsse für GKV-Beiträge von Angehörigen ihrer Mitarbeiter zurückfordern können, hat das Gericht offengelassen.

Dieses Urteil wirkt sich auf folgende Angehörige aus:
- freiwillig versicherte, nicht erwerbstätige Ehepartner
- freiwillig versicherte Kinder (z.B. nach Ende der Familienversicherung)
- pflichtversicherte Kinder (z.B. Studierende).

Im Zweifel empfiehlt es sich, den Arbeitgeber bzw. die Krankenkasse anzusprechen, um möglichen Rückforderungsansprüchen vorzubeugen.

Der Arbeitgeberanteil ist steuerfrei.
Zahlt ein Arbeitgeber freiwillig einem privat Krankenversicherten mehr als den halben tatsächlichen Beitrag, gehört der darüber liegende Betrag zum steuer- und sozialversicherungspflichtigen Einkommen.

Bei mehreren Arbeitgebern
wird der Zuschuss anteilig berechnet und zwar unabhängig davon, ob der Arbeitnehmer freiwillig oder privat versichert ist. Dabei ist es unerheblich, ob er schon mit einem Gehalt über der Beitragsbemessungsgrenze liegt oder erst durch die Addition beider Gehälter.

Arbeitgeberzuschuss bei Kombination selbständige- angestellte Tätigkeit

Viele Selbständige haben noch einen Teilzeitjob als Angestellte.
Die GKV prüft die wirtschaftlichen Bedeutung und den zeitlichen Umfang der selbstständigen Tätigkeit, und stuft ein, ob jemand hauptberuflich selbständig ist oder nicht (Statusfeststellungsverfahren).
Für diejenigen, die nicht in der GKV versichert sind greift an dieser Stelle das Statusfeststellungsverfahren der GRV

Hauptberuflich als Arbeitnehmer Erwerbstätige
sind in einer daneben ausgeübten selbständigen Beschäftigung nicht sozialversicherungspflichtig, insoweit sie bereits über ihren Hauptberuf pflichtig in GRV, GKV und AlV.
Bleibt das Arbeitsentgelt unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze, wird das Arbeitsentgelt zur Beitragsbemessung herangezogen (Rente und Versorgungsbezüge dürfte er noch nicht haben), und zwar bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Hälfte davon bekommt er als Arbeitgeberzuschuss
Die Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit werden nicht herangezogen.
Übersteigt das Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze, wird der Betreffende zu Beginn des nächsten Kalenderjahres versicherungsfrei. Bleibt er in der GKV, werden dann alle Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Bestimmung seines GKV-Beitrages herangezogen, die Hälfte davon bekommt er als Arbeitgeberzuschuss.
Wechselt er in die PKV, bekommt er als Arbeitgeberzuschuss die Hälfte des PKV-Beitrags bis zum maximalen Arbeitgeberzuschuss für GKV-Versicherte r

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige
sind in einer daneben ausgeübten Beschäftigung als Arbeitnehmer in der Kranken- und Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig.
Er zahlt dann die Krankenversicherung komplett selbst, die Versicherungspflicht des Arbeitgebers bezieht sich dann nur auf die Renten- und Arbeitslosenversicherung.
Folgen:
- Der Arbeitnehmer bekommt netto mehr ausbezahlt, da ja der Arbeitnehmeranteil an der GKV nicht abgeführt wird.
- Der Arbeitgeber spart an dem Arbeitnehmer, da er den Arbeitgeberanteil an der GKV nicht abführen muss.
- Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung, diese gesparten Beiträge an den Arbeitnehmer auszuzahlen. (Manche machen das freiwillig in Form eines höheren Grundlohns oder eines 13. Monatsgehaltes)
- Der Krankenkassenbeitrag des "hauptberuflich Selbständigen" wird aus den Gesamteinnahmen (Selbständig erzielte und Angestelltentätigkeit) berechnet.

Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zur Pflege-Pflichtversicherung

Der Arbeitgeberzuschuss zur Pflege-Pflichtversicherung
wird aus dem Beitragssatz für die soziale Pflegepflichtversicherung ermittelt. Der Beitragssatz beträgt 3,6 % (Stand seit 01.01.2025)
Der Arbeitgeber trägt die Hälfte, also 1,8 % (Stand seit 01.01.2025).
Der Arbeitnehmer trägt ebenfalls die Hälfte, also 1,8 % (Stand seit 01.01.2025),
bis unter Alter 23, wenn er kein oder ein Kind hat, ab Alter 23, wenn er ein Kind hat.
Bei kinderlosen Arbeitnehmern ab Alter 23 beträgt der Beitragssatz 2,4 % (Stand seit 01.01.2025)
Eltern wird für jedes weitere Kind bis Vollendung seines 25. Lebensjahres
ab dem 2. Kind bis einschließlich des 5. Kindes ein Abschlagssatz von 0,25%-Punkten gewährt (Stand seit 01.07.2023).
Demnach beträgt der Beitragssatz bei Vater bzw. Mutter (Stand seit 01.01.2025)
mit mindestens 2 Kindern, davon 1 Kind vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 1,55 %
mit mindestens 3 Kindern, davon 2 Kinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 1,3 %
mit mindestens 4 Kindern, davon 3 Kinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 1,05 %
mit mindestens 5 Kindern, davon 4 Kinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 0,8 %
Für einen Versicherten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung beträgt der Arbeitgeberzuschuss die Hälfte des PPV-Beitrages, maximiert auf den Höchstzuschuss zur SPV.

Ausnahme für Pflege-Pflichtversicherte im Bundesland Sachsen.
Da in Sachsen bei Einführung der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde, trugen Arbeitnehmer in Sachsen bis zum 31.06.1996 den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung (1% des sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelts) allein, es entstand kein Arbeitgeberanteil.
Die Erhöhungen des Pflegeversicherungssatzes werden jedoch hälftig durch die Arbeitgeber getragen, wobei auch hier grundsätzlich eine Begrenzung des Arbeitgeberzuschusses auf die Hälfte des tatsächlich vom Arbeitnehmer zu zahlenden Beitrages gilt. Darum beträgt derzeit
- der Arbeitgeberanteil zur Pflegeversicherung: 1,3 % (Stand seit 01.01.2025) und
- der Arbeitnehmeranteil zur Pflegeversicherung 2,3 % (Stand seit 01.01.2025):
  (bei Kinderlosen ab 23: 2,9 % - Stand seit 01.01.2025)

Eltern wird für jedes weitere Kind bis Vollendung seines 25. Lebensjahres
ab dem 2. Kind bis einschließlich des 5. Kindes ein Abschlagssatz von 0,25%-Punkten gewährt.
Demnach beträgt der Beitragssatz bei Vater bzw. Mutter in Sachsen (Stand seit 01.01.2025)
mit mindestens 2 Kindern, davon 1 Kind vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 2,05 %
mit mindestens 3 Kindern, davon 2 Kinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 1,8 %
mit mindestens 4 Kindern, davon 3 Kinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 1,55 %
mit mindestens 5 Kindern, davon 4 Kinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres: 1,3 %

Studierende
Erfüllen Studierende nicht mehr die Voraussetzungen zur beitragsfreien Mitversicherung von Kindern bei ihren Eltern, richtet sich ihr Beitrag zur privaten Pflegeversicherung nach dem Eintrittsalter. Studierende mit BAföG-Anspruch erhalten einen Zuschuss zur Pflegeversicherung. Die Höhe des Zuschusses kann beim zuständigen BAföG-Amt erfragt werden.

Anspruchsvoraussetzungen hinsichtlich des Versicherungsunternehmens
Ein Anspruch auf den Zuschuss für eine private Pflegeversicherung besteht nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Qualitätskriterien gem. § 61 Abs. 6 SGB XI erfüllt, wenn also das Versicherungsunternehmen
- die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
- den überwiegenden Teil der Überschüsse den Versicherten zugutekommen lässt,
- auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
- die Spartentrennung beachtet.

Tarife der Pflegezusatzversicherung sind nicht arbeitgeberzuschussfähig.

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst

Neben Beamten sind im öffentlichen Dienst auch Angestellte und Arbeiter (sog. Tarifvertragskräfte) tätig. Maßgebend sind hier die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes (TVöD und TV-L). Die Beihilfe-Tarifverträge der alten Bundesländer enthielten früher Beihilferegelungen, die im Rahmen von Besitzstandswahrungen weiter gelten. Allerdings erhalten Neueinstellungen in der Regel schon länger keine Beihilfe mehr.

Allgemeines

1. Arbeitgeberzuschuss

Versicherungsfreie Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst erhalten grundsätzlich den Arbeitgeberzuschuss nach § 257 SGB V, Pflichtversicherte tragen nach § 249 SGB V den Beitrag zur Hälfte.

2. Beihilfeberechtigung (nur in den alten Bundesländern)

Sofern noch Beihilfeansprüche bestehen, hängen sie vom Einkommen des Arbeitnehmers ab.

3. Pflichtversicherte Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst

Es müssen zunächst die zustehenden Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Leistet die GKV nicht oder nur eingeschränkt (Zahnersatz, Heilpraktiker usw.), besteht für die Kosten oder die Mehrkosten ein Beihilfeanspruch in Höhe des persönlichen Bemessungssatzes. Kein Anspruch besteht auf Wahlleistungen im Krankenhaus.

4. Versicherungsfreie Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst

In allen Bundesländern außer Berlin erhalten neu eingestellte Arbeitnehmer keine Beihilfeansprüche mehr. Die folgenden Ausführungen galten daher nur für dienstältere Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes sowie ggf. für Arbeitgeber, die sich den Regelungen des Bundeslandes angeschlossen haben (z.B. Rundfunkanstalten, Banken).
Diese Personengruppe kann wählen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und einer privaten Vollversicherung jeweils mit Arbeitgeberzuschuss einerseits und - bei Verzicht auf den Arbeitgeberzuschuss - voller Beihilfeberechtigung in Höhe des persönlichen Bemessungssatzes andererseits. Lediglich in Rheinland-Pfalz können beide Leistungen des Arbeitgebers sinnvoll kombiniert werden. Im zweiten Fall muss eine sog. Restkostenversicherung nach Prozenttarifen einschließlich Krankentagegeld und Tarif PVN abgeschlossen werden.
Wählen Arbeitnehmer den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V, so sind nur die Aufwendungen beihilfefähig, die über die Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen. U.a. zählt hierzu der Selbstbehalt in der Vollversicherung. (Siehe Regelungen der einzelnen Bundesländer)

Wichtig: Die Beihilfeberechtigung endet in der Regel mit Rentenbezug! Ausnahmen hiervon gibt es vor allem bei den Rundfunk- und Fernsehanstalten.
Eine Anwartschaftsversicherung für die "fehlenden Prozente" ist nicht möglich. Weil die Beihilfe entfällt, kann der Versicherte jedoch seinen Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten auf 100% aufstocken. Wegen des hohen Eintrittsalters bei der Vertragsumstellung kann es zu einem erheblich höheren Beitrag kommen.

Krankenbezüge bei Arbeitsunfähigkeit

1. Regelung nach TVöD

Gültig seit 01.10.2005 für Arbeitnehmer des Öffentlichen Dienst bei Bund und Kommunen.
Dieser Personenkreis erhält eine Gehaltsfortzahlung von 6 Wochen, danach einen Krankengeldzuschuss mit folgender Staffelung:

Dauer der Zugehörigkeit	**Dauer des Zuschusses**
bis 1 Jahr	kein Zuschuss
über 1 bis 3 Jahre	bis Ende der 13. Woche AU
über 3 Jahre	bis Ende der 39. Woche AU

(Sonderzahlungen werden weiter gewährt.)

- Für Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst bei Bund bzw. Kommune, die vor dem 01.07.1994 in den Dienst eingetreten sind und seither ununterbrochen dort im Öffentlichen Dienst angestellt waren (mithin mehr als 10 Jahre), bemisst sich der Zuschuss nach dem Nettokrankengeld der GKV.
- Für alle anderen Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst bei Bund und Kommunen bemisst sich der Zuschuss nach dem Bruttokrankengeld der GKV.
- Bei privat Versicherten wird entsprechend das maximale Krankengeld der GKV zugrunde gelegt.

Die entsprechenden Beträge müssen also annähernd über Krankentagegeld mit Karenzzeit 42 Tage versichert werden, zusätzlich können der Beitrag zur Rentenversicherung (ca. 25 Euro pro Tag) und ggf. der Arbeitgeberanteil zur privaten Krankenversicherung abgedeckt werden.

2. Regelung nach TV-L

Gültig seit 1.11.2006 für die Arbeitnehmer des Öffentlichen Dienstes in 14 Bundesländern,
in Berlin besteht seit dem 1.11.2010 ein Überleitungstarifvertrag zur Überleitung in den TV-L,
in Hessen besteht seit dem 01.01.2010 ein eigener Tarifvertrag (TV-H), der weitgehend dem TVL entspricht.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst der Länder, die vor dem 01.07.1994 in den Dienst eingetreten sind und seither ununterbrochen dort im Öffentlichen Dienst angestellt waren (mithin mehr als 10 Jahre), erhalten eine Entgeltfortzahlung von 26 Wochen, darüber hinaus aber keinen Zuschuss zum Krankengeld. Hier kann ein die Differenz durch ein zusätzliches Krankentagegeld mit Karenzzeit 182 Tage abgeschlossen werden.

Alle anderen Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst der Länder erhalten bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung von 6 Wochen, danach einen Krankengeldzuschuss mit folgender Staffelung:

Dauer der Zugehörigkeit	**Dauer des Zuschusses**
Bis 1 Jahr	kein Zuschuss
über 1 bis 3 Jahre	bis Ende der 13. Woche AU
über 3 Jahre	bis Ende der 39. Woche AU

Dieser Zuschuss bemisst sich nach dem Bruttokrankengeld der GKV.
Bei privat Versicherten wird entsprechend das maximale Krankengeld der GKV zugrunde gelegt.

Die entsprechenden Beträge müssen also annähernd über Krankentagegeld mit Karenzzeit 42 Tage versichert werden, zusätzlich können der Beitrag zur Rentenversicherung (ca. 25 Euro pro Tag) und ggf. der Arbeitgeberanteil zur privaten Krankenversicherung abgedeckt werden.

3. Andere Arbeitgeber

Neben Bund, Ländern und Kommunen gibt es zahlreiche andere Arbeitgeber (Banken, Sparkassen, Rundfunkanstalten, Kirchen, karitative Einrichtungen), die sich an die Regelungen im Öffentlichen Dienst anlehnen. Hier muss individuell geprüft werden, welcher Tarifvertrag zugrunde liegt bzw. welche Sonderregelungen gelten (z.B. bezüglich Sonderzahlungen).

Arbeitslosigkeit

Geldleistungen der Agentur für Arbeit

Bei Arbeitslosigkeit kommen grundsätzlich folgende Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) in Betracht:
- Arbeitslosengeld I (zuständig: örtliche Agentur für Arbeit) oder
- Arbeitslosengeld II (zuständig: Jobcenter).

1. Arbeitslosengeld (I)

ist eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung nach dem SGB III. Man erhält es grundsätzlich nur, wenn man in den letzten 30 Monate vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate lang in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert war (Anwartschaftszeit).

2. Bürgergeld

ist keine Versicherungsleistung, sondern eine Leistung der staatlichen Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II. Es steht denjenigen im Alter zwischen 15 Jahren und dem Regel-Renteneintrittsalter zu, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind, weil sie nicht über ausreichende Mittel zur Sicherung ihres Existenzminimums verfügen, u. a. also keinen Anspruch (mehr) auf Arbeitslosengeld I haben. Davon zu unterscheiden ist die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit nach §§ 41 ff. SGB XII.
Hinweis:
Das Bürgergeld ist am 01.01.2023 an die Stelle des Arbeitslosengeldes II (Hartz IV) getreten

Krankenversicherung bei Arbeitslosigkeit

1. Bei Bezug von Arbeitslosengeld I

Mit dem Bezug von Arbeitslosengeld I wird man grundsätzlich –auch als privat Versicherter- versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Hinweis: Versicherungsfrei bei Eintritt von Arbeitslosigkeit
Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben (§ 6 Abs 3a SGBV)
Weitere Voraussetzungen:
- Innerhalb der letzten 5 Jahre vor Beginn des Leistungsbezuges bestand keine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (keinen einzigen Tag – als Mitglied oder als Familienversicherter)
- Die betroffene Person war innerhalb der letzten 5 Jahre vor Beginn des Leistungsbezuges mindestens 2,5 Jahre, d.h. 30 Monate lang versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig.

Befreiungsmöglichkeit:
Privatversicherte, die das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und auf Grund des Bezugs von Arbeitslosengeld I in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können sich befreien lassen, sofern sie die Voraussetzungen für die Befreiung erfüllen.
Eine Befreiung ist vor allem dann zu empfehlen, wenn es sich voraussichtlich um eine vorübergehende Arbeitslosigkeit handelt, bei der anschließend wieder mit einer Beschäftigung oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (bzw. einer Selbstständigkeit) zu rechnen ist.
In seltenen Ausnahmefällen ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit die Befreiung **nicht** zu empfehlen, wenn ein Übergang in den Bezug von ALG II zu erwarten ist. Der dann gezahlte Zuschuss des Jobcenters zum PKV-Beitrag ist in aller Regel deutlich niedriger als der Beitrag. Die Differenz wäre vom Versicherten aus dem ALG II zu zahlen.

- **Voraussetzungen zur Befreiung gemäß § 8 Abs 1 Nr. 1a:**
  Personen, die das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:
  (1) In den letzten 5 Jahren bestand keine gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung
  (2) Es besteht eine Krankentagegeldversicherung mit einem Leistungsbeginn ab dem 43. Tag
  (3) Der bestehende Versicherungsschutz entspricht dem Umfang der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

  Für die Befreiung von der Versicherungspflicht müssen alle drei Voraussetzungen erfüllt sein.
  Die Prüfung, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, erfolgt per Verwaltungsakt durch die gesetzliche Krankenversicherung. Die DKV prüft daher nicht, ob die Voraussetzungen für die Befreiung tatsächlich erfüllt sind.
- **Befreiungsantrag:**
  Der Antrag auf Befreiung kann innerhalb von drei Monaten ab Beginn der Arbeitslosigkeit gestellt werden. Dies ist bei jeder gesetzlichen Krankenkasse möglich. Hierfür genügt ein formloser Antrag und eine Bescheinigung über die Versicherungszeiten.
  Hinweis:
  Um zu verhindern, dass man von der Bundesagentur für Arbeit automatisch bei der gesetzlichen Krankenversicherung angemeldet wird, muss man innerhalb von zwei Wochen ab Leistungsbeginn einen Befreiungsbescheid bei der Bundesagentur für Arbeit vorlegen, den die gesetzliche Krankenversicherung ausstellt.
  Versäumt man diese Frist, muss man sich an die gesetzliche Krankenversicherung wenden, bei der die Anmeldung seitens der Bundesagentur für Arbeit erfolgt ist.
  Hier sehen Sie das Merkblatt der Arbeitsagentur zu Befreiung und Versicherungsfreiheit bei Bezug von Arbeitslosengeld
- **Dauer der Befreiung**
  Die Dauer der Befreiung / Versicherungsfreiheit gilt für die gesamte Dauer der Arbeitslosigkeit. Auch dann, wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld ausläuft und der Vertragspartner Arbeitslosengeld II (Hartz IV) erhält.
  Bei einer Unterbrechung der Arbeitslosigkeit und damit des Bezuges von Arbeitslosengeld ist von einem Fortwirken der Befreiung auszugehen, wenn die Unterbrechung nicht mehr als ein Monat beträgt und in dieser Zeit kein anderer versicherungsrechtlicher Tatbestand vorliegt, der Krankenversicherungspflicht zur Folge hat.

Hinweis: Gruppenverträge
Besteht ein Firmengruppenvertrag mit einem Arbeitgeber, ist der Versicherte mit dem Ausscheiden aus dem Unternehmen – abhängig von dem geschlossenen (Alt)Vertrag nicht - mehr in der Gruppenversicherung versicherbar (§1). Die DKV stellt ggf. in eine Einzelversicherung um.

Möglichkeiten, wenn Versicherungspflicht in der GKV eintritt und keine Befreiung gewünscht ist
- Der Vertragspartner kann eine Anwartschaft vereinbaren. Dadurch erhält er sich eine Rückkehroption in die bisherigen Tarife. Der Versicherungsschutz ruht in dieser Zeit. Sobald die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse endet, lebt der der bisherige Versicherungsschutz ohne neue Gesundheitsprüfung wieder auf.
- Der Vertragspartner stellt die Versicherung in Ergänzungstarife um. So profitiert er auch weiterhin von den Vorteilen der privaten Krankenversicherung. Solch eine Umstellung ist auch in Verbindung mit einer Anwartschaft möglich.
- Der Vertragspartner kündigt seinen Vertragsteil. Hierfür benötigt die DKV eine Kündigung in Textform. Diese muss der DKV innerhalb von drei Monaten ab Eintritt der Krankenversicherungspflicht vorliegen. Zudem benötigt sie einen Nachweis der gesetzlichen Krankenkasse. Aus diesem muss hervorgehen, dass und ab wann dort eine Mitgliedschaft besteht.

Kündigt man die PKV wegen Pflichtversicherung, muss man in den ersten zwölf Monaten danach vom PKV-Unternehmen auf Wunsch wieder in den alten Vertrag eingesetzt werden, wenn die Arbeitslosigkeit endet und das Gehalt wieder regelmäßig über der anteiligen Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.
Alternativ besteht die Möglichkeit, dann freiwillig in der GKV zu bleiben.

Hinweis: Anwartschaftsversicherung zum Erhalt der Alterungsrückstellungen
Zum Erhalt der Alterungsrückstellung empfiehlt sich die Umstellung der KKV auf Anwartschaftsversicherung während der Arbeitslosigkeit. Mit einer Anwartschaftsversicherung erhält sich der Vertragspartner die bisher erworbenen Rechte aus der Versicherung.

Für die Dauer der Anwartschaft erhält er keine Leistungen. Endet die Vereinbarung für die Anwartschaft, lebt der Versicherungsschutz ohne neue Gesundheitsprüfung wieder auf. Ein schriftlicher Antrag ist nicht erforderlich. Eine telefonische Willenserklärung des Vertragspartners reicht aus.
Eine Rückkehr in die PKV wäre ansonsten (bei entsprechendem Gehalt) nur mit Neuantrag und Gesundheitsprüfung möglich.

Weitere Hinweise:
- Bei verspäteter Meldung der Arbeitslosigkeit setzt die Krankenversicherungspflicht wegen ALG I jedoch erst mit dem Tag der Meldung ein.
- Ruht der Arbeitslosengeldanspruch wegen Urlaubsabgeltung, beginnt die Versicherungspflicht ab Anfang des zweiten Monats des Ruhenszeitraums.
- PKV-Versicherte:
  Umstellung auf Anwartschaft ab Beginn der Sperrzeit, wenn Versicherungspflicht eintritt.
  Ggf. Befreiungsmöglichkeit 3 Monate ab Eintritt der Versicherungspflicht.
  Die Beiträge werden dann von der Bundesagentur für Arbeit ab Beginn des 2. Monats bis ggf. zur 12. Woche der Sperrzeit übernommen. Bei einer Sperrzeit muss der Privat vollversicherte Arbeitnehmer die Aufwendungen zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung im 1. Monat selbst tragen.

Krankenversicherung während der Sperrzeit (bzw. Ruhezeit)
Gem. § 159 SGB III ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld I, wenn sich der Arbeitnehmer versicherungswidrig (z.B. durch Eigenkündigung des Arbeitsverhältnisses) verhält, ohne dafür einen wichtigen Grund zu haben. Dazu verhängt die Arbeitsagentur eine Sperrzeit bis zu 12 Wochen.
Während Sperr- und Ruhezeiten zahlt die Arbeitsagentur Arbeit kein Arbeitslosengeld.
Während der gesamten Sperrzeit (bzw. Ruhezeit) besteht aber gleichwohl Krankenversicherungspflicht.
In einer Sperrzeit (bzw. Ruhenszeit) besteht kein Leistungsanspruch aus einer Krankentagegeldversicherung. Für diesen Zeitraum bietet die DKV eine große Anwartschaft an.

2. Bei Bezug von Arbeitslosengeld II

Mit Bezug von Arbeitslosengeld II wird ein vorher gesetzlich Versicherter ebenfalls versicherungspflichtig.

Wer zum Beginn des Leistungsbezugs privat krankenversichert ist, wird durch den Leistungsbezug nicht versicherungspflichtig in der GKV.

Eine Familienversicherung ist allerdings auch für diese Personen allerdings nach wie vor möglich. Kommt diese nicht zustande, bleiben die betreffenden Personen in der PKV krankenversichert. Versicherungspflicht in der GKV tritt also nur dann ein, wenn vorher eine GKV-Mitgliedschaft bestand.

Zusammengefasst heißt das:
- Für alle, die während des Bezugs von Arbeitslosengeld I gesetzlich krankenversichert waren, besteht während des Bezugs von Arbeitslosengeld II weiterhin Versicherungspflicht in der GKV, ebenso, wenn sie zuvor kein Arbeitslosengeld I bezogen haben, aber bereits GKV-Mitglied waren.
- Ansonsten tritt bei Bezug von Arbeitslosengeld II seit dem 01.01.2009 keine Versicherungspflicht in der GKV ein. Eine bestehende private Krankenversicherung muss fortgeführt werden. Eine beitragsfreie Mitversicherung beim Ehepartner ist im Rahmen der Familienversicherung grundsätzlich möglich.

Hinweis: Präzisierung durch Bundessozialgerichts-Urteil vom 3.7.2013 (Az. B 12 R 11/11 R).
Wer zuletzt privat krankenversichert war und eine längere Absicherungslücke aufweist, kann trotzdem gesetzlich krankenversichert werden, wenn er Bezieher von Arbeitslosengeld II wird.
Demnach schließt § 5 Abs. 5 SGB V die Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II nur dann aus,

- wenn "unmittelbar" vor Beginn des Leistungsbezugs eine PKV-Vollversicherung bestanden hat oder
- wenn der Hilfeempfänger "unmittelbar" vor diesem Zeitpunkt hauptberuflich selbstständig oder
- wenn er nach bestimmten Regelungen versicherungsfrei war.

Hingegen reicht es nicht aus, dass der Hilfeempfänger

- nur "zuletzt" eine private Krankenversicherung hatte bzw.
- zu einem grundsätzlich der PKV zugewiesenen Personenkreis gehörte

und ggf. seine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG verletzt hat.
Ist die Lücke zwischen der privaten Krankenversicherung und dem Beginn des Leistungsbezugs des Arbeitslosengeldes II **größer als ein Monat**, fehlt es jedenfalls an der Unmittelbarkeit, die das Gesetz fordert. In diesen Fällen ist eine Mitgliedschaft in der GKV möglich.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

3. Besonderheiten bei der Pflegepflichtversicherung

Das Arbeitslosengeld gehört nicht zu dem für die Beitragskappung relevanten Einkommen. Daher kann sich durch den Eintritt von Arbeitslosigkeit ein Anspruch auf Ehegattenbeitragskappung ergeben:

Für Ehepaare oder Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft kann der Beitrag auf **150% des Höchstbeitrags der SPV** begrenzt werden.
Dafür sind Versicherungszeiten und Einkommensgrenzen zu beachten:

- Die Ehe- oder Lebenspartner sind beide seit dem 01.01.1995 lückenlos privat pflegeversichert oder
- einer von beiden ist seit dem 01.01.1995 privat pflegeversichert, der Partner wurde nach dem 01.01.1995 pflegeversichert. Beide Pflegeversicherungen bestehen ununterbrochen.

Kommt die Ehegattenbeitragskappung zum Tragen, wird der Beitrag der privaten Pflegepflichtversicherung auf den Höchstbeitrag für begrenzt.
Weitere Voraussetzungen hierfür sind:
Der Vertragspartner und der Ehe- oder Lebenspartner sind privat pflegepflichtversichert und mindestens einer von beiden

- bezieht kein Einkommen oder
- bezieht ein Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung und das regelmäßige Gesamteinkommen im Monat beträgt nicht mehr als 556,00 Euro (Stand: seit 01.01.2025) oder
- überschreitet mit seinem regelmäßigen Gesamteinkommen im Monat nicht den maßgeblichen Grenzwert von 556,00 Euro (Stand seit 01.01.2025).

Der Anspruch wird durch die DKV geprüft.

Beiträge zur Krankenversicherung: Übernahme bzw. Zuschuss

Der GKV-Beitrag bei Bezug von Arbeitslosengeld I berechnet sich wie folgt:

- Als beitragspflichtige Einnahme zur GKV und zur SPV werden 80% desjenigen Bruttoarbeitsentgelts angesetzt, auf dem die Berechnung des Arbeitslosengeldes beruht, maximal jedoch 80% der Beitragsbemessungsgrenze:
- Als Beitragssatz zur GKV gelten der allgemeine Beitragssatz 14,6% (Stand seit 01.01.2015) zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, durchschnittlich 2,5 % (Stand seit 01.01.2025)
  Dies wird auf die ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen angewendet.

1. Übernahme der Beiträge zur GKV

Der sich ergebende Beitrag wird für GKV-versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld I und II vom zuständigen Träger komplett übernommen.
Entsprechend wird der analog ermittelte SPV-Beitrag für GKV-versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld I und II vom zuständigen Träger der komplett übernommen.

2. Beitragszuschuss zur PKV für ALG I-Empfänger

Grundsätzliches
PKV-Versicherte ALG I-Empfänger können (bei Befreiung) bzw. müssen (bei Überschreitung des 55. Lebensjahres) unter Umständen auch bei Bezug von ALG I in der PKV versichert bleiben. In diesem Fall erhalten sie zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung einen Beitragszuschuss in der Höhe, die von der Agentur für Arbeit auch für GKV-Versicherte zu tragen wäre.
Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt
- ab Beginn und für die Dauer des Bezugs von Arbeitslosengeld bzw.
- ab dem zweiten Monat einer Sperrzeit bzw. einer Ruhenszeit wegen Urlaubsabgeltung

zusätzlich zum Arbeitslosengeld die monatlichen Beiträge bis zu einem festgelegten Höchstbetrag
Damit die Arbeitsagentur die Höhe eines Beitragszuschusses berechnen kann, benötigt sie eine Beitragsbescheinigung. Diese wird von der DKV erstellt.
Der Beitragszuschuss zur PKV und PPV wird von der Bundesagentur für Arbeit direkt an das PKV-Unternehmen gezahlt.
Der Vertragspartner bleibt der DKV gegenüber für die Beitragszahlung verantwortlich. Die Differenz zwischen den jeweiligen Zuschüssen und dem geschuldeten PKV-/PPV-Beitrag ist also vom Versicherungsnehmer zu tragen.

Berechnung des Beitragszuschusses
Der Beitragszuschuss berechnet sich also wie folgt (Stand seit 01.01.2025):

PKV-Beitrag wird übernommen bis zu:	
Beitragsbemessungsgrenze 66.150,00 Euro monatlich	5.512,50 Euro
x gesetzlich festgelegter Faktor	0,8
x allgemeiner Beitragssatz 14,6% zuzüglich durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 2,5%	17,1 %
=	754,11 Euro
/ 30 ergibt pro Tag:	**25,12 Euro**
PPV-Beitrag wird übernommen bis zu:	
Beitragsbemessungsgrenze 62.100,00 Euro monatlich	5.512,50 Euro
x gesetzlich festgelegter Faktor	0,8
x allgemeiner Pflegeversicherungsbeitragssatz	3,60 %
=	158,76 Euro
/ 30 ergibt pro Tag:	**5,29 Euro**
Insgesamt	
pro Monat:	**912,87 Euro**
pro Tag:	**30,41 Euro**

Die Höhe des Beitragszuschusses richtet sich also letztlich nach der Höhe des Arbeitslosengeldes. Liegt der Zuschuss unter dem zu zahlenden Beitrag, erfolgt die Zahlung des Restbetrages durch den Vertragspartner.

Hinweis:
Ein mitversichertes Krankentagegeld muss ebenfalls aktiv weiterlaufen, da auch während der Arbeitslosigkeit Arbeitsunfähigkeit eintreten kann, die nach sechs Wochen zum Ruhen der Zahlungen seitens des Arbeitsamtes führt. In der Höhe ist in der Regel eine Reduzierung erforderlich. Ohne aktive Krankentagegeldversicherung ist eine Befreiung nicht möglich.

3. Beitragszuschuss zur PKV für Bürgergeld – Empfänger (§ 26 SGB II)

Grundsätzliches
Besteht keine Mitgliedschaft in der GKV und auch keine Familienversicherung, tritt keine Mitgliedschaft in der GKV ein, eine bestehende PKV muss fortgesetzt werden. In diesen Fällen besteht Anspruch auf einen Zuschuss zu den Beiträgen zur PKV und PPV in Höhe des halben Höchstbeitrages zum Basistarif. Der Zuschuss darf aber die tatsächlichen zur PKV und PPV nicht übersteigen.
Der Vertragspartner bleibt der DKV gegenüber für die Beitragszahlung verantwortlich. Die Differenz zwischen den jeweiligen Zuschüssen und dem geschuldeten PKV-/PPV-Beitrag ist also vom Versicherungsnehmer zu tragen.

Möglichkeit zum Wechsel in den Basistarif
Es besteht die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln. Der Zuschuss zur PKV und PPV beträgt dann die Hälfte des Basistarifbeitrages. Besteht Hilfebedürftigkeit allein deswegen, weil der Arbeitslose die andere Hälfte des Beitrages zu tragen hat, kann davon auf Antrag so viel übernommen werden, dass die Hilfebedürftigkeit endet, im Zweifel dann eben auch die volle andere Hälfte des Beitrages.
Selbstbehalte in der PKV muss der Arbeitslose hingegen selbst tragen.

Wer wegen Hilfebedürftigkeit nach dem 15.03.2020 in den Basistarif gewechselt ist, kann, wenn die Hilfebedürftigkeit innerhalb von 2 Jahren endet; gemäß § 204 Abs 2 VVG in einer Frist von 3 Monaten nach Ende der Hilfebedürftigkeit in seinen herkömmlichen PKV-Versicherungsschutz zurückwechseln.
Dabei ist er so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand. Die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen werden dabei berücksichtigt. Prämienanpassungen und Änderungen der AVB in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif.

Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosigkeit und Krankentagegeldversicherung

1. Grundsätzliches

Wird ein arbeitsloser ALG I-Bezieher arbeitsunfähig, steht er "dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung" und ist nicht vermittelbar. Er bezieht 6 Wochen lang Kranken - ALG I.
Bei Arbeitsunfähigkeit endet der Anspruch auf ALG I also nach 6 Wochen.
Dauert die Arbeitsunfähigkeit im Anschluss daran wegen derselben Krankheit an, ergeht seitens der Arbeitsagentur ein Aufhebungsbescheid.

GKV-Versicherte beziehen dann in gleicher Höhe Krankengeld von der GKV, bis diese ihn für austherapiert erklärt, maximal 78 Wochen.

PKV-versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld I benötigen weiterhin ihre Krankentagegeldversicherung. denn bei Arbeitsunfähigkeit endet auch für sie der Anspruch auf ALG I-Leistungen seitens der Bundesagentur für Arbeit nach 6 Wochen.
Das Bestehen einer solchen Krankentagegeldversicherung ist zudem auch Voraussetzung für die Befreiung, sofern die arbeitslose Person unter 55 Jahre ist.

Hinweis:
Dass trotz Arbeitslosigkeit aus der Krankentagegeldversicherung Leistungen erfolgen, ist durch höchstrichterliche Rechtsprechung seit 2008 initiiert worden, vgl. BGH-Urteil vom 27.02.2008, Az. IV ZR 219/06.

2. Folgen für die Krankentagegeldversicherung

Damit auch nach Ablauf der ersten 6 Wochen für PKV-Versicherte eine finanzielle Absicherung besteht, sollte eine Krankentagegeldversicherung ab dem 43. Tag versichert sein.

Wenn keine Krankentagegeldversicherung besteht, informiert die DKV den Vertragspartner über die Möglichkeit der Hinzuversicherung. Auf Wunsch unterbreitet die DKV gern ein unverbindliches Angebot.
Wenn der Leistungsbeginn von dem 43. Tag abweicht, bietet die DKV die Anpassung an den neuen Bedarf an.
Für die eigenen Unterlagen benötigt die DKV eine *Kopie des Bewilligungsbescheids der Arbeitsagentur*.
Anhand dieses Bescheids kann die DKV erkennen, dass aktiv nach einer neuen beruflichen Tätigkeit gesucht wird.
Dies ist eine Voraussetzung, um die Krankentagegeldversicherung weiterzuführen.

Ein Krankentagegeld für Selbständige kann bestehen bleiben.

Empfänger von Arbeitslosengeld II hingegen erhalten die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit auch über die ersten sechs Wochen hinaus unverändert weiter, so dass kein Bedarf mehr an Absicherung von Krankentagegeld besteht.
Damit diese aber später, nach der Zeit der Arbeitslosigkeit problemlos wieder in Kraft gesetzt werden kann, empfiehlt sich hierzu eine Umstellung auf Anwartschaftsversicherung.

Endet die Arbeitslosigkeit, prüft die DKV, ob die Krankentagegeldversicherung noch bedarfsgerecht ist.
Wurde die KTV zu Beginn der Arbeitslosigkeit angepasst, hat der Vertragspartner innerhalb von zwei Monaten nach Ende der Arbeitslosigkeit das Recht, die Änderung zu diesem Termin rückgängig zu machen.
Besteht der Vertrag in der Gruppenversicherung, wird zudem die Versicherungsfähigkeit geprüft.

Arbeitsunfähigkeit (AU)

Arbeitsunfähigkeit im Sinne des SGB V liegt vor, wenn GKV-Mitglieder wegen Krankheit (oder Unfall) oder der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen ihre Arbeit nicht ausüben können. Mit dem ersten Tag der AU entsteht dann der Anspruch auf Entgeltfortzahlung (bei Arbeitnehmern) und Krankengeld.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne der AVB der Krankentagegeldversicherung der PKV liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Es muss also eine 100% Arbeitsunfähigkeit bestehen.

Zur Absicherung des Verdienstausfalles bei AU ist für nicht gesetzlich Krankenversicherte der Abschluss einer Krankentagegeldversicherung nötig, für gesetzlich Krankenversicherte empfiehlt sich eine Krankentagegeldversicherung ergänzend zum Krankengeld der GKV.

Entgeltfortzahlung

Für jede AU besteht nach dem Entgeltfortzahlungs-Gesetz für Arbeitnehmer ein Anspruch auf 100%ige Entgeltfortzahlung grundsätzlich für sechs Wochen. Dazu zählen auch Krankheiten infolge von Unfällen. Voraussetzung ist, dass Sie mindestens vier Wochen bei Ihrem Arbeitgeber beschäftigt sind.

Krankengeld der GKV

Das Krankengeld der GKV soll das durch AU entgangene Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen ersetzen – bei Arbeitnehmern nach Ablauf der Entgeltfortzahlung, d.h. ab dem 43. Tag der AU.

Krankentagegeldversicherung

Ergänzende Versicherung gegen Verdienstausfall für privat vollversicherte Selbständige bzw. ergänzend für gesetzlich Versicherte oder privat Versicherte, die Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber bzw. Krankengeld der GKV haben.

Arbeitsunfähigkeit im Ausland

Der Versicherungsschutz bei der Krankentagegeldversicherung erstreckt sich generell nur auf Deutschland. Bei einer im Ausland akut eingetretenen Arbeitsunfähigkeit wird das vereinbarte Krankentagegeld nur bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.
Abweichungen von diesem Grundsatz sind durch besondere Vereinbarungen bzw. ergänzende Regelungen in einzelnen Tarifen möglich, etwa ein Anspruch auf Krankentagegeld auch ohne stationäre Heilbehandlung bis zur Höhe der nachgewiesenen Kosten für Heilbehandlungen, die in der Leistungszeit wegen der die Arbeitsunfähigkeit bedingten Krankheit notwendig wurden.

Aufwendungsausgleichgesetz

Arbeitgeber erhalten die Kosten für die Entgeltfortzahlung bei Krankheit oder Mutterschutz im Rahmen des Aufwendungsausgleichsgesetzes ganz oder teilweise rückerstattet. Hierzu zahlen sie einen entsprechenden Beitrag an den Sozialversicherungsträger.

Umlage 1 – Erstattung bei Krankheit

Der Arbeitnehmer erhält im Krankheitsfall sein Nettoentgelt weiter, die Krankenkasse erstattet dem Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall einen Teil davon.

Zur Umlage 1 (U1 – Erstattung der Aufwendungen bei Krankheit) sind alle Arbeitgeber verpflichtet, die nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigen. Dabei werden Arbeitnehmer, die nicht vollbeschäftigt sind, mit den entsprechenden Faktoren kleiner als 1 berechnet. Öffentliche Arbeitgeber und ähnliche Institutionen nehmen nicht am Ausgleichsverfahren teil.

Am U1-Verfahren teilnehmende Arbeitgeber erhalten aus dem U1-Verfahren bis zu 80 % der nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz zu zahlenden Entgelte und bis zu 80 % der darauf entfallenden Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Diese Erstattungen können durch Satzungsbestimmungen der zuständigen Krankenkasse beschränkt werden

Umlage 2 – Erstattung bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Zur Umlage 2 (U2 – Erstattung der Aufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft) sind alle Arbeitgeber verpflichtet, unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten und der Art des Betriebes. Damit gilt die Umlage 2 für alle Betriebe und Unternehmen sowie auf öffentliche Institutionen.

Hier erhält der Arbeitgeber 100 % der Entgeltfortzahlung bei individuellen Beschäftigungsverboten und 100 % der darauf entfallenden Arbeitgeberanteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag.
Außerdem erhalten sie während des allgemeinen Beschäftigungsverbotes (grundsätzlich sechs Wochen vor der Geburt und acht Wochen nach der Geburt) den von ihnen ausgezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe erstattet.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Ausländer in Deutschland

	Ausländer aus EU	Ausländer aus sonstiger Welt		Sonderfall Asylbewerber
Aufenthaltsrecht/ Aufenthaltstitel	**Immer möglich** wegen Freizügigkeit	**kurzfristig:** - Visum - Schengen-Visum - Nationales Visum/ visumfreier Kurzaufenthalt - Mehrmalige Ein-/ Ausreise zu geschäftl. Zwecken - Einreise und Aufenthalt bei Erwerbstätigen	**längerfristig** - Aufenthaltserlaubnis (bis 5 Jahre) - Niederlassungserlaubnis (unbegrenzt) - Erlaubnis Daueraufenthalt EG (unbegrenzt)	- Aufenthaltsgestattung - Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)
Dauer	Unbegrenzt	bis zu 6 Monaten	länger als 1 Jahr	fallbezogen
Krankenversicherung	Gemäß EU-Richtlinie 1408/71 gilt dt. Sozialversicherungsrecht Krankenversicherungspflicht/-freiheit gem. §§ 5-6 SGB V	Keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (wegen Befristung < 1 Jahr)	Keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (wegen Lebensunterhaltssicherungspflicht) Regelung zur KV in bilateralen Sozialversicherungsabkommen einschlägig Bei Herkunftsländern ohne Sozialversicherungsabkommen mit der BRD: Frage nach Ausstrahlung Prüfungsinstanz ist GKV	Keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (wegen anderweitiger Sicherung des Schutzes bei Krankheit) Anspruch auf Krankenschutzleistungen auf Kosten der Ausländerbehörde
PKV-Angebot	In Abhängigkeit von der Beschäftigungssituation und gewöhnlichem Aufenthalt: - Zusatz-KV bzw. - Voll-KV	Tarife für Ausländer in Deutschland bis 1 Jahr Geltung (ERV-Tarife)	In Abhängigkeit von der Beschäftigungssituation und Annahmerichtlinien (siehe Fakt KW20/2013): - Zusatz-KV bzw. - Voll-KV	---

Voraussetzung ist immer, dass der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland ist.

Sonderfall Grenzgänger: Krankenversicherungspflicht i.d.R. nach Beschäftigungslandprinzip
Sonderfall Entsendung: Krankenversicherung durch Arbeitgeber im Herkunftsland

Auslandsaufenthalt

GKV-Mitglieder

Grundsätzlich ruht der Leistungsanspruch eines gesetzlich Versicherten gegenüber der GKV, wenn er sich im Ausland aufhält oder zur Behandlung ins Ausland begeben hat.

Dabei ist jedoch zu beachten:
- Der Leistungsanspruch besteht auch während eines Aufenthaltes in Staaten, mit denen die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, das auch KV umfasst.
- Ist der Versicherte von seinem Arbeitgeber ins Ausland entsandt worden, erhalten er und seine ihn begleitenden und besuchenden Familienangehörigen die Leistungen, die das Sozialgesetzbuch (SGB) vorsieht, vom Arbeitgeber. Der Arbeitgeber erhält dann die entstandenen Kosten bis zu der Höhe von der Kasse erstattet, in der die Kosten auch im Inland entstanden wären (§ 17 Abs. 1, 2 SGB V).
- Ist eine dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur im Ausland möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen (§ 18 Abs. 1 SGB V).
- Bei einer privaten vorübergehenden Auslandsreise in Länder außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz und in Staaten mit Sozialversicherungsabkommen mit der BRD, die den Bereich Krankenversicherung einschließen, werden die Kosten einer unverzüglichen notwendigen Akutbehandlung nur zeitlich begrenzt und auch nur für solche Personen erstattet, die sich nicht durch eine private Auslandsreise-Krankenversicherung absichern konnten (§ 18 Abs. 3 SGB V). Daher empfiehlt sich der Abschluss einer privaten Auslandsreise-Krankenversicherung für alle gesetzlich Versicherten.

1. Entsendung von GKV-Mitgliedern ins Ausland

Eine Entsendung liegt nur dann vor, wenn der Arbeitnehmer, der von seinem Arbeitgeber ins Ausland geschickt wird, weisungsgebunden und die dortige Tätigkeit befristet ist. Das Beschäftigungsverhältnis besteht weiter im Herkunftsland. Nach dem Beschäftigungslandprinzip gilt für den entsendeten Arbeitnehmer das Sozialversicherungsrecht des Landes weiter, aus dem er kommt.

Im Regelfall ist der Zeitraum für eine Entsendung ins Ausland auf 12 Monate begrenzt (innerhalb von EU-Staaten: 24 Monate). Dauert der Einsatz aus unvorhersehbaren Gründen länger, ist eine Verlängerung möglich.
Ansprechpartner **Deutsche Verbindungsstelle für Krankenversicherung im Ausland,**
Postfach 200464, 53134 Bonn, Tel. 0228/95300
Entscheidend ist jedenfalls eine fortbestehende arbeitsrechtliche Beziehung zu Deutschland.
Sind GKV-Mitglieder für einen deutschen Arbeitgeber im Ausland beschäftigt und erkranken dort, steht der Arbeitgeber in der Kostenverantwortung. Im Hinblick darauf empfiehlt es sich, dass der Arbeitgeber für seine entsendeten Arbeitnehmer eine Gruppen-Auslandsreisekrankenversicherung abschließt.

2. Privater Auslandsaufenthalt von GKV-Mitgliedern

Der Krankenversicherungsschutz während eines privaten Auslandsaufenthaltes ist für GKV-Mitglieder eingeschränkt. Die GKV übernimmt bisher nur dann Kosten für eine unvorhergesehene Behandlung, wenn die Heilbehandlung in einem Land der EU oder in einem Land stattfand, mit dem die BRD ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat.
In Ländern, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen geschlossen wurde (z.B. USA, südamerikanische und asiatische Länder), werden die Kosten (begrenzt auf die Inlandssätze und insgesamt 6 Wochen) bei Behandlung akut auftretender Krankheiten übernommen, wenn es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt in diesem Land handelt und der Abschluss einer privaten Krankenversicherung wegen des Lebensalters oder einer Vorerkrankung nicht möglich ist, und der Krankenkasse dies vor Reiseantritt bekannt war.
Krankenrücktransporte in die Heimat und Überführung im Todesfall werden von den Krankenkassen grundsätzlich nicht erstattet. Daher ist unbedingt eine private Auslandsreise-Krankenversicherung erforderlich.

3. Gezielte Inanspruchnahme ausländischer Leistungserbringer

Im EU-Ausland können GKV-Patienten auch bei einem Aufenthalt, der nur zu dem Zweck angetreten wird, sich dort behandeln zu lassen, mit einer Erstattung durch die Krankenkasse rechnen, und zwar ohne vorherige Genehmigung.
Dies gilt jedoch nicht in Ländern außerhalb der EU, selbst dann nicht, wenn mit diesen ein Sozialversicherungsabkommen besteht.

4. Sozialversicherungsabkommen

Sozialversicherungsabkommen sind die Voraussetzung dafür, dass die gesetzliche Krankenversicherung bei privaten Auslandsreisen Leistungen erbringt. Näheres zu diesem Thema finden Sie unter dem Stichwort Sozialversicherungsabkommen.

5. Krankenversicherung von GKV-versicherten Schülern und Studierende im Ausland

Bei Auslandsaufenthalten, die aus schulischen oder Studiengründen erforderlich sind, übernimmt die GKV die Kosten bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären.
Der Versicherungsschutz besteht auch in Ländern, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht. Er ist jedoch auf den Zeitraum begrenzt, in dem ausschließlich die Schul- oder Hochschulausbildung ursächlich für den Auslandsaufenthalt ist.

PKV-Versicherte

1. Dauer des Versicherungsschutzes

Im Rahmen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung besteht gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) i.d.R. zeitlich unbegrenzt mindestens Versicherungsschutz in der EU und im EWR.
Alles Weitere ist in den jeweiligen AVB geregelt

2. Umfang des Versicherungsschutzes

Man unterscheidet hierbei zwischen der akuten Notfallbehandlung und der Behandlung, bei der der Patient für eine gezielte therapeutische Behandlung ins Ausland fährt.
Bei der akuten Notfallbehandlung werden die nachgewiesenen Kosten grundsätzlich im tariflichen Rahmen erstattet, sofern die Voraussetzungen der AVB zur Heilbehandlung in Europa und im außereuropäischen Ausland erfüllt sind.
Erfolgt die Fahrt ins Ausland zum Zwecke einer gezielten therapeutischen Maßnahme, so ist zu beachten, dass für den Versicherungsnehmer eine Schadenminderungspflicht besteht (§ 82 VVG). Versicherungsleistungen können in diesem Fall auf einen Betrag herabgesetzt werden, der bei einer vergleichbaren Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland angefallen wäre.

Beamte im Ausland

Die Beihilfeverordnungen finden mit bestimmten Abweichungen Anwendung auf Beamte, die ins Ausland abgeordnet wurden oder die dort ihren dienstlichen Wohnsitz haben.

Für im Inland wohnende Beamte, die sich privat im Ausland aufhalten, sind Aufwendungen in dem Umfang beihilfefähig, in dem sie auch in Deutschland angefallen wären. Das bedeutet, dass z.B. Krankenrücktransporte und Überführungen aus dem Ausland nicht beihilfefähig sind und daher privat abgesichert werden sollten.

Grenzgänger

1. Definition

Als Grenzgänger werden Personen bezeichnet, die im Gebiet eines Mitgliedstaates beschäftigt sind (Beschäftigungsland), aber im Gebiet eines anderen Mitgliedstaates ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben (Wohnsitzland). In der Regel kehrt der Grenzgänger täglich, mindestens aber einmal wöchentlich zum Wohnsitz zurück.

Beispiel: Ein Grenzgänger aus Deutschland in die Schweiz wohnt in Deutschland und hat einen Arbeitgeber in der Schweiz. Sitzt der Arbeitgeber im Wohnsitzland des Arbeitnehmers und befindet sich lediglich die Arbeitsstelle im Ausland, so liegt eine Entsendung vor.

2. EU-Länder, Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz

Rechtsgrundlagen
Zwischen den Staaten der EU, der Schweiz und den EWR-Staaten Norwegen, Island und Liechtenstein (im folgenden „Mitgliedstaaten“) wurde 1971 durch die so genannte „Wanderarbeiter-Richtlinie“, die Koordinierungsrichtlinie 1408/71, ein Regelwerk für grenzüberschreitende Arbeitsverhältnisse in Kraft gesetzt. Darin sind alle wichtigen Bereiche des Sozialversicherungsrechts für solche Arbeitsverhältnisse koordiniert. Zum 01. 05. 2010 ist die Nachfolgeverordnung 883/2004 in Kraft getreten (in der Schweiz zum 01.04.2012). Für das vorliegende Thema bringt sie jedoch keine bedeutsamen Neuerungen.

Grundlegende Verfahrensweise
1. Der betreffende Grenzgänger geht zur zuständigen Behörde des Landes, in dem er seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat (Lebensmittelpunkt, erkennbar i.d.R. am Hauptwohnsitz).
   Diese Behörde stellt fest, welches Sozialversicherungsrecht anzuwenden ist, d.h. von welchem Land das Sozialversicherungsrecht im seinem Fall angewendet werden muss.
   Darüber stellt die Behörde eine Bescheinigung mit dem Formular A1 aus.
2. Damit geht die betreffende Person dann zur zuständigen Behörde des Landes, dessen Sozialversicherungsrecht nach Ausweis der Bescheinigung A1 anzuwenden ist und legt sie vor
   Dort wird geprüft, wo die betreffende Person in Anwendung dieses Sozialversicherungsrechtes sozialversichert ist. Über das Ergebnis der Prüfung wird eine Bescheinigung mit dem Formular S1 ausgestellt.
3. Damit geht die Person schließlich zur zuständigen Behörde in dem Land, in dem sie nach Ausweis der Bescheinigung S1 sozialversichert ist, legt dieselbe dort vor und erhält die benötigten Unterlagen für ihre Sozialversicherung.

Bei alledem wird die Wanderarbeitsrichtlinie 883/2004 als vorrangiges, grenzübergreifendes Recht herangezogen, während für weitere nachgelagerten Fragen das jeweilige Sozialversicherungsrecht des Landes gilt, wo er schließlich sozial versichert ist, z.B. für die Frage, ob –und wenn ja wie- eine Befreiung von der Sozialversicherungspflicht möglich ist.

Vorrang des Sozialversicherungsrechtes im Beschäftigungsland („Beschäftigungslandprinzip“)
Die grenzübergreifenden Regelungen der Wanderarbeitsrichtlinie 883/2004 beruhen im Wesentlichen auf den dort in Art. 13 festgeschriebenen Grundsätzen. Demnach ist man in der Regel ist man in dem Land sozial versichert, in dem man arbeitet („Beschäftigungslandprinzip“), d.h. sozialversicherungsrechtlich gilt das Recht des Beschäftigungslandes. Soweit dort eine Versicherungspflicht für Arbeitnehmer besteht, gilt sie auch für im Ausland wohnende Personen.

Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen - Grundsätze
Im Beschäftigungsland hat der Grenzgänger Anspruch auf die im Rahmen der Sozialversicherung vorgeschriebenen Krankenversicherungsleistungen, weil er dort sozialversichert ist.
Im Wohnsitzland besteht der gleiche Versicherungsschutz mit Sachleistungen der Krankenversicherung wie bei einem Versicherten des Wohnsitzlandes. Geldleistungen bei Krankheit bekommt man jedoch aus dem Land, in dem man versichert ist nach den dort geltenden Regelungen.
Für die Pflegepflichtversicherung gilt dies alles nur, wenn beide Länder eine solche Versicherung haben, was derzeit nur in Deutschland und den Niederlanden der Fall ist.

Familienangehörige
Die Familienangehörigen von Grenzgängern haben Anspruch auf die gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen im Wohnsitzland – und zwar im Rahmen der jeweils dort üblichen Familienversicherung, wenn die Angehörigen im Beschäftigungsland entsprechend den dortigen Regelungen mitversichert sind. Für die Schweiz bedeutet dies, dass für den Grenzgänger und alle seine Angehörigen jeweils ein eigener Beitrag zu zahlen ist. Im Beschäftigungsland des Grenzgängers können Familienangehörige dann unter den gleichen Voraussetzungen Leistungen erhalten wie er. Der Anspruch für Familienangehörige im Wohnsitzland wird analog zu der soeben beschriebenen Vorgehensweise geltend gemacht. Die entsprechende Bescheinigung erfolgt mit dem Formular S1 (früher E109).
Wenn der Grenzgänger hingegen im Beschäftigungsland eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht erwirkt hat, kann er auch im Wohnsitzland freiwillig gesetzlich versichert bleiben. in diesem Rahmen können dann auch seine Angehörigen mitversichert sein.
Darüber hinaus besteht bei Urlaub in den Mitgliedstaaten bei akut auftretenden Krankheiten Anspruch auf Behandlung nach den dortigen gesetzlichen Vorschriften.

Ruhestand und Rente
Mit Eintritt des Ruhestandes endet die Beschäftigung im Beschäftigungsland. Hat die betreffende Person als ehemaliger Grenzgänger im Beschäftigungsland Beiträge in die soziale Rentenversicherung eingezahlt, gilt ihre sozialversicherungsrechtliche Situation im Beschäftigungsland weiter (ggf. Sozialversicherungspflicht ehemaligen Beschäftigungsland) Insoweit erhält sie Altersrente aus ihrem Beschäftigungsland und unterliegt auch weiter der dortigen Krankenversicherungspflicht.

Ruhestand und Krankheit
Die Regelung dazu entspricht dem, was der ehemalige Grenzgänger aus seinem aktiven Erwerbsleben kennt:
Er hat keine Arbeitsstelle in seinem ehemaligen Beschäftigungsland mehr. In der Regel hält er sich nun dort auf, wo er immer schon gewohnt hat, also im Wohnsitzland. Darum lässt er sich bei der zuständigen Behörde im ehemaligen Beschäftigungsland einschreiben. Diese lässt für ihn von dem dortigen Renten zahlenden Träger und der dortigen gesetzlichen Krankenversicherung eine Bescheinigung über den Anspruch auf Sachleistungen (Formular S1, früher E121) ausstellen. Die ausgefüllte Bescheinigung legt er dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in seinem Wohnsitzland vor. Dann hat er auch im Ruhestand Anspruch auf alle gesetzlichen Sachleistungen im Gesundheitswesen seines Wohnsitzlandes. Dafür zahlt er im Wohnsitzland keine Beiträge.

3. Formulare zur Bescheinigung der sozialversicherungsrechtlichen Situation

Die nachfolgend genannten Formulare gelten in allen Mitgliedstaaten.
Diese Formulare sind nützlich, um als Staatsangehöriger eines Mitgliedsstaats, der in einem anderen Mitgliedstaat lebt und/oder arbeitet oder dies früher getan hat, Ansprüche auf Leistungen geltend zu machen. Die genannten Formulare sind unabhängig von der Staatsangehörigkeit gültig, wenn man offiziell in einem der Mitgliedstaat lebt.

Formular	Verwendungszweck	Ausstellende Behörde
A1 (früher: E 101 E 103)	Erklärung über das anwendbare Recht. Nützlich für den Nachweis, dass man in einem anderen Mitgliedstaat Sozialversicherungsbeiträge zahlt (z. B. als entsandter Arbeitnehmer oder Erwerbstätiger, der gleichzeitig in mehreren Ländern arbeitet).	GKV (Deutschland als Wohnsitzland bei Entsendung) Welche Behörde dieses Dokument erhält, erfährt man beim nationalen Verbindungsbüro für entsandte Arbeitnehmer im Heimatland, in Deutschland: GRV, GKV
S1 (früher: E 106, E 109, E 121)	Bescheinigung über den Anspruch auf Gesundheitsleistungen, wenn man nicht in dem Mitgliedstaat lebt, in dem man versichert ist. Nützlich für Grenzgänger, Rentner oder Beamte und ihre Angehörigen.	Zuständige Behörde im Beschäftigungsland. Bei einer beliebigen Krankenkasse in dem Mitgliedstaat einzureichen, in dem man lebt, bei Wohnsitz in Deutschland: GKV
S2 (früher: E 112)	Genehmigung einer geplanten medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat. Damit soll man wie Einwohner dieses Landes behandelt werden; möglicherweise muss man einen Anteil der Behandlungskosten vorab und/oder selbst bezahlen.	GKV Bei der Krankenkasse in dem Mitgliedstaat einzureichen, in dem die Behandlung durchgeführt werden soll.
S3	Bescheinigung über den Anspruch auf Gesundheitsleistungen in dem Mitgliedstaat, in dem man vorher erwerbstätig war. Nützlich für Grenzgänger im Ruhestand, die nicht mehr in dem Mitgliedstaat versichert sind, in dem sie vorher erwerbstätig waren	GKV Bei der Krankenkasse in dem Mitgliedstaat einzureichen, in dem man als Grenzgänger gearbeitet hat.
U1 (früher: E 301)	Bescheinigung der Versicherungszeiten, die bei der Berechnung der Leistungen bei Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen sind.	Nationale Arbeitsvermittlungsstelle des Mitgliedstaates bzw. -staaten, in dem bzw. denen man zuletzt gearbeitet hat.

4. Grenzgänger aus Deutschland ins Ausland (Wohnsitz Deutschland)

Beschäftigungsort	Versicherungspflicht KV	Versicherungspflicht PV (Dtld.)	Versicherungsmöglichkeit PKV
Belgien, Dänemark, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Polen, Tschechien	Ja	nein	Zusatztarife Zahnersatz, Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktiker, Zuzahlungen, Wahlleistungen stationär, Pflegetagegeld Abschließbar sind die KombiMed-Tarife, soweit sie die Sachleistungsaushilfe der GKV in Deutschland ergänzen (nicht aber KS1/2 und nicht Kostenerstattungstarife wie Kamp bzw. BMG). KPEK und PZU100 nur, wenn in Deutschland eine Pflegepflichtversicherung besteht. Ggf. BV für Zusatzversicherung erforderlich. Hinweis zu Österreich - Kleinwalsertal: Das Kleinwalsertal gehört zu Österreich, ist also von Deutschland aus gesehen Ausland. Dennoch gehört es zum Gebiet der deutschen GKV. Hintergrund ist, dass das Kleinwalsertal nicht direkt von Österreich aus zu erreichen ist, sondern nur über deutsches Staatsgebiet. Personnen mit österreichischer GKV benötigen also zur Behandlung im Kleinwalsertal das Formular S2.
Italien	Ja, Befreiung unter Umständen möglich (Einzelfallbetrachtung nötig)	Nein, nur bei Bestehen einer freiwilligen deutschen GKV oder einer privaten Voll-KV	Zusatztarife Zahnersatz, Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktiker, Zuzahlungen, Wahlleistungen stationär, Pflegetagegeld Abschließbar sind die KombiMed-Tarife, soweit sie die Sachleistungsaushilfe der GKV in Deutschland ergänzen (nicht aber KS1/2 und nicht Kostenerstattungstarife wie Kamp bzw. BMG). KPEK und PZU100 nur, wenn in Deutschland eine Pflegepflichtversicherung besteht. Ggf. BV für Zusatzversicherung erforderlich. Zur Befreiung ist anderweitiger KV-Schutz nötig: Deutsche GKV kann freiwillig bestehen (bleiben), auch private Voll-KV + PPV möglich
Liechtenstein	Ja, Befreiung möglich, wenn anderweitiger KV-Schutz besteht	Nein, nur bei Bestehen einer freiwilligen deutschen GKV oder einer privaten Voll-KV	Zusatztarife Zahnersatz, Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktiker, Zuzahlungen, Wahlleistungen stationär, Pflegetagegeld Abschließbar sind die KombiMed-Tarife, soweit sie die Sachleistungsaushilfe der GKV in Deutschland ergänzen (nicht aber KS1/2 und nicht Kostenerstattungstarife wie Kamp bzw. BMG). KPEK und PZU100 nur, wenn in Deutschland eine Pflegepflichtversicherung besteht. Ggf. BV für Zusatzversicherung erforderlich. Zur Befreiung muss gesetzlicher KV-Schutz Liechtensteins anderweitig versichert sein: Deutsche GKV kann freiwillig bestehen (bleiben), auch private Voll-KV + PPV möglich
Niederlande	Ja (in der „Basisversicherung“ – „ZVW“)	Nicht in Dtld. aber in den Niederlan-	Zusatzversicherungen in den Niederlanden freiwillig möglich.

Beschäftigungsort	Versicherungspflicht KV	Versicherungspflicht PV (Dtld.)	Versicherungsmöglichkeit PKV
		den (in der „Versicherung für besondere Krankheitskosten“ - „AWBZ“)	Zusatztarife Zahnersatz, Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktiker, Zuzahlungen, Wahlleistungen stationär, Pflegetagegeld Abschließbar sind die KombiMed-Tarife, soweit sie die Sachleistungsaushilfe der GKV in Deutschland ergänzen (nicht aber KS1/2 und nicht Kostenerstattungstarife wie Kamp bzw. BMG). KPEK und PZU100 nur, wenn in Deutschland eine Pflegepflichtversicherung besteht. Ggf. BV für Zusatzversicherung erforderlich. (siehe hierzu auch Hinweis unter „Wegzug ins Ausland“
Slowakei	Ja, Befreiung möglich, wenn anderweitiger KV-Schutz besteht	Nein, nur bei Bestehen einer freiwilligen deutschen GKV oder einer privaten Voll-KV	Zusatztarife Zahnersatz, Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktiker, Zuzahlungen, Wahlleistungen stationär, Pflegetagegeld Abschließbar sind die KombiMed-Tarife, soweit sie die Sachleistungsaushilfe der GKV in Deutschland ergänzen (nicht aber KS1/2 und nicht Kostenerstattungstarife wie Kamp bzw. BMG). KPEK und PZU100 nur, wenn in Deutschland eine Pflegepflichtversicherung besteht. Ggf. BV für Zusatzversicherung erforderlich. Zur Befreiung ist anderweitiger KV-Schutz nötig: Deutsche GKV kann freiwillig bestehen (bleiben), auch private Voll-KV + PPV möglich

Versicherungsmöglichkeiten in der PKV
Die Textvorlagen für die in den folgenden Tabellen erwähnten besonderen Vereinbarungen (BV) sind in der Antragsabteilung erhältlich. Anstelle der im folgenden genannten Zusatztarife können künftig die neuen KombiMed-Tarife abgeschlossen werden.

5. Besonderheiten für Grenzgänger Schweiz (Regelung seit 01.06.2002)

Definition Grenzgänger Schweiz: Wohnort Deutschland, Beschäftigungsort Schweiz

Versichertenstatus		**Leistungen**		**Beitrag**		**Zusätzlicher Versicherungsschutz**
CH	**D**	**CH**	**D**	**CH**	**D**	**D**
Pflichtig	S1	Kassen-leistung ohne Zahnleis-tungen (ZL)	GKV-Leistungen mit ZL	Kassenbei-trag pro Per-son; wird we-gen ZL in D erhöht wer-den	KV-Zusatz-beitrag	Zahnersatz, Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktiker, Zuzahlungen, stationäre Wahlleistungen, Pflegetagegeld, Angebot KombiMed-Tarife, nicht KS1/2 nicht Kostenerstattungstarife wie Kamp bzw. BMG nicht Krankentagegeld
Befreit* ; keine KV in CH	PKV-Voll ohne Kranken-tagegeld	PKV-Voll	PKV-Voll ohne Kran-kentagegeld	kein	PKV-Voll-Beitrag + PVN (ohne AG-Zuschuss)	Keine Grundsätzlich PVN-Pflicht
Befreit*; keine KV in CH	GKV-frei-willig**	keine	GKV-Leistungen mit ZL	kein	GKV-Bei-trag (ohne AG-Zuschuss)	Zahnersatz, Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktiker, Zuzahlungen, stationäre Wahlleistungen, Pflegetagegeld. Angebot KombiMed-Tarife,' nicht Krankentagegeld
Befreit*; private KV in CH ***	kein	Analog Schweizer Kassen-leistung ohne Zahn	Wie CH	Privat-Bei-trag;	nein	Nein Grundsätzlich PVN-Pflicht

* Befreiungsrecht für ab 01.06.2002 begründete Grenzgänger-Arbeitsverhältnisse:
3 Monate nach Aufnahme der Tätigkeit in der Schweiz
Bei einer Veränderung der persönlichen Verhältnisse (z.B. Heirat, Geburt eines Kindes, Scheidung, Verwitwung) kann die Befreiung nachgeholt werden, wenn sie noch nicht erfolgt ist.

** Einzige Möglichkeit, Familienmitglieder in einem Beitrag mitzuversichern;
allerdings kein Leistungsanspruch in der Schweiz

*** PVN-Pflicht, da Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen und Wohnsitz in Deutschland.

Hat man sich befreien lassen und endet die Tätigkeit in der Schweiz, ist ein späterer Wechsel in die deutsche GKV unter Umständen ausgeschlossen. Durch die Pflicht zur Versicherung in Deutschland muss man sich dann auch in Deutschland weiter privat versichern.

6. Grenzgänger aus dem Ausland nach Deutschland

Gewöhnlicher Aufenthalt , (Wohnsitz)	Versicherungs-pflicht KV	Versicherungs-pflicht PV	Versicherungsmöglichkeit PKV
alle Länder außer-halb Deutsch-lands	Ja, solange sein Ar-beitsentgelt nicht regelmäßig die Jahresarbeitsent-geltgrelnze über-schreitet.	Ja, Pflegeversicherung folgt Krankenversiche-rung	Nein, da gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland (gilt für Zusatz- und Voll-KV)

7. Brexit

Das Vereinigte Königreich ist auf Grund des Austrittsabkommens am 31. Januar 2020 aus der EU ausgetreten.
Allerdings schließt sich nach Art. 126 des Austrittsabkommens an den Austritt eine Übergangsphase bis zum 31.12.2020 an, in der für das Vereinigte Königreich das EU-Recht in einer Weise Anwendung findet, als wäre es weiterhin ein Mitgliedsstaat, so dass die dargestellten Grenzgänger-Regelungen bis dahin weitergelten.

Wegzug ins Ausland

Bei Wegzug (Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes) aus dem Tätigkeitsgebiet des privaten Krankenversicherers (Deutschland) endet der Vertrag, sofern keine besonderen Vereinbarungen über die Fortsetzung getroffen werden.
Bei Wegzug innerhalb der EU/ des EWR ist der Versicherer verpflichtet, eine Fortsetzung anzubieten.

Hinweis:
Bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland ist der Neuabschluss einer privaten Krankenversicherung nicht mögich.

Brexit
Das Vereinigte Königreich ist auf Grund des Austrittsabkommens am 31. Januar 2020 aus der EU ausgetreten. Aufgrund des damit einhergehenden Status als Drittland endet das Versicherungsverhältnis gemäß § 15 Abs. 3 S. 1 MB/KK grundsätzlich im Falle eines Wegzuges einer versicherten Person in das Vereinigte Königreich nach dem 31.01.2020, soweit es nicht im Wege einer Sonder-abrede (Fortführungsvereinbarung) fortgeführt wird.
Allerdings schließt sich nach Art. 126 des Austrittsabkommens an den Austritt eine Übergangsphase bis zum 31.12.2020 an, in der für das Vereinigte Königreich das EU-Recht in einer Weise Anwendung findet, als wäre es weiterhin ein Mitgliedsstaat.

Regelungen bei der DKV:
- **Versicherte, die ab dem 01.02.2020 ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das Vereinigte Königreich verlegen**
  Mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Großbritannien oder Nordirland endet der Versicherungsschutz nach den AVB.
  Aufgrund der gegebenen Unsicherheiten für die betroffenen Versicherten wird die DKV jedoch für die Krankenversicherung bis auf Weiteres Fortführungsvereinbarungen anbieten. Diese sind befristet auf 2 Jahre und sehen eine automatische Verlängerung um jeweils 2 Jahre vor, sofern keine der Parteien die Verlängerung kündigt. Diese Fortführungsvereinbarung ist noch vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland abzuschließen. Bei Beantragung nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes lehnen wir ab und heben den Vertrag auf. Es besteht seitens des Versicherungsnehmers kein Rechtsanspruch auf eine Fortführungsvereinbarung.

Für die Private Pflegepflichtversicherung bietet die DKV bis auf Weiteres eine Weiterversicherung an, entweder in Form einer Anwartschaft oder einer aktiven Weiterversicherung mit Leistungsanspruch. Der Leistungsanspruch gilt zumindest während des Übergangsabkommens. Es ist das aktualisierte Formular A23 zu verwenden.

- **Versicherte, die vor dem 01.02.2020 ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das Vereinigte Königreich verlegt haben**
  Für Versicherte, die vor diesem Stichtag ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Großbritannien oder Nordirland haben, wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt. Die Kunden wurden in KW15 / 2019 hierüber informiert.

Rückkehr aus dem Ausland

Bei Rückkehr aus dem EU/EWR-Ausland oder aus einem Land, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen einschließlich KV besteht:

Wenn man in diesen Ländern in der dortigen GKV versichert war und nach Deutschland zurückkehrt, wird dies als Vorversicherung anerkannt, ist und es besteht Zutrittsrecht zur deutschen GKV
- durch Versicherungspflicht kraft Gesetzes als Angestellter nach § 5 Abs. 1 SGB V

oder
- als Beitritt zur freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV, wenn die Vorversicherungszeit erfüllt ist.

War man im Ausland nicht GKV versichert und ist selbständig bzw. verdient über der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird die Auffangversicherungspflicht nach § 5. Abs. 1. Nr. 13 SGB V geprüft:

„Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren,
es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten."
(Abs. 5: = Selbständige, § 6 Abs. 1, 2: = Versicherungsfreie, beide Gruppen werden der PKV zugeordnet, notfalls müssen sie sich im Basistarif versichern)

Ausnahme:
Wenn man das 55. Lebensjahr vollendet hat, tritt Versicherungspflicht kraft Gesetzes nicht mehr ein.
Zugang zur GKV: nur noch freiwilliger Beitritt möglich, wenn die Bedingungen des § 6 Abs. 3a SGB V erfüllt sind (in den letzten 5 Jahren höchstens 2,5 Jahre selbständig, versicherungsfrei oder von Versicherungspflicht befreit gewesen) oder als Familienversicherung bei GKV—versichertem Ehepartner.
Ansonsten muss man sich PKV vollversichern, notfalls im Basistarif,

Kehrt man aus einem Land zurück, mit dem Deutschland kein Sozialversicherungsabkommen hat, das auch die Krankenversicherung beinhaltet, kann keine GKV-Vorversicherungszeit anerkannt werden. Wenn man dann nicht als Angestellter der Versicherungspflicht kraft Gesetzes nach § 5 Abs. 1 SGB V unterliegt, wird geprüft, ob die Auffangversicherungspflicht nach § 5. Abs. 1. Nr. 13 SGftB V greift (wie oben angegeben). Dies wäre etwa der Fall, wenn man vorher gesetzlich krankenversichert war und im Ausland nicht krankenversichert war. Man muss dann in die gleiche GKV wie vor dem Auslandsaufenthalt.
Greift auch die Auffangversicherungspflicht nicht, muss man sich PKV vollversichern, notfalls im Basistarif. Dies ist immer der Fall, wenn man aus einem Land zurückkehrt, mit dem Deutschland kein Sozialversicherungsabkommen einschließlich Krankenversicherung hat, denn wie immer man dort krankenversichert ist, gilt dies als private Krankenversicherung

Beamtenanwärter

Beamtenanwärter (Beamte auf Widerruf) sind diejenigen Beamten, die einen Vorbereitungsdienst (=Ausbildung) absolvieren, z.B. Inspektoren-Anwärter, Studien- oder Rechtsreferendare. Dieser dauert zwischen 12 und 36 Monaten. Beamtenanwärter haben in der Regel Anspruch auf Beihilfe.

In den fast allen Bundesländern (Ausnahmen: Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen) werden Rechtsreferendare nicht verbeamtet. Sie haben damit keine Beihilfeansprüche und werden versicherungspflichtig in der GKV. Es besteht kein Befreiungsrecht.

Für Referendare entfällt nach Abschluss der Ausbildung die Beihilfe, wenn sie nicht in das Beamtenverhältnis übernommen werden. In vielen Fällen tritt vorübergehend Arbeitslosigkeit ein. Eine Mitgliedschaft in der GKV ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich:

- bei Anspruch auf Familienversicherung über den Ehepartner.
- bei Bezug von Arbeitslosengeld I. Zunächst hat die Meldung der Arbeitslosigkeit zu erfolgen. Arbeitslosengeld I kann jedoch nur bezogen werden, wenn vor dem Referendariat eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde, aus der jetzt Ansprüche auf Arbeitslosengeld erwachsen.

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist nur bei vorangehender Mitgliedschaft in der GKV möglich.

Hinweis:

Beihilfeberechtigte Beamtenanwärter erhalten i.d.R. eine beihilfekonforme Restkostenversicherung in Ausbildungstarifen, in denen noch keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

Werden sie danach als Beamte zur Probe übernommen, haben sie das Recht, beim gleichen Versicherer in eine beihilfekonforme Restkostenversicherung in Tarifen mit Alterungsrückstellung zu wechseln.
Wenn sie nach der Ausbildungszeit in die freie Wirtschaft wechseln, haben sie das Recht, beim gleichen Versicherer auf eine PKV-Vollversicherung umzustellen.

Sie können aber auch unmittelbar den Versicherer wechseln, wenn sie eine PKV-Vollversicherung abschließen möchten. Dies ist durch § 205 Abs. 3 VVG sichergestellt. Denn sie würden bei ihrem bisherigen Versicherer in einen Tarif mit Alterungsrückstellungen wechseln und damit würde sich die Prämie entsprechend erhöhen. Dafür sieht die genannte Gesetzesnorm für 2 Monate ab Zugang der Änderungsmitteilung eine unmittelbare Kündigungsmöglichkeit vor.

Beamtenbesoldung

Die Beamtenbesoldung ist durch das Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) und die Landesbesoldungsgesetze (LBesG) geregelt.
Sie richtet sich nach der Diensteinstufung (einfacher; mittlerer; gehobener; höherer Dienst) und dem Dienstalter.

Zu dem Grundgehalt werden Zuschläge (z.B. Familienzuschlag, Auslandsverwendungszuschlag) gezahlt.

Besoldungstabellen finden Sie hier

Beamtenöffnungsaktion

Beamte können ihren Beihilfeanspruch bedarfsgerecht nur in der PKV, nicht jedoch in der GKV absichern. Durch die Öffnung können an sich nicht oder nur gegen erhebliche Erschwernisse versicherbare Risiken gegen einen begrenzten Risikozuschlag privat krankenversichert werden.

Hier finden Sie die aktuellen Informationen des PKV-Verbandes.

Bei der DKV
werden die Sonderkonditionen (SoKo) im Rahmen der Öffnungsaktion ausschließlich in den Tarifen BKA, BZA und BKHEA für Beamte auf Widerruf bzw. BK / BKF und BKHE für Beamte auf Probe oder Lebenszeit gewährt, darüber hinaus in Bundesländern, die wahlärztliche Leistungen und 2-Bettzimmer bei stationärer Behandlung als Beihilfeleistung anbieten, noch zusätzlich in den Tarifen BKH2A für Beamte auf Widerruf bzw. BKH2 / BKH2F für Beamte auf Probe oder Lebenszeit.

Hinweis:
Für Tarifabschlüssen mit Sonderkonditionen (SoKo) im Rahmen der Öffnungsaktion gelten abweichende Provisionsregelungen.

Befreiung von der Versicherungspflicht

Allgemeines

Versicherungspflicht in der GKV / SPV kann in verschiedenen Situationen eintreten. In vielen Fällen besteht dann die Möglichkeit zur Befreiung (§ 8 SGB V; § 22 PflegeVG) von der Versicherungspflicht, um z.B. weiter privat versichert zu bleiben oder auch Beihilfeansprüche nutzen zu können.
Eine Befreiung ist bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen. Dieses ist in der Regel die Kasse, wo der Antragsteller zuletzt versichert war. Ein Nachweis einer privaten Krankenversicherung ist in den meisten Fällen nicht erforderlich.

Die Befreiung gilt zum Eintritt der Versicherungspflicht kraft Gesetzes für die gesamte Dauer des die Befreiung auslösenden Sachverhalts.
Neben den einzelnen Tatbeständen dazu gilt die grundsätzliche Voraussetzung, dass man unmittelbar bevor die Versicherungspflicht, von der man sich befreien lassen möchte, kraft Gesetzes eintritt, nicht versicherungspflichtig kraft Gesetzes sein darf.

Eine Befreiung zum Eintritt einer Versicherungspflicht kraft Gesetzes ist also nur dann möglich, wenn die betreffende Person unmittelbar vorher
- freiwillig versichert oder
- PKV vollversichert oder
- familienversichert war.

Die Frist für die Befreiung beträgt 3 Monate ab Eintritt der jeweiligen Versicherungspflicht. Wurden zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und dem Befreiungsantrag Leistungen in Anspruch genommen, gilt die Befreiung ab dem nächsten auf den Antrag folgenden Monat.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV kann nicht widerrufen werden.

Die Wirkung einer Befreiung endet,
- wenn der für die Befreiung maßgebliche sozialversicherungsrechtliche Tatbestand endet,
- wenn Versicherungspflicht aufgrund eines anderen sozialversicherungsrechtlichen Tatbestandes eintritt,
- wenn der für die Befreiung maßgebliche sozialversicherungsrechtliche Tatbestand endet und ein gleichartiger Tatbestand erst nach einer sozialversicherungsrechtlich relevanten Unterbrechung eintritt, d.h. mehr als ein Monat später, in der Zwischenzeit darf kein anderer Versicherungspflichttatbestand eingetreten sein.

Die Wirkung einer Befreiung endet nicht,
- wenn der für die Befreiung maßgebliche sozialversicherungsrechtliche Tatbestand über eine zwischenzeitlich aus anderem Grund eingetretene Versicherungspflicht hinaus fortbesteht,
- wenn der für die Befreiung maßgebliche sozialversicherungsrechtliche Tatbestand endet und ein gleichartiger Tatbestand direkt im Anschluss oder nach einer sozialversicherungsrechtlich nicht relevanten Unterbrechung eintritt, d.h. innerhalb eines Monates, in der Zwischenzeit darf auch kein anderer Versicherungspflichttatbestand eingetreten sein.

Nachfolgend werden die einzelnen Möglichkeiten der Befreiung dargestellt

Befreiung als Arbeitnehmer bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Wenn bei Arbeitnehmern, deren Jahresarbeitsentgelt bisher über der JAEG lag, die **JAEG wegen Erhöhung der JAEG unterschritten** wird, werden sie wieder versicherungspflichtig (in der Regel zum 1.1. eines Jahres) werden, können sich von dieser Versicherungspflicht befreien lassen.

Der Nachweis einer privaten Vollkostenversicherung ist für die Befreiung erforderlich.
Der Befreiungsantrag kann bei jeder Krankenkasse gestellt werden.
Die Frist für die Antragstellung beträgt 3 Monate, hier also bis zum 31.03. eines Jahres.

Wer sich als Arbeitnehmer befreien lässt, bleibt mindestens für die Dauer des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses befreit. Es ist strittig, ob bei Antritt einer neuen Arbeitsstelle - bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze - die Befreiung als beendet gilt, so dass wieder Versicherungspflicht eintritt und eine erneute GKV-Mitgliedschaft möglich ist.

Bei einem Einkommen oberhalb der JAEG (im neuen Beschäftigungsverhältnis) kommt es darauf an, ob mit dem gezahlten regelmäßigen Gehalt aufs Jahr gerechnet, die JAEG im ablaufenden Jahr überschritten würde und die des kommenden Jahres überschritten wird.

Achtung:
Wird die **JAEG wegen Kürzung des Arbeitsentgeltes unterschritten**, setzt unmittelbar Versicherungspflicht ein. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist in diesem Zusammenhang nicht möglich.

Befreiungsmöglichkeit für Künstler und Publizisten

Für versicherungspflichtige Künstler und Publizisten gibt es zwei Befreiungsmöglichkeiten:

1. Aufnahme der künstlerischen bzw. publizistischen Tätigkeit

Für selbstständige Künstler bzw. Publizisten besteht in den ersten 3 Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit die Pflicht zur Krankenversicherung, auch bei Unterschreiten der Geringfügigkeitsgrenze. Dieser Zeitraum verlängert sich durch Mutterschafts- und Elternzeit oder wegen einer anderweitigen Arbeitnehmerschaft um die entsprechenden Zeiten. Innerhalb der ersten 3 Monate nach Feststellung der Versicherungspflicht kann der Künstler wählen, ob er sich der GKV oder der PKV anschließen will.
Entscheidet er sich für die PKV, muss er sich von der Versicherungspflicht befreien lassen. Hierfür ist der Nachweis einer PKV erforderlich. Die Versicherung muss auch für seine Angehörigen bestehen. Der Antrag auf Befreiung kann nur in den ersten drei Monaten nach Feststellung der Versicherungspflicht in der Künstlersozialkasse gestellt werden. Diese Befreiung kann nur innerhalb der ersten 3 Jahre widerrufen werden. Wird die Befreiung nicht widerrufen, endet sie drei Jahre nach dem Ende der Berufsanfängerzeit mit Ablauf des nächstfolgenden 31. März. Ab dem Folgetag tritt Kranken- und Pflegeversicherungspflicht nach dem KSVG ein. Sie gilt, solange eine Tätigkeit im Sinne des KSVG ausgeübt wird. Eine Befreiungsmöglichkeit besteht auf Antrag als Höherverdienender.

2. Befreiung auf Antrag als höher verdienender Künstler oder Publizist

Der Künstler kann sich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sein Einkommen in 3 aufeinanderfolgenden Jahren jeweils über der Summe der jeweils geltenden J Jahresarbeitsentgeltgrenzen liegt. liegt.

Beispiel (Stand: 01.01.2025)

Jahr	**JAE-Grenze**	**Einkommen**
2023	66.600,00 Euro	65.000,00 Euro
2024	69.300,00 Euro	69.000,00 Euro
2025	73.800,00 Euro	77.000,00 Euro
Summe	**209.700,00 Euro**	**211.000,00 Euro**

In diesem Beispiel ist die Befreiung möglich, da es nicht erforderlich ist, in jedem Jahr die JAEG zu überschreiten. Maßgebend ist immer der 3-Jahres-Zeitraum.

Zu beachten:
Eine Pflichtversicherung nach KSVG hat Vorrang vor einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV.

Wer seine künstlerische bzw. publizistische Tätigkeit nicht erwerbsmäßig oder nur vorübergehend ausübt, kann sich auch privat versichern.

Befreiung als Landwirt

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen möglich. Voraussetzung ist, dass das Unternehmen eine Mindestgröße erreicht. Dies ist der Fall, wenn sein Wirtschaftswert einen von der landwirtschaftlichen Alterskasse unter Berücksichtigung der örtlichen oder regionalen Gegebenheiten festgesetzten Grenzwert erreicht; der Ertragswert für Nebenbetriebe bleibt hierbei unberücksichtigt.
Grob angenähert: Das Einkommen aus der Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer übersteigt den Wirtschaftswert von 30.000 Euro.

Befreiung ist nicht möglich, wenn der Landwirt schon Leistungen in Anspruch genommen hat (Abweichung von (SGB V).

Trotz Befreiung tritt erneut Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte ein, wenn eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte bezogen wird. Gleichzeitig entsteht eine erneute Befreiungsmöglichkeit als Rentner.

Befreiung als Rentner

Personen, die seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums in der GKV versichert waren, werden versicherungspflichtig in der KVdR. Innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Stellung des Rentenantrags können sie sich von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung erstreckt sich auf den Zeitraum des Rentenbezuges.

Hinweis:
Sind die betreffenden Personen erst einmal pflichtversichert in der KVdR, bleiben sie es auch, wenn sie später als Witwen bzw. Witwer selbst beihilfeberechtigt werden. Sie können dann nicht mehr ins Beihilfesystem wechseln.

Ansonsten hat diese Befreiungsmöglichkeit nur eine geringe Bedeutung, da nur in wenigen Fällen privat Krankenversicherte die Voraussetzungen für eine KVdR-Mitgliedschaft erfüllen.
Von einer Fortwirkung der Befreiung ist auszugehen, wenn eine Unterbrechung (kleiner als 1 Monat) eintritt.

Hinweis:
Ein nahtloser Wechsel der Rentenart löst kein neues Recht auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V aus.

Befreiung als Studierende

Grundsätzlich entsteht mit der Einschreibung als Studierende Versicherungspflicht in der GKV ab Beginn des Semesters. In den ersten drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht, besteht eine Befreiungsmöglichkeit - zu Beginn des Studiums und während des Studiums nach Ende der Familienversicherung.
Die Befreiung gilt **für die Dauer** des Studiums. Es muss ein Krankenversicherungsschutz nachgewiesen werden.

Wird nach Ende eines Studiums ein weiteres Studium begonnen, entsteht erneut ein Befreiungsrecht. (§ 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) Dies gilt nicht, wenn zwischen Ende des bisherigen und Aufnahme des neuen Studiums weniger als 1 Monat liegt.

Für Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte gelten die gleichen Grundsätze.

Befreiung bei Altersteilzeit

Eine Person in Altersteilzeit (gilt nicht im Blockmodell) kann sich wegen Reduzierung der Arbeitszeit von der Versicherungspflicht befreien lassen (§ 8 Abs.1 Nr.3 SGB V.)

Voraussetzung für eine Befreiung wegen Reduzierung der Arbeitszeit ist, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist.

Die Befreiung gilt für die Dauer der Altersteilzeit.

Bei privat Versicherten wird allerdings keine Versicherungspflicht eintreten, wenn die PKV mindestens fünf Jahre bestanden hat.

Befreiung bei Arbeitslosigkeit

Bezieher von Arbeitslosengeld I, die vor Antragstellung mindestens 5 Jahre nicht in der GKV versichert waren, können sich von der Versicherungspflicht in der GKV und in der SPV aufgrund Arbeitslosigkeit befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht muss innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung gestellt werden. Die Befreiung wirkt dann zum Eintritt der Versicherungspflicht.

Bei einer Unterbrechung der Arbeitslosigkeit und damit des Bezuges von Arbeitslosengeld ist von einem Fortwirken der Befreiung auszugehen, wenn die Unterbrechung nicht mehr als ein Monat beträgt und in dieser Zeit kein anderer versicherungsrechtlicher Tatbestand vorliegt, der KV-Pflicht zur Folge hat.
D.h. z.B., dass bei einer Unterbrechung der Arbeitslosigkeit und damit verbundener Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für einen Zeitraum von nicht mehr als einem Monat und zwischenzeitlicher kurzfristiger Berufstätigkeit, die wegen Überschreitens der JAEG zur Krankenversicherungsfreiheit führt, die Befreiungswirkung im Gegensatz zur bisherigen Verfahrensweise erhalten bleibt.

Hat sich ein Arbeitnehmer bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit von der Versicherungspflicht befreien lassen, endet diese Befreiung bei Bezug von Leistungen des Arbeitsamtes. Lässt sich der Versicherte nicht wegen Arbeitslosigkeit befreien, wird er in der Krankenkasse versichert, in der er zuletzt vor der Befreiung versichert war.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht wegen Bezugs von ALG I gilt auch bei anschließenden ALG II-Bezug weiter.

Bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung tritt erneut Versicherungspflicht ein, wenn das neue Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschreitet.

Bei einem Einkommen oberhalb der JAEG (im neuen Beschäftigungsverhältnis) kommt es darauf an, ob mit dem gezahlten regelmäßigen Gehalt aufs Jahr gerechnet, die JAEG im ablaufenden Jahr überschritten würde und im kommenden Jahr überschritten wird.

Hinweis:
Bei Vorruhestand (analog zum früheren Vorruhestandsgesetz) handelt es sich um eine Nebenabrede zum weiterbestehenden Arbeitsverhältnis.
Bestand vorher Versicherungspflicht als Arbeitnehmer kraft Gesetzes, so tritt mit dem Vorruhestand eine Beschäftigungsfiktion ein, die ein Weiterbestehen dieser Versicherungspflicht begründet.
Bestand vorher Versicherungsfreiheit z.B. wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze, tritt diese Beschäftigungsfiktion nicht ein und die Versicherungsfreiheit bleibt bestehen. Wer in diesem Fall freiwillig in der GKV versichert ist, kann freiwillig versichert bleiben.
Anders als bei der Altersteilzeit ist die Reduzierung der Arbeitszeit hier nicht einschlägig.

Befreiung bei Teilzeitarbeit (auch im Anschluss an Elternzeit/Pflegezeit)

Wer seine versicherungsfreie Vollzeitbeschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger in eine versicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung umwandelt, hat gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ein Befreiungsrecht.

Dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein solches Beschäftigungsverhältnis aufnehmen.

Es gilt ferner für Beschäftigte, die im Anschluss an
- Pflegezeit oder
- Elternzeit oder
- Zeiten des Bezugs von Elterngeld

ein solches Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V führen würde;

Grundvoraussetzung:
Es besteht bereits seit mindestens 5 Jahren Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden dabei angerechnet. Ob in Eltern- bzw. Pflegezeit nicht- oder Teilzeit gearbeitet wird, ist unerheblich.
Wenn aber zusammen mit Elternzeit bzw. Pflegezeit die 5 Jahresfrist noch nicht erfüllt ist, ist für eine Teilzeitbeschäftigung im Anschluss an diese Zeiten keine Befreiung möglich, bei sonst gleichbleibenden Voraussetzungen würde dann Versicherungspflicht kraft Gesetzes in der GKV eintreten.
Es müsste im Anschluss an Eltern- bzw. Pflegezeit wieder Vollzeit gearbeitet werden mit Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze, und zwar noch so lange, bis die 5 Jahresfrist (einschließlich der Eltern- oder Pflegezeit) erfüllt ist.

Weitere Voraussetzungen
- Die Arbeitszeit wird/ist auf die Hälfte oder weniger der betriebsüblichen Arbeitszeit beschränkt und
- Der Befreiungsantrag wird innerhalb von drei Monaten gestellt.

Befreiung in der Pflegezeit

Auf Antrag wird gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes.
Die Befreiung muss innerhalb von drei Monaten beantragt werden.
Die Befreiung erstreckt sich zunächst nur auf die Dauer der Pflegezeit.

Befreiung in der Elternzeit / Zeit des Elterngeldbezuges

Bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit und der damit eintretenden Versicherungspflicht besteht gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ein Befreiungsrecht. Die wöchentliche Arbeitszeit darf 30 Stunden nicht überschreiten.
Die Befreiung muss innerhalb von drei Monaten beantragt werden.
Die Befreiung erstreckt sich zunächst nur auf die Dauer der Elternzeit.

Zeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht – auch in der Elternzeit - zählen immer als Zeiten mit Einkünften oberhalb der JAEG. Bei Aufnahme einer Beschäftigung oberhalb der JAEG nach der Elternzeit ist dann u.U. sofortige Versicherungsfreiheit gegeben.

Befundorientierte Festzuschüsse

Die Bezuschussung von Zahnersatz erfolgt in der GKV auf der Basis der so genannten „befundorientierten Festzuschüsse“.

Befundbezogene Festzuschüsse bedeutet, dass einem bestimmten Befund eine konkrete Regelversorgung zugeordnet wird. Diese wird dann mit einem festen Betrag bewertet.
60% dieses Betrages erhält man als befundorientierten Festzuschuss, der auch dann gezahlt wird, wenn eine aufwändigere Versorgung gewählt wurde.
So gibt es beispielsweise beim Befund "Fehlender Zahn" immer einen pauschalen Betrag und zwar unabhängig von der Versorgungsform.

Basis für die Berechnung des Bonus ist stets der befundbezogene Festzuschuss.

- Dieser beträgt generell 60% der Kosten der Regelversorgung

- 70% der Kosten der Regelversorgung beträgt der Zuschuss für die,
  die für eine regelmäßige Zahnpflege gesorgt haben und
  sich in den letzten 5 Jahren vor Behandlungsbeginn wenigstens 1 x der entsprechenden Vorsorgeuntersuchung der Zähne unterzogen haben (2 x im Alter von 6 bis 17).
  Die Vorsorgeuntersuchungen müssen in einem Bonusheft dokumentiert sein.

- 75% der Kosten der Regelversorgung beträgt der Zuschuss für die,
  die für eine regelmäßige Zahnpflege gesorgt haben und
  sich in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn wenigstens 1 x der entsprechenden Vorsorgeuntersuchung der Zähne unterzogen haben
  Die Vorsorgeuntersuchungen müssen in einem Bonusheft dokumentiert sein.
  Fehlt eine einzige dieser hier genannten weiteren Untersuchungen -also in den Jahren 6 bis 10 vor der aktuellen Zahnersatzversorgung-, so kann die Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen trotzdem den Bonus von 15 % gewähren (z.B. wegen Auslandsaufenthalt oder längerer akuter Erkrankung).

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Beginn des Versicherungsschutzes (PKV)

Wenn der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist (formeller Versicherungsbeginn), beginnt der Versicherungsschutz zum in der Police genannten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn). Leistungen können jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeiten bezogen werden (materieller Versicherungsbeginn).

Allgemeines

Man unterscheidet

- **Formeller Versicherungsbeginn**
  Der formelle Versicherungsbeginn dokumentiert das Zustandekommen des Vertrags. Dies erfolgt durch die Zusendung der Police oder einer Annahmeerklärung des Versicherungsunternehmens. Der formelle Beginn kann vor oder nach dem technischen Beginn liegen.
  Kommt der Vertrag im Anfrageverfahren („invitatio“-Modell) zustande, ist die Annahmeerklärung des Kunden der formelle Versicherungsbeginn.

- **Technischer Versicherungsbeginn**
  Der technische Versicherungsbeginn ist der in der Police genannte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Mit dem technischen Beginn entsteht die Pflicht zur Beitragszahlung durch den Versicherungsnehmer. Die Wartezeiten rechnen vom technischen Beginn an.

- **Materieller Versicherungsbeginn**
  Der materielle Versicherungsbeginn ist der Zeitpunkt, ab dem der Versicherungsnehmer einen Leistungsanspruch hat. Grundsätzlich liegt dieser in der PKV nach dem Ablauf der Wartezeiten.
  Der materielle Beginn liegt in der Regel nach dem formellen Beginn (denkbare Ausnahmen: Rückdatierung/Rückabwicklung).
  Im Rahmen einer Vollversicherung fallen wegen der Wartezeitanrechnung bei Übertritt aus der GKV oder aus der PKV in der Regel technischer und materieller Beginn zusammen.

Sofern die Voraussetzungen zur Vor- oder Rückdatierung nicht erfüllt sind, ist Versicherungsbeginn grundsätzlich der 01. des Folgemonats.
Anträge, die **bis zum 15. eines Monats** beim VR eingegangen sind, können noch mit Wirkung vom Beginn dieses Monats angenommen werden, wenn der Antragsteller es beantragt hat.
Anträge, die in der Zeit **vom 16. eines Monats bis zu dessen Ende** eingegangen sind, können frühestens zum 01. des folgenden Monats angenommen werden spätestens jedoch zum 01. des nächstfolgenden Monats.

In der Gruppenversicherung beginnt der Versicherungsschutz am 1. des Monats der auf den Zugang der Beitrittserklärung beim Versicherer folgt.

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn die Voraussetzungen für eine Kindernachversicherung erfüllt sind und der Antrag dafür fristgerecht gestellt wird.

Vordatierung

Bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung ist i.d.R. eine zeitlich begrenzte Vordatierung möglich. Dem bisherigen Krankenversicherer / der bisherigen Krankenkasse ist eine Bestätigung der Annahme des neuen Krankenversicherungsschutzes beim neuen Krankenversicherer / bei der neuen Krankenkasse vorzulegen.

Rückdatierung

Eine Rückdatierung des Versicherungsbeginns ist i.d.R. bis zu zwei Monaten zulässig:

- bei einem Übertritt aus der GKV (Voraussetzung ist der Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung).

- Mitversicherung Neugeborener ab Geburt (Kindernachversicherung)

- Mitversicherung des Ehegatten ab Eheschließung (Ehegattennachversicherung)

Widerrufsrecht

Widerrufsrecht

Bei allen Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von einem Monat und mehr hat der Versicherungsnehmer hinsichtlich seiner Vertragserklärung ein Widerrufsrecht (vgl. § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)).

Er kann seine Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen* ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem dem Versicherungsnehmer
- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
- die Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)
- sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung

jeweils in Textform zugegangen sind.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten.

Die nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG zu erteilende Belehrung genügt den dort genannten Anforderungen, wenn das Muster der Anlage zu § 8 Abs. 5 VVG in Textform verwendet wird.

* Die DKV gewährt eine Frist von 30 Tagen.

Beihilfe

Die Beihilfe ist das Krankenversorgungssystem des öffentlichen Dienstes. Sie wird Beihilfeberechtigten (i.d.R. Beamten, Beamtenanwärtern, Berufsrichtern, Versorgungsempfängern) und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt als Zuschuss des Dienstherrn in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen. Er beträgt bei den meisten Leistungen zwischen 50% und 85% der Kosten. Die entsprechenden Restkosten werden entweder vom Beihilfeberechtigten selbst übernommen oder durch eine private Krankenversicherung abgesichert. Zu Letzterem sind Beihilfeempfänger seit 01.01.2009 verpflichtet.

Die Beihilfe ist geregelt in den Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder, denen nach der Rechtsprechung (Bundesverwaltungsgericht) Gesetzesrang zukommt. Den damit verbundenen Erfordernissen entsprechend ist die Beihilfeverordnung des Bundes zum 01.01.2009 -wie zuvor schon einige der Länder- umgestaltet worden.

Seit dem 01.01.2009.besteht auch für die Beamtinnen und Beamten in Deutschland die allgemeine Versicherungspflicht. Seither sind Beihilfeberechtigte verpflichtet, die Restkosten zu versichern.

Allgemeines

1. Beihilfeberechtigte

Beihilfeberechtigte sind insbesondere Beamte, Versorgungsempfänger (Beamte im Ruhestand) und ggf. frühere Beamte, darüber hinaus mit Einschränkungen auch Arbeiter und Angestellte. Weitere Personengruppen können aufgrund spezialrechtlicher Vorschriften einen Beihilfeanspruch haben, z.B. Abgeordnete, Richter und Soldaten. Die genaue Beschreibung der Beihilfeberechtigten enthalten die einzelnen Beihilfevorschriften. Nicht beihilfeberechtigt sind Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist.
In der beihilfekonformen privaten Restkostenversicherung erhalten

- **Beamte auf Widerruf** (= Beamtenanwärter in Ausbildung)
  Anwärtertarife, d.h. Tarife, in denen noch keine Alterungsrückstellungen gebildet werden,
- **Beamte auf Probe oder Lebenszeit** (Beamte nach Abschluss der Ausbildung)
  Tarife, in denen Alterungsrückstellungen gebildet werden.

Sonderfall: Wahlbeamte
Wahlbeamte sind Beamte, deren Verbeamtung durch eine Wahl initiiert wird (Bürgermeister o.ä.). Sie sind dann bis zum Ausscheiden aus dem Amt beihilfeberechtigt nach den, also zunächst für eine Wahlperiode, es sei denn, sie scheiden durch Rücktritt früher oder durch Wiederwahl später aus dem Amt. In der Regel erhalten sie nach zwei Wahlperioden einen vollen beamtenrechtlichen Versorgungsanspruch.
Bei der Beratung zur beihilfeergänzenden Restkostenversicherung ist u.a. ein besonderes Augenmerk auf die Situation nach Ausscheiden aus dem Amt zu legen.

2. Berücksichtigungsfähige Angehörige

Die Beihilfeberechtigten haben für berücksichtigungsfähige Angehörige unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls einen Anspruch auf Beihilfe:

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind grundsätzlich

- die Kinder bis zur Vollendung des 18.Lebensjahres, in Ausbildung idR. längstens bis zur Vollendung des 25.Lebensjahres)
  In Wartezeiten zwischen den einzelnen Ausbildungsschritten steht ihnen ebenfalls Beihilfe zu.
  Kinder sind stets bei dem Ehegatten berücksichtigungsfähig, bei dem sie im Familienzuschlag berücksichtigt sind und an den folglich das Kindergeld gezahlt wird.
  Da der Familienzuschlag monatlich einmal mit der Besoldung gezahlt wird, endet der Beihilfeanspruch am Ende des Kalendermonats, in dem das betreffende Lebensjahr vollendet wird und in dem folglich mit der Besoldung zum letzten Mal der entsprechende kinderbezogene Teil des Familienzuschlages gezahlt wird:
  Ausnahme: Baden Württemberg, hier endet der Beihilfeanspruch des berücksichtigungsfähigen Kindes am Ende des Kalenderjahres, in dem das betreffende Lebensjahr vollendet wird, liegt der Geburtstag auf dem 31.12., endet der Beihilfeanspruch am Ende des folgenden Kalenderjahres.
- der Ehegatte.
  Der Beihilfeberechtigte erhält zu den Aufwendungen des Ehegatten jedoch keine Beihilfe mehr, wenn der "Gesamtbetrag der Einkünfte" des Ehegatten eine bestimmte Einkommensgrenze überschritten hat (Elterngeld zählt nicht dazu).
  Siehe hierzu die Angaben zu den einzelnen Bundesländern.

Hinweis: Beihilfe im Ruhestand, Hinterbliebenen und KVdR bei GKV-versicherten Angehörigen

- Tritt KVdR-Pflicht ein (wenn man 9/10 der 2. Hälfte des Berufslebens GKV-versichert war), hat man ein dreimonatiges Befreiungsrecht.
  Wenn das Ruhestandsgehalt unterhalb der Einkommensgrenze liegt, kann man sich also befreien lassen, um Beihilfe zu beanspruchen und sich privat für die Restkosten zu versichern. Hat man dabei erstmals einen Beihilfeanspruch, greift in den ersten 6 Monaten die die Öffnungsaktion.
  Stirbt der beihilfeberechtigte Ehegatte, wird man als Witwe/Witwer beihilfeberechtigt aus eigenem Recht, die Einkommensgrenze spielt dann keine Rolle mehr.
  Lässt man sich nicht befreien, bleibt man auch dann versicherungspflichtig in der KVdR, wenn der beihilfeberechtigte Ehegatte verstirbt und man als Witwe/Witwer beihilfeberechtigt aus eigenem Recht wird. Beihilfe kann man dann nur für beihilfefähige Aufwendungen beziehen, die über die GKV-Leistungen hinausgehen.
- Tritt dagegen keine Versicherungspflicht in der GKV ein, ist man zunächst freiwillig GKV versichert.
  Wenn das Ruhestandsgehalt unterhalb der Einkommensgrenze liegt, kann man die GKV verlassen, um Beihilfe zu beanspruchen und sich privat für die Restkosten zu versichern. Hat man dabei erstmals einen Beihilfeanspruch, greift in den ersten 6 Monaten die die Öffnungsaktion.
  Stirbt der beihilfeberechtigte Ehegatte, wird man als Witwe/Witwer beihilfeberechtigt aus eigenem Recht, die Einkommensgrenze spielt dann keine Rolle mehr.
  Auch wenn man freiwillig in der GKV versichert bleibt, hat man grundsätzlich jederzeit die Möglichkeit, in Beihilfe zu wechseln -
  als berücksichtigungsfähiger Angehöriger, wenn das Ruhestandsgehalt unter der Grenze zur Berücksichtigungsfähigkeit bleibt) oder beihilfeberechtigt aus eigenem Recht, wenn der beihilfeberechtigte Ehegatte stirbt, die Einkommensgrenze spielt dann keine Rolle mehr. Hat man dabei erstmals einen Beihilfeanspruch, greift in den ersten 6 Monaten die die Öffnungsaktion.

3. Beihilfefähige Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen sind Kosten, die in Zusammenhang mit Geburt, Krankheit oder Tod entstehen. Die Gewährung von Beihilfen erfolgt auf Antrag beim Dienstherrn. Es besteht ein Rechtsanspruch auf Beihilfe. Die Beihilfe des Bundes und der angeschlossenen Länder erfolgt personenbezogen, das heißt, dass innerhalb einer Familie die einzelnen Mitglieder unterschiedliche Bemessungssätze aufweisen können. In einigen Ländern gilt die familienbezogene Bemessung, bei der alle Familienmitglieder den gleichen Beihilfesatz aufweisen.

4. Umstellung bei Änderung des Beihilfesatzes

„Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.“ (§ 199 Abs. 2 VVG).
Vermindert sich während der Laufzeit des Vertrages der Beihilfeanspruch für eine beihilfeberechtigte Person oder entfällt er ganz, so kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Erhöhung seines privaten Versicherungsschutzes beantragen Hält er dabei die Frist von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs ein, erfolgt die Umstellung gem. § 199 Abs. 2 VVG

- ohne eine erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle,
- das zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichte Eintrittsalter wird jedoch für den zusätzlich abzusichernden Teil berücksichtigt.

Hinweis:
Aus dem **Wegfall der Beihilfe** selbst resultiert **kein Sonderkündigungsrecht** der privaten Restkostenversicherung.
Bei anschließender Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit kann die private Krankenversicherung natürlich sofort beendet werden, dann aber wegen der Versicherungspflicht in der GKV, nicht jedoch wegen des Wegfalls der Beihilfe.
Dem Eintritt der Versicherungspflicht kraft Gesetzes als außerordentlichem Kündigungsgrund gem. § 205 Abs. 2 VVG steht nur Eintritt von Familienversicherung und nicht nur vorübergehender Eintritt von Heilfürsorgeberechtigung gleich.

Erhöht sich der Beihilfeanspruch, muss der private Versicherungsschutz entsprechend vermindert werden, was jederzeit möglich ist.

5. Höhe der Beihilfe

Die Beihilfe wird in den Beihilfeverordnungen des Bundes bzw. der Länder geregelt. Hinsichtlich des Umfangs bzw. der Höhe der Beihilfe bestehen Unterschiede.

Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen bekommen die nachfolgend aufgeführten personenbezogenen Prozentsätze zu den beihilfefähigen Aufwendungen durch ihre Dienstherren ersetzt (Ausnahmen s.u.)

Personenkreis	Beihilfeleistung	Ergänzung PKV
Beihilfeberechtigter (Beamte, Richter, Witwen, Waisen)	50%	50%
- mit 2 oder mehr Kindern (mit Anspruch auf Kindergeld) - Ehe-/Lebenspartner (bis Einkommensgrenze) - Versorgungsberechtigte (Ruhestand)	70%	30%
Kinder (Anspruch auf Kindergeld besteht)	80%	20%

Hinweis: Dienstunfall
Bei anerkannten Dienstunfällen steht Beamten die Dienstunfallfürsorge zu, die der Heilfürsorge vergleichbar ist.

Begrenzung der Beihilfe
Leistungen aus Beihilfe und beihilfekonformer Restkostenversicherung dürfen 100% der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen, unberücksichtigt bleiben dabei Leistungen aus
- Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und sonstige Summenversicherungen dieser Art
- Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatzversicherungen und sonstigen Summenversicherungen dieser Art.

Einschränkung NRW:
Dies gilt, getrennt betrachtet in beiden Bereichen, soweit 100 Euro Versicherungssumme beim Beihilfeberechtigten und seinen berücksichtigungsfäigen Angehörigen jeweils nicht überschritten werden.
Abzüge bei Überschreitung erfolgen zusätzlich zu denen, die ggf. auch schon aus sonstigen Pauschalabzügen für bei Krankenhausbehandlung, Reha, Kur o.ä. erfolgen.

Besonderheit: Universitätsprofessoren
Mit Erreichen der Altersgrenze (hier der Korridor 65 bis 68) bestehen zwei Möglichkeiten:
- Emeritierung
  In diesem Fall behalten sie alle Rechte an der Universität (Forschung usw.), sind aber von Pflichten wie Prüfungen abnehmen usw. befreit
  Sie behalten dann den Beihilfebemessungssatz 50% (wenn es keine anderen Gründe für einen abweichenden Beihilfesatz gibt, z.B. Kinder – Hessen und Bremen haben andere Bemessungssatzregeln)
- Versetzung in den Ruhestand
  Sie können sich in den Ruhestand versetzen lassen, das geht auch noch nach beliebig vielen Jahren als emeritierter Professor.
  Dann erst kommt die Umstellung des Beihilfebemessungssatzes auf 70%.
  Dann erst, und nicht schon zur Emeritierung, dürfen die beihilfeergänzenden Restkostentarife auf 30% umgestellt werden.

6. Ausnahmen

Baden-Württemberg:
Es gilt obige Tabelle, jedoch bei 3 oder mehr Kindern erhalten Beihilfeberechtigte dauerhaft 70% Beihilfe auch wenn Kindergeld entfällt und die Kinder nicht gleichzeitig berücksichtigungsfähig waren.
Seit 01.01.2023 kann an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das (bestehende oder) beginnende Beamtenverhältnis (jedoch nicht bei Umwandlung in Beamtenverhältnis auf Lebenszeit) innerhalb einer Ausschlussfrist von 5 Monaten die **„Pauschale Beihilfe“** gewählt werden, wenn eine freiwillige gesetzliche Versicherung oder eine private Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wird hier das Hamburger Modell übernommen, jedoch wird keine eigenständige Pauschalbeihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige gezahlt.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe

Berlin, Brandenburg
Seit 01.01.2020 kann an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende Beamtenverhältnis die **„Pauschale Beihilfe“** gewählt werden, wenn eine freiwillige gesetzliche Versicherung besteht oder eine private Vollversicherung. Im Wesentlichen wird hier das Hamburger Modell übernommen, jedoch wird keine eigenständige Pauschalbeihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige gezahlt.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe.

Bremen:
- Familienbezogener Bemessungssatz
  für beihilfeberechtigten Versorgungsempfänger
  und seine/n berücksichtigungsfähigen Ehegatten / Lebenspartner,
  der für beide gleich hoch ist.
  Ausgehend von 60 % (50% Grundsatz + 10% Versorgungsempfänger) erhöht er sich je berücksichtigungsfähigem Familienmitglied um 5%
  z.B. Versorgungsempfänger (60%), mit Ehepartner (+5%) und ein Kind (+5%) = 70% für alle) - maximal jedoch 80%.
  Die Erhöhung bei Verheirateten um 5% gilt nicht, wenn der Ehe-/Lebenspartner in der GKV pflichtversichert ist, selbst beihilfeberechtigt ist oder über der Einkommensgrenze verdient
- für Verwitwete
  mindestens 70%
  ab dem 2. berücksichtigungsfähigen Kind je Kind Erhöhung um 5% bis maximal 85%

Bei Kindern beträgt der Bemessungssatz stets 80%
Seit 01.01.2020 kann an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende Beamtenverhältnis die **„Pauschale Beihilfe“** gewählt werden, wenn eine freiwillige gesetzliche Versicherung besteht oder eine private Vollversicherung. Im Wesentlichen wird hier das Hamburger Modell übernommen, jedoch wird keine eigenständige Pauschalbeihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige gezahlt.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe.

Hamburg:
Seit 08.2018 kann an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende Beamtenverhältnis die **„Pauschale Beihilfe“** gewählt werden, wenn eine freiwillige gesetzliche Versicherung besteht oder eine private Vollversicherung. Es handelt sich um einen Beitragszuschuss von 50% der nachgewiesenen Beiträge des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen, bei privater Vollversicherung auf 50% des Basistarifbeitrags der PKV je Person begrenzt.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe

Hessen:
Familienbezogener Bemessungssatz wie bei Versorgungsempfänger in Bremen,
Abweichung bei stationären Leistungen:
Hier erhöht sich der Bemessungssatz zusätzlich um 15%, maximal jedoch auf 85%
z.B. Beamter (50%) mit Ehefrau (+5%) und 3 Kindern (+15%) = 70% für ambulant/Zahn, stationär + 15% = 85%.
Ausnahme:
Der Beihilfebemessungssätze für Beamtenanwärter und deren berücksichtigungsfähige Angehörige beträgt 70%, bzw. für stationäre Leistungen 85%.

Niedersachsen
Ab 01.02.2024 kann an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende Beamtenverhältnis die **„Pauschale Beihilfe“** gewählt werden, wenn eine freiwillige gesetzliche Versicherung besteht oder eine private Vollversicherung. Im Wesentlichen wird hier das Hamburger Modell übernommen.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe.

Rheinland-Pfalz:
Pensionäre und deren berücksichtigungsfähigen Ehe-/Lebenspartner erhalten auf Antrag 80% Beihilfe, wenn der PKV-Beitrag mehr als 15% des Einkommens beträgt und das monatliche Gesamteinkommen 1.680 Euro bei Ledigen bzw. 1.940 Euro bei Verheirateten/Verpartnerten nicht übersteigt.

Sachsen:
Es gilt obige Tabelle, jedoch seit 1.1.2024 mit folgenden Ausnahmen:
- Bei Beamten ab 1. berücksichtigungsfähigem Kind von 50% auf 70%, ab 2. berücksichtigungsfähigem Kind auf 90% erhöht.
- Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen 90%.
- Bei Versorgungsempfängern ab 2. berücksichtigungsfähigem Kind von 70% auf 90% erhöht.

Verstetigung des Bemessungssatzes: Wer einen erhöhten Bemessungssatz erreicht hat, behält diesen dauerhauft, auch wenn der Grund für die Erhöhung (Berücksichtigungsfähigkeit Kinder) wegfällt.
Seit 01.01.2024 kann an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende Beamtenverhältnis die **„Pauschale Beihilfe“** gewählt werden, wenn eine freiwillige gesetzliche Versicherung besteht oder eine private Vollversicherung. Im Wesentlichen wird hier das Hamburger Modell übernommen.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe.

Schleswig Holstein:
Es gilt obige Tabelle, jedoch seit 1.5.2022 mit folgenden Ausnahmen:
- Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz des berücksichtigungsfähigen Ehe- bzw. Lebenspartner 90 % für beihilfefähige Aufwendungen (bei Pflegebedürftigkeit bleibt es bei 70 %)
- Sind drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz aller berücksichtigungsfähigen Kinder 90 % für beihilfefähige Aufwendungen (bei Pflegebedürftigkeit bleibt es bei 80 %).

Fallen ein oder mehrere Kinder aus der Berücksichtigungsfähigkeit heraus, werden der bzw. die Bemessungssätze entsprechend zurückgeführt.
Seit 1.1.2024 können GKV-versicherten Beamtinnen und Beamten seit 1.1.2024 in Härtefällen (z.B. späte Verbeamtung, Krankheit, Familiensituation) auf Antrag **„Pauschale Beihilfe“**erhalten. Dazu wird der Beitrag jedes Beamten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen in der GKV mit der Gesamtbeitragshöhe eines PKV-Schutzes im Basistarif herangezogen. Ein Zuschuss wird gewährt, wenn der gesetzliche Krankenversicherungsschutz kostengünstiger ist. Voraussetzung ist auch unwiderruflicher Verzicht auf individuelle Beihilfe.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe.

Thüringen
Seit 01.01.2020 kann an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende Beamtenverhältnis die **„Pauschale Beihilfe“** gewählt werden, wenn eine freiwillige gesetzliche Versicherung besteht oder eine private Vollversicherung. Im Wesentlichen wird hier das Hamburger Modell übernommen, jedoch wird keine eigenständige Pauschalbeihilfe für berücksichtigungsfähige Angehörige gezahlt.
Bei Wechsel von freiwilliger GKV in PKV-Vollversicherung während des Bezugs von Pauschaler Beihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet.
Pflege: Es bleibt ei individueller Beihilfe.

Bund

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege

aktive Beamte, Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
- in Elternzeit immer	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner ab 01.01.2025 bei Einkünften unter 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr (Dynamisierung gemäß prozentualer Anpassung der Renten West seit 2024)	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus i.d.R. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte, Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Eigenständiger Beihilfeanspruch für Beamte in Elternzeit,
soweit in der Elternzeit keine Teilzeittätigkeit ausgeübt wird. Bemessungssatz: 70%

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte.
  Dies gilt nicht für Leistungsbereiche, in denen die GKV nicht leistet (z.B. Heilpraktikerbehandlung)
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;
- um 10 % für längstens 3 Jahre auf Antrag bei Versorgungsempfängern mit geringem Gesamteinkommen (vgl. BBhV § 47 Abs. 2), wenn der Beitragsaufwand für die beitragskonforme PKV 15% der Gesamteinkünfte übersteigt

Weitere Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.08.1998 bestehen jedoch Sonderregelungen

Hinweis:
Wer bis 31.12.2021 Polizist beim Deutschen Bundestag geworden ist, hat Beihilfeanspruch wie Bundesbeamte, für die Angehörigen gilt das Gleiche wie bei Bundesbeamten.
Ab 01.04.2022 kann er jederzeit, aber endgültig von der Beihilfe in die Heilfürsorge wechseln. Neueinstellungen ab 01.01.2022 haben Heilfürsorgeanspruch, siehe unter Heilfürsorge Bundespolizei.

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Bund
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	Eigene Höchstbeträge zwischen Mindest- und Höchstsatz GebüH
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente idR. nur für Kinder und in Ausnahmfällen,
Kürzung	10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Transport	abzüglich 10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	Gläser und Kontaktlinsen beihilfefähig bis Höchstgrenz, keine Gestelle
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	Im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja, abzüglich 10 Euro pro Tag, (höchstens 28 Tage/Kalenderjahr)
2.Bettzimmer	Ja, beihilfefähiger Höchstbetrag: 1,2% der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors pro Tag (Stand 2025: 54,05 Euro)
Privatärztliche Behandlung	Ja
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn von monatlichen Einnahmen zu wenig verbleibt
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	Keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.01.1999
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	i.d.R. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Wichtiger Hinweis:
Die 10%-Stufen dürfen in den beihilfeergänzenden Tarifen zur Bundesbeihilfe nicht versichert werden, auch wenn sie ab 1.4.2024 in EASY freigeschaltet sind.
Letzteres ist erfolgt, weil die Erhöhung der Bemessungssätze in der Bundesbeihilfe auf bis zu 90% im Gesetzgebungsverfahren für 2024 geplant war. Kurzerhand wurde dieses Gesetzgebungsverfahren jedoch beis auf Weiteres ausgesetzt.

Beihilfesituation: **Bund** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 50 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA … auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 30 +BKH2F 20 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE + KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA … auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 21.832 Euro im vorl.etzten Kalenderjahr	GKV + Zusatzvers. + BKH2A 30 + BKH1A + KBCK SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 + BKH1 + KBCK SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 + BKH1 + KBCK SPV + Pflegezusatzvers

Beihilfesituation: **Bund** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** - **Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** - **Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA … auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Ehegatte nicht pflichtvers. GKV, z. B. selbstständig, mit EK ≤ 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA … auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Ehegatte mit EK > 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV + Zusatzvers. + SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 20 + BKH1A + BX (oder BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
Kind (Azubi o.ä.) berücksichtigungsfähig:	GKV + Zusatzvers. + BKH2A 20 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich

Beihilfesituation: **Bund** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Witwe/Witwer **Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant**			- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Halb-/Voll-Waise, ledig			- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
Halb-/Voll-Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

zurück: Beihilfe

Baden-Württemberg

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr gleichzeitig berücksichtigungsfähigen Kindern (solange mindestens 2 Kinder berücksichtigungsfähig sind).	70%
Besonderheiten	
- Fallen Kinder aus der Berücksichtigungsfähigkeit heraus, so dass höchstens noch ein Kind berücksichtigungsfähig ist, sinkt der Beihilfebemessungssatz auf 50% ab Ende des betreffenden Kalenderjahres (Ausnahme: Geschieht dies am 31.12. eines Jahres, sinkt der Beihilfebemessungssatz auf 50% ab Ende des Folgejahres).	
- Verstetigung des Bemessungssatzes: Waren auf das Ganze gesehen 3 oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz jedoch dauerhaft 70% (auch wenn etwa zu keiner Zeit mehr als ein Kind berücksichtigungsfähig war)	
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner	
bei Einkünften bis 20.000 Euro in einem der beiden letzten beiden Kalenderjahren Der Beihilfeanspruch von Ehegatten bzw. Lebenspartnern (gem. LPartG) endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem sie nicht mehr berücksichtigungsfähig sind.	70%
Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern)	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“) Endet die Berücksichtigungsfähigkeit, verlieren sie ihren Beihilfeanspruch ab Ende des betreffenden Kalenderjahres (Ausnahme: Geschieht dies am 31.12. eines Jahres, verlieren sie ihren Beihilfeanspruch ab Ende des Folgejahres)	80%
Waisen	80%

Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, gilt alles, was oben unter „aktive Beamte und Richter“ verzeichnet ist, für beide Elternteile zugleich.

Verfahren zur Ermittlung der Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegatten / Lebenspartnern:
Hinsichtlich der Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegatten bzw. Lebenspartnern wird der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG in den beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrags getrennt betrachtet.
- Wird in diesen beiden Kalenderjahren die Einkommensgrenze überschritten, sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig.
- Wird in diesem Fall jedoch im Jahr der Stellung des Beihilfeantrags die Einkommensgrenze voraussichtlich nicht überschritten, kann Beihilfe unter dem Vorbehalt des Widerrufs gewährt werden.

Dazu wird im Beihilfeantrag Einkommen des vorletzten und letzten Kalenderjahres sowie das voraussichtliche des laufenden Kalenderjahres angegeben. Der Nachweis, dass das Einkommen im laufenden Kalenderjahr tatsächlich unter der Berücksichtigungsfähigkeitsgrenze lag, muss nachgereicht werden, damit aus die vorläufige Beihilfegewährung endgültig wird, ansonsten erfolgt Rückforderung.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähige n Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor 01.01.1998 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Baden Württemberg
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	GebüH, jedoch höchstens GOÄ
Medikamente	ärztlich verordnete Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel nur in Ausnahmen
Kürzung	Keine
Transport	innerhalb 30 km nur eingeschränkt
Belastungsgrenze für Eigenanteile	keine
Hilfsmittel	Katalog und Höchstsätze
Sehhilfen	Gestell bis 20,50 Euro alle 3 Jahre, Gläser und Kontaktlinsen bis zu bestimmten Höchstgrenzen
Kur	Rehakuren sowie Mutter/Kindkuren für alle, ambulante Heilkuren nur für aktive Beamte
Unterkunft	bis 26 Euro beihilfefähig, alle 3 Jahre höchstens 30 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	auch während der Anwärterzeit beihilfefähig
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei best. Indikationen ohne Begrenzung
Material- und Laborkosten	zu 70% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Bei Erkl. zu Verzicht auf 22 Euro Gehalt mtl. (zu Beginn des Beamtenverhältnisses und bei beamtenrechtl. Statutswechsel mögl.)
2.Bettzimmer	Ja, s.o.
Privatärztliche Behandlung	Ja, s.o.
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.01.2023 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich innerhalb einer Ausschlussfrist für 5 Monate für das (bestehende oder beginnende) Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe
Kostendämpfungspauschale	100 - 480 Euro pro Jahr (ab Besoldungsstufe A8)
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	300 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.10.1997
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	20.000 Euro in einem der beiden letzten Kalenderjahren
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Hinweis: Verstetigung des Bemessungssatzes beim Beihilfeberechtigten beachten
(s.o. unter 0. Bemessungssätze Baden Württemberg)

Beihilfesituation **Baden Württemberg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BKH2A 50 ** + BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKF20 + BKH2 30 +BKH2F20 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 **+ BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE + KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 ** + BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Ehegatte pflichtig in GKV mit EK ≤ 20.000 Euro , in einem der beiden letzten letzten Kalenderjahre.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 30 ** + BKH1A + KBCK SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 ** + BKH1 + KBCK SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 ** + BKH1 + KBCK SPV + Pflegezusatzvers
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 ** + BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers

Beihilfesituation **Baden Württemberg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. GKV, z. B. selbst.) mit EK ≤ 20.000 Euro in einem der beiden letzten letzten Kalenderjahre	- (BA30 (oder BKA30)) + BKH2A 30 ** + BKH1A+ BXA (oder BEXA)+ (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - (BKEA30) + (BEXEA) KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- (BK30) + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - (BKE30) + (BEXE) KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- (BK30) + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - (BKE30) + (BEXE) KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Ehegatte mit EK > 20.000 Euro jeweils in den letzten 2 KJ	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV oder - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers
Kind (Kleinkind oder in Schulausbildung), berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BKH2A 20 ** + BKH1A+ BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers	- BK20 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 20 ** + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV + Zusatzvers. + BKH2 20 ** + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 ** + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Halb-, Voll- Waise, ledig			- BK20 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Baden Württemberg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebens-partner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Halb-, Voll- Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

****** **Wahlleistungsbeihilfe abgelehnt – 100%-Wahlleistungstarif möglich**
Hat sich der Kunde gegen die Wahlleistungsbeihilfe entschieden, möchte zu einem späteren Zeitpunkt aber doch Wahlleistungen für sich und ggf. seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen beanspruchen, ohne dass ein beamtenrechtlicher Statuswechsel eintritt, kann der entsprechende 100%-Tarif versichert werden:
BKH2 100 bzw. BKH2A 100

zurück: Beihilfe

Bayern

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
- in Elternzeit immer	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner ab 01.01.2025 bei Einkünften bis 21.832 Euro jeweils im vorletzten Kalenderjahr	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern)	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%.
Anders als in der Bundesbeihilfe und den ihr folgenden Beihilfeverordnungen kann für den Familienzuschlag eine andere Zuordnung getroffen werden. Geschieht dies nicht, sind die Kinder automatisch bei dem berücksichtigungsfähig, der den Familienzuschlag erhält.

Eigenständiger Beihilfeanspruch für Beamte in Elternzeit, soweit in der Elternzeit keine Teilzeittätigkeit ausgeübt wird. Bemessungssatz: 70%

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20 % (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100 % der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor 01.01.2002 bestehen jedoch Sonderregelungen

Hinweis:
Ob kommunale Wahlbeamte in Teilzeit in Bayern Anspruch auf Beihilfe hat, hängt entscheidend davon ab, ob sie ehrenamtlich oder berufsmäßig auftreten.
Als Beamter auf Zeit hat der berufsmäßige kommunale Wahlbeamte (z.B. Bürgermeister) gem. § 56 KWBG (Kommunales Wahlbeamten-Gesetz) in Verbindung mit § 86a BBeamtG Anspruch auf Beihilfe.
Als ehrenamtlich tätiger kommunaler Wahlbeamter hat er Anspruch auf Entschädigung gem. § 134 Abs. 2 KWBG. Jedoch hat er gem. § 2 Abs. 4 Nr. 1 BHV Bayern keinen Beihilfeanspruch.

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Bayern
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ, abzüglich 6 Euro je Rechnung.
Heilpraktiker	eigene Höchstbeträge
Medikamente	Apothekenpflichtige Arznei-und Verbandmittel sowie Medizinprodukte,
Kürzung	abzüglich 3 Euro je Mittel (nicht für Waisen, Beamtenanwärter, berücksichtigungsfähige Kinder, GKV-Versicherte, Schwangerschaft/Entbindung, Organ-/Gewebe-/Blutspender an Beihilfeempfänger)
Transport	0,20 Euro pro km / bis ÖPNV-Kosten
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%, nur Arzt/Medikamente
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze, keine Kürzung
Sehhilfen	Beihilfefähig mit Höchstgrenzen bis 18 und wenn schwer sehbehindert, für alle anderen pauschal 25 Euro je Glas
Kur	auch für Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Angehörige
Unterkunft	bis 26 Euro beihilfefähig, alle 3 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ, abzüglich 6 Euro je Rechnung.
Zahnersatz	auch während der Anwärterzeit beihilfefähig
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei best. Indikationen ohne Begrenzung
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2-Bettzimmer	Ja, abzüglich 7,50 Euro pro Tag (höchstens 30 Tage/Kalenderjahr) (gilt nicht für Organ-, Gewebe und Blutspenden für Beihilfeempfänger)
Privatärztliche Behandlung	Ja, abzüglich 25 Euro pro Tag (gilt nicht für Organ-, Gewebe und Blutspenden für Beihilfeempfänger)
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	Keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.01.2001
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	IdR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Bayern** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind **	- BA50 (oder BKA50) + BKH2A 50 BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 30 + BKH2F 20 BKH 1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 30 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Bayern** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** - **Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** - **Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB* + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind (Kleinkind oder in Schulausbildung), berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BKH2A 20 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE + KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 20 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			BK20 + BKH2 20 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Bayern** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** - **Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** - **Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Beamtinnen in Elternzeit (ggf. mit Teilzeitbeschäftigung bis 30 Stunden pro Woche) haben auch mit nur einem berücksichtigungsfähigem Kind einen Beihilfebemessungssatz von 70%

zurück: Beihilfe

Berlin

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
- in Elternzeit immer	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkünften bis 20.000 Euro in einem der beiden letzten, vergangenen Kalenderjahre	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus IdR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern)	70%
Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern)	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für am 21.01.2017 vorhandene freiwillig GKV-versicherte Beamte
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;
- um 10 % für längstens 3 Jahre auf Antrag bei Versorgungsempfängern mit geringem Gesamteinkommen (vgl. BBhV § 47 Abs. 2), wenn der Beitragsaufwand für die beitragskonforme PKV 15% der Gesamteinkünfte übersteigt

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor 01.10.1998 bestehen jedoch Sonderregelungen

Hinweis:
Seit dem Schuljahr 2022/2023 werden Lehrer wieder verbeamtet (bis Alter 52)

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Berlin
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	Eigene Höchstbeträge zwischen Mindest- und Höchstsatz GebüH
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Transport	abzüglich 10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	Grundsätzlich beihilfefähig
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja, abzüglich 10 Euro pro Tag (höchstens 28 Tage/Kalenderjahr)
2.Bettzimmer	Nein, Ausnahme: Beihilfeempfänger vor 1998, über 55 JAHR
Privatärztliche Behandlung	Nein ,Ausnahme wie oben, dann abz. 14,50 Euro / Tag
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn von monatlichen Einnahmen zu wenig verbleibt
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.01.2020 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe
Kostendämpfungspauschale	Keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor 01.04.2010 je nach Tarifvertrag
Anspruch Polizeianwärter	Mittlerer Dienst: Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	IdR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Berlin** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50)+ BZA20+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Berlin** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind (Kleinkind oder in Schulausbildung), berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstell. auf Ausbild.Tarife mögl.	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstell. auf Ausbild.Tarife mögl.
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Berlin** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise

- **Versorgungsempfänger und Witwen/Witwer,**
  Sind sie vor dem 01.04.1943 geboren, haben sie bei stationärer Heilbehandlung Anspruch auf Wahlleistungen (Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung)

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.08.1998: Sonderregelungen beachten
  Siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst

zurück: Beihilfe

Brandenburg

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
- in Elternzeit immer	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkünften bis 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus IdR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern)	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- Für alle, die bereits am 19.09.2012 beihilfeberechtigt waren:
  auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte.
  Dies gilt nicht für Leistungsbereiche, in denen die GKV nicht leistet (z.B. Heilpraktikerbehandlung)
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Weitere Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor 01.01.2002 bestehen jedoch Sonderregelungen

Hinweis:
Wenn ein angestellter Lehrer (mit bestehendem Arbeitsverhältnis zum Land Brandenburg über das Staatliche Schulamt) in absehbarer Zeit unbefristet ins Beamtenverhältnis übernommen werden soll (Voraussetzungen jetzt noch nicht in vollem Umfang erfüllt), kann er eine Gewährleistungsentscheidung des Landes Brandenburg, verbunden mit Versicherungsfreiheit in allen Zweigen der Sozialversicherung bzw. nur in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Auf der Rechtsgrundlage von § 5 Abs. 1 S. 2 SGB VI stellt das Innenministerium dann einen entsprechenden Gewährleistungsbescheid aus, durch den es sich verpflichtet, die entsprechenden Leistungen, die einem Beamten zustehen würden, zu übernehmen, obwohl er noch nicht Beamter ist.
Hat er sich für alle Zweige der Sozialversicherung befreien lassen, wird ihm zusätzlich eine Nebenabrede ausgestellt, durch die sichergestellt ist, dass er gem. § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bis zur Übernahme ins Beamtenverhältnis Beihilfe oder Heilfürsorge im Falle von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit nach beamtenrechtlichen Vorschriften erhält, einschließlich Weiterführung der Besoldung wie bei Beamten.
Somit empfiehlt sich eine Restkostenversicherung zur Beihilfe für Krankheit und Pflege abzuschließen.

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Brandenburg
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	Eigene Höchstbeträge zwischen Mindest- und Höchstsatz GebüH
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Transport	abzüglich 10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	für Kinder und Jugendliche bis 18. Lebensjahr mit Höchstgrenzen, keine Beihilfe für Erwachsene (Ausnahme: gravierende Sehschwäche, Sehbehinderung)
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 40% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2.Bettzimmer	Nein, Ausnahme am 01.01.1999 vorhandene Schwerbehinderte
Privatärztliche Behandlung	Nein, Ausnahme am 01.01.1999 Schwerbehinderte
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn von monatlichen Einnahmen zu wenig verbleibt
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.01.2020 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	nein
Anspruch Polizeianwärter	Beihilfe
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	IdR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Wichtiger Hinweis:
Die 10%-Stufen dürfen in den beihilfeergänzenden Tarifen zur Beihilfe in Brandenburg nicht versichert werden, auch wenn sie ab 1.4.2024 in EASY freigeschaltet sind.
Letzteres ist erfolgt, weil die Erhöhung der Bemessungssätze in der Bundesbeihilfe, der die Beihilfe in Brandenburg in der Regel folgt, auf bis zu 90% im Gesetzgebungsverfahren für 2024 geplant war. Kurzerhand wurde dieses Gesetzgebungsverfahren jedoch ausgesetzt bis auf Weiteres ausgesetzt.

Beihilfesituation **Brandenburg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50)+ BZA20 + BKH2A 100 + BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Brandenburg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte (nicht pflicht-vers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 17.000 Euro im vorletzten Kalender-jahr	BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A+ BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 17.000 Euro im vorletzten Kalender-jahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung), berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + + BZEA BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.) berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstell. auf Ausbild.Tarife mögl.	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstell. auf Ausbild.Tarife mögl.

Beihilfesituation **Brandenburg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweis

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.08.1998: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Bremen

0. Bemessungssätze

Die Beihilfebemessungssätze hängen vom Familienstand und der Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ab (sog. familienbezogene Beihilfe). Für alle Familienmitglieder gelten im Grundsatz dieselben Bemessungssätze.

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter			
- mit weniger als 2 Kindern			50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)			70%
ihre berücksichtigungsfähigen Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkünften bis 12.000 Euro im letzten Kalenderjahr			70%
für Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand)			60%
für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen	weitere 5%	max.	80%
ihre berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner			60%
für jedes berücksichtigungsfähige Kind	weitere 5%	max.	80%
Empfänger von Witwengeld (auch bei einem berücksichtigungsfähigem Kind)			70%
für jedes berücksichtigungsfähige Kind	weitere 5%	max.	85%
für jedes Kind (solange es berücksichtigungsfähig ist) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus IdR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)			80%
Empfänger von Waisengeld			80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Bemessungssätze bei Pflegebedürftigkeit
Abweichend von den Bemessungssätzen für Krankheits-, Geburts- und Todesfälle gelten bei Pflegebedürftigkeit immer die Bemessungssätze des Bundes:

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche, bei Einstellungsdatum vor 01.04.1999 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Bremen
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	nein
Medikamente	ärztlich verordnete Arzneimittel; Erkältungsmittel,... nur bis 18
Kürzung	abzüglich 6 Euro je Mittel
Transport	keine Kürzung
Belastungsgrenze für Eigenanteile	Keine
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro), keine Kürzung
Sehhilfen	für Kinder und Jugendliche bis 18. Lebensjahr mit Höchstgrenzen, keine Beihilfe für Erwachsene (Ausnahme: gravierende Sehschwäche, Sehbehinderung)
Kur	auch für Versorgungsempfänger aufgrund von Dienstunfähigkeit
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	beihilfefähig, wenn mindestens 1 Jahr im öffentlichen Dienst
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2Bettzimmer	Nein
Privatärztliche Behandlung	Nein
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.01.2020 an Stelle der herkömmlichen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe
Kostendämpfungspauschale	70 – 100 Euro abhängig vom Bemessungssatz
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.04.1999
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-20%
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	12.000 Euro im letzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Bremen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig, kein berücksichtigungsfähiges Kind	- BA50 (oder BKA50)+ BZA20+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK50 + BKH2 100 + BKH1+ BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK40 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE40 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 1 berücksichtigungsfähiges Kind **oder** **- Beihilfeberechtigter verheiratet, Ehegatte berücksichtigungsfähig kein berücksichgtigungsfähiges Kind**	- BA50 (oder BKA50)+ BZA20+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK50 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK35 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE35 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
- Beihilfeberechtigter verheiratet / Ehegatte berücksichtigungsfähig / 1 berücksichtigungsfähiges Kind	- BA50 (oder BKA50)+ BZA20+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA)) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK50 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 2 berücksichtigungsfähige Kinder	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 100 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Bremen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 3 berücksichtigungsfähige Kinder **oder** **- Beihilfeberechtigter verheiratet / Ehegatte berücksichtigungsfähig / 2 berücksichtigungsfähige Kinder**	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK25 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE25 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 4 berücksichtigungsfähige Kinder **oder** **- Beihilfeberechtigter verheiratet / Ehegatte berücksichtigungsfähig / 3 berücksichtigungsfähige Kinder**	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 100 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 12.000 Euro im letzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 100 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	wie Behilfeberechtigter
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 12.000 Euro im letzten Kalenderjahr	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers	- BK30 + BKH2 100 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers	wie Berechtigter
Ehegatte mit EK > 12.000 Euro im letzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+ Zusatzvers.+ SPV oder - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+ Zusatzvers.+ SPV oder - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+ Zusatzvers.+ SPV oder - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers

Beihilfesituation **Bremen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA)+ KBCK bzw. - BKE20 + BZEA BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers	- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers	- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
Kind (Azubi o.ä.) , berücksichtigungsfähig	GKV + Zusatzvers. + SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + SPV + Pflegezusatzvers	GKV + Zusatzvers. + SPV + Pflegezusatzvers
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer, kein berücksichtigungsfähiges halbwaises Kind			- BK30 + BKH2 100 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Witwe/Witwer, 1 berücksichtigungsfähiges halbwaises Kind			- BK30 + BKH2 100 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers
Witwe/Witwer, 2 berücksichtigungsfähige halbwaise Kinder			- BK25 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE25 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Witwe/Witwer, 3 berücksichtigungsfähige halbwaise Kinder			- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Bremen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Witwe/Witwer, 4 berücksichtigungsfähige halbwaise Kinder			- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Halbwaise: Kleinkind oder in Schul-ausbildung			BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
Halbwaise (Azubi o.ä.):			GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Halbwaise: Student			bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungsta-rife möglich
1 Vollwaise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
2 Vollwaise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
3 Vollwaise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers

Beihilfesituation **Bremen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
4 Vollwaise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
5 Vollwaise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers
Vollwaise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweis

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.08.1998: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Hamburg

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner (bei Einkünften bis 18.000 Euro im letzten Kalenderjahr)	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern)	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Die Bemessungssätze erhöhen sich

- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:

- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor 01.04.1999 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Hamburg
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	GebüH, höchstens Regelhöchstsatz GOÄ, aber nur für wissenschaftlich anerkannte Teilbereiche bei Ausführung durch Ärzte
Medikamente	ärztlich verordnete Arzneimittel; Erkältungsmittel usw. nur bis 18
Kürzung	10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Transport	0,20 Euro pro km beihilfefähig
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% d. Einkommens/ Jahr höchstens 312 Euro.
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	beihilfefähig mit Höchstbeträgen bis Alter 17, darüber hinaus nur bei schwerwiegender Sehbeeinträchtigung, ansonsten ab Alter 18 bei Sehhilfen pro Glas 25 Euro beihilfefähig
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2Bettzimmer	Nein
Privatärztliche Behandlung	Nein
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationäre	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.08.2018 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern, wird aber für berücksichtigungsfähige Angehörige eigens gerechnet. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.04.1999
Anspruch Polizeianwärter	freie Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	freie Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	18.000 Euro im letzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Hamburg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (od. BKA50) + BZA20 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 100 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK - BK50 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 18.000 Euro im letzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 +BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Hamburg** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbst-ständig) mit EK ≤ 18.000 Euro im letzten Kalenderjahr	BA30 (oder BKA30)+ BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 18.000 Euro im letzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA)+ KBCK bzw. - BKE20 + BZEA BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichti-gungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, verhei-ratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.04.1999: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Hessen

0. Bemessungssätze

Die Beihilfebemessungssätze hängen vom Familienstand und der Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ab (sog. familienbezogene Beihilfe).

Für alle Familienmitglieder gelten im Grundsatz dieselben Bemessungssätze.

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

Bemessungssätze bei ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung:			
aktive Beamte / Richter			50%
Verheiratete / eingetragene Lebenspartner Sind beide Ehegatten / eingetragene Lebenspartner beihilfeberechtigt, erhöht sich bei keinem von beiden der Bemessungssatz um 5% Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte / eingetragene Lebenspartner im vorvergangenen Jahr vor Antragstellung Einkünfte über dem verdoppelten steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32a Abs. 1 Nr. 1 EstG (Stand 2023: 21.816 Euro, 2024: 23.208 Euro, 2025: 24.192 Euro) erzielt, entfällt für den Beihilfeberechtigten die Erhöhung wegen „verheiratet“, zugleich besteht dann für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten / eingetragene Lebenspartner kein Anspruch auf Beihilfeleistungen.	weitere 5%		55%
für jedes Kind (solange es berücksichtigungsfähig ist) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“), bei Unterbrechung der Ausbildung durch Freiwilligen-Dienst bis zu 12 Monate verlängerbar,	weitere 5%	max.	70%
für Versorgungsempfänger (Beamte / Richter im Ruhestand)	weitere 10%	max.	80%
für Empfänger von Witwen- und Waisengeld	weitere 5%	max.	85%
für Beamtenanwärter und alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen immer			70%
Bemessungssätze bei stationärer Heilbehandlung: Der Bemessungssatz erhöht sich um 15% (auch für Versorgungsempfänger)		max.	85%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens ein Kind, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, erhöht sich der Bemessungssatz um 5% je Kind bis max. 70%, bei dem anderen nicht. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Bemessungssätze bei Pflegebedürftigkeit
Abweichend von den Bemessungssätzen für Krankheits-, Geburts- und Todesfälle gelten bei Pflegebedürftigkeit die Bemessungssätze des Bundes.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor 01.05.2001 bestehen jedoch Sonderregelungen (bis 31.12.2013).

Hinweis:
Rechtsreferendare werden verbeamtet.
Bei Beamtenanwärtern zählt immer Bemessungssatz zum Zeitpunkt der Entstehung der Rechnungen, auch wenn sie nicht mehr Beamtenanwärter sind, ansonsten immer Zeitpunkt der Einreichung

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Hessen
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	bis Mindestsätze GebüH, höchstens GOÄ
Medikamente	ärztlich verordnete Arzneimittel bis Festbeträgen; Erkältungsmittel usw. nur bis 18
Kürzung	ab 18: abzüglich 4,50 Euro je Mittel
Transport	abzüglich 10 Euro
Belastungsgrenze für Eigenanteile	keine
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	beihilfefähig mit Höchstbeträgen, je nach Indikation
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 3 Jahre höchstens 23 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	beihilfefähig, keine Wartezeit
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei best. Indikationen ohne Begrenzung
Material- und Laborkosten	zu 50 % beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Wahlleistungen	Bei Erkl. zu Verzicht auf 18,90 Euro Gehalt mtl. (zu Beginn des Beamtenverhältnisses und bei beamtenrechtl. Statutswechsel mögl.
2.Bettzimmer	Ja, s.o. + Zahlung von 16 Euro pro Tag im Krankenhaus
Privatärztliche Behandlung	Ja, s.o.
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationäre	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	250 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Einstellung vor dem 01.05.2001
Anspruch Polizeianwärter	Beihilfe
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	Verdoppelter Steuergrundfreibetrag im vorletzten Kalenderjahr d.h. Stand 01.01.2025: Steuergrundfreibetrag 2023: 21.816 Euro)
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre bei Unterbrechung der Ausbildung durch Freiwilligen-Dienst bis zu 12 Monaten verlängerbar,
Sachleistungsbeihilfe für freiwillig versicherte Beamte (s.u.)	Bis zur Höhe der gezahlten Versicherungsbeiträge wird auch für Sachleistungen der Krankenkasse Beihilfe gezahlt.

zurück: Beihilfe

Ist der Ehepartner des Beihilfeberechtigten in der GKV versichert und bestünde Anspruch auf Familienversicherung bei den berücksichtigungsfähigen Kindern (etwa, wenn der Beihilfeberechtigte mit seinem Bruttoeinkommen unter der JAEG liegt), kommt es zur Kürzung der beihilfefähigen Aufwendungen bei den Kindern um den Wert der Leistungen, auf die aus der Familienversicherung Anspruch bestehen würde. Dies kann z.B. auch der Fall sein, wenn ein leibliches Elternteil nicht verheiratet oder verpartnert ist mit dem beihilfeberechtigten Elternteil, zu dem das Kind berücksichtigungsfähig ist.

Hat das Kind in diesen Fällen Anspruch auf Familienversicherung, kommt es zur Anrechnung der aus der Familienversicherung zu erwartenden Sachleistungen auf die Beihilfe, die das Kind erhält, egal ob es wirklich familienversichert ist oder nicht.

In diesen Fällen kommt für die Kinder keine private Restkostenversicherung nach Quotentarifen in Frage, sondern zusätzlicher Versicherungsschutz aus den KombiMed-Tarifen.
Für die Öffnungsaktion gelten die normalen Fristen (6 Monate ab Beginn des elterlichen Anspruchs), d.h. wenn der Familienversicherungsanspruch später erlischt, kann für die berücksichtigungsfähigen Kinder nicht mehr die Öffnungsaktion in Anspruch genommen werden. Sinnvoll ist darum, für die Kinder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung abzuschließen, bevor die Frist der Öffnungsaktion abgelaufen ist.

Haben die Kinder dagegen keinen Anspruch auf Familienversicherung, bestehen die genannten Einschränkungen nicht. In diesen Fällen können die Kinder entsprechend privat versichert werden.

Zur Sachleistungsbeihilfe für freiwillig versicherte Beamte:
Sachleistungsbeihilfe wird gewährt, wenn die verbeamtete Person freiwillig gesetzlich versichert ist und keinen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag erhält.
Zu Sachleistungen (hier Kosten, die von der GKV nicht übernommen werden) können Beihilfen bis zur Höhe der während der letzten zwölf Kalendermonate vor Antragstellung entrichteten Krankenversicherungsbeitr#ge (ohne Pflegeversicherungsbeiträge) zu einem Bemessungssatz von 50 v.H. gewährt werden.

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Hessen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BKHEA statt BAH BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BKEH statt BKEHA BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig, kein berücksichtigungsfähiges Kind	- BA15 (oder BKA15) + BHA15 (oder BKHEA15) + BKH2A 15 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA15 + BKEHA15 + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK35 + BKHE15 + BKH2 35 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE35 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK25 + BKHE15 + BKH2 25 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE25 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 1 berücksichtigungsfähiges Kind **oder** **- Beihilfeberechtigter verheiratet, Ehegatte berücksichtigungsfähig kein berücksichgtigungsfähiges Kind**	- BA15 (oder BKA15) + BHA15 (oder BKHEA15) BKH2A 15 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA15 + BKEHA15 + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * +Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKHE15 + BKH2 30 ** BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKHE15 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 2 berücksichtigungsfähige Kinder **oder** **- Beihilfeberechtigter verheiratet / Ehegatte berücksichtigungsfähig / 1 berücksichtigungsfähiges Kind**	- BA15 (oder BKA15) + BHA15 (oder BKHEA15) + BKH2A 15 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA15 + BKEHA15 + BEXEA KKHT +KKUR + PVB * +Pflegezusatzvers.	- BK25 + BKHE15 + BKH2 25 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE25 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK15 + B KHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 3 berücksichtigungsfähige Kinder **oder** **- Beihilfeberechtigter verheiratet / Ehegatte berücksichtigungsfähig / 2 berücksichtigungsfähige Kinder**	- BA15 (oder BKA15) + BHA15 (oder BKHEA15) + BKH2A 15 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA15 + BKEHA15 + BEXEA KKHT +KKUR + PVB * +Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKHE15 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** *+ BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Hessen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BKHEA statt BAH BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BKEH statt BKEHA BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
- Behilfeberechtigter ledig bzw. verheiratet, Ehegatte nicht berücksichtigungsfähig / 4 berücksichtigungsfähige Kinder **oder** **- Beihilfeberechtigter verheiratet / Ehegatte berücksichtigungsfähig / 3 berücksichtigungsfähige Kinder**	- BA15 (oder BKA15) + BHA15 (oder BKHEA15) + BKH2A 15 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA15 + BKEHA15 + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * +Pflegezusatzvers.	- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 21.816 Euro in 2023	GKV +Zusatzvers. + BKH2A 15 ** + BKH1A + KBCK + jeweils +SPV + Pflegezusatzvers.	GKV +Zusatzvers. + BKH2 35/ 30 … ** + BKH1 + KBCK + jeweils +SPV + Pflegezusatzvers.	GKV +Zusatzvers. + BKH2 25/ 20 … ** + BKH1 + KBCK + jeweils +SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	wie Beihilfeberechtigter	wie Beihilfeberechtigter	wie Beihilfeberechtigter
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbständig) mit EK ≤ 21.816 Euro in 2023	wie Beihilfeberechtigter	wie Beihilfeberechtigter	wie Beihilfeberechtigter
Ehegatte mit EK ≤ 21.816 Euro in 2023	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig **wenn Familienvers. möglich: diese nehmen**	wie Beihilfeberechtigter aber - BKA statt BA, BKHEA statt BAH, BX (od. BEXA) statt BXA; bzw. - BKE statt BKEA BKEH statt BKEHA BEXE statt BEXEA PVB * (beitragsfrei) GKV + Zusatzvers.+ + BKH2A ** + BKH1A + KBCK + SPV +Pflegezusatzvers.	wie Beihilfeberechtigter PVB (beitragsfrei) GKV + Zusatzvers.+ + BKH2 ** + BKH1 + KBCK + SPV+Pflegezusatzvers.	wie Beihilfeberechtigter PVB (beitragsfrei) GKV + Zusatzvers.+ + BKH2 ** + BKH1 + KBCK + SPV+ Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers. + BKH2A 15 … ** + BKH1A +KBCK jeweils +SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 35/ 30 … ** + BKH1 + KBCK jeweils +SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 35/ 30 … ** + BKH1 + KBCK jeweils +SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		wie Beihilfeberechtigter PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	wie Beihilfeberechtigter PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Hessen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BKHEA statt BAH BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BKEH statt BKEHA BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Witwe/Witwer, kein berücksichtigungs-fähiges halbwaises Kind			- BK20 + BKHE15 + BKH2 20 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Witwe/Witwer, 1 berücksichtigungs-fähiges halbwaises Kind			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Witwe/Witwer, 2 berücksichtigungsfähige halbwaise Kinder			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Witwe/Witwer, 3 berücksichtigungsfähige halbwaise Kinder			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Witwe/Witwer, 4 berücksichtigungsfähige halbwaise Kinder			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Halbwaise: Kleinkind oder in Schulausbildung			wie berechtigte(r) Witwe(r) PVB (beitragsfrei)

Beihilfesituation **Hessen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BKHEA statt BAH BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BKEH statt BKEHA BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Halbwaise (Azubi o.ä.):			GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 35/ 30 … ** + BKH1 + KBCK jeweils +SPV + Pflegezusatzvers.
Halbwaise: Student			bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
1 Vollwaise, allein, ledig			- BK20 + BKHE15 + BKH2 20 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
2 Vollwaise, ledig			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
3 Vollwaise, ledig			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
4 Vollwaise, ledig			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Hessen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BKHEA statt BAH BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BKEH statt BKEHA BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
5 Vollwaise, ledig			- BK15 + BKHE15 + BKH2 15 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE15 +BKEH15 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Vollwaise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

**** Wahlleistungsbeihilfe abgelehnt – 100%-Wahlleistungstarif möglich**
Hat sich der Kunde gegen die Wahlleistungsbeihilfe entschieden, möchte zu einem späteren Zeitpunkt aber doch Wahlleistungen für sich und ggf. seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen beanspruchen, ohne dass ein beamtenrechtlicher Statuswechsel eintritt, kann der entsprechende 100%-Tarif versichert werden:
BKH2 100 bzw. BKH2A 100

Hinweis

Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes
Bei Einstellungsdatum vor 01.05.2001 Sonderregelungen beachten (bis 31.12.2013), siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Mecklenburg-Vorpommern

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
- in Elternszeit immer	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner ab 01.01.2025 bei Einkünften bis 21.832 Euro jeweils im vorletzten Kalenderjahr (Dynamisierung gemäß prozentualer Anpassung der Renten West seit 2024)	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte und Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Eigenständiger Beihilfeanspruch für Beamte in Elternzeit, soweit in der Elternzeit keine Teilzeittätigkeit ausgeübt wird. Bemessungssatz: 70%

Die Bemessungssätze erhöhen sich:
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- Für alle, die bereits am 19.09.2012 beihilfeberechtigt waren:
  auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte.
  Dies gilt nicht für Leistungsbereiche, in denen die GKV nicht leistet (z.B. Heilpraktikerbehandlung)
  Dies gilt auch nicht , wenn für den GKV-Beitrag ein Zuschuss ab 21 Euro gewährt wird
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;
- um 10 % für längstens 3 Jahre auf Antrag bei Versorgungsempfängern mit geringem Gesamteinkommen (vgl. BBhV § 47 Abs. 2), wenn der Beitragsaufwand für die beitragskonforme PKV 15% der Gesamteinkünfte übersteigt

Weitere Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor 01.01.2002 bestehen jedoch Sonderregelungen

Hinweis:
Rechtsreferendare können verbeamtet werden.

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Mecklenburg-Vorpommern
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	Eigene Höchstbeträge zwischen Mindest- und Höchstsatz GebüH
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Transport	abzüglich 10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	für Kinder und Jugendliche bis 18. Lebensjahr mit Höchstgrenzen, keine Beihilfe für Erwachsene (Ausnahme: gravierende Sehschwäche, Sehbehinderung)
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja, abzüglich 10 Euro pro Tag, (höchstens 28 Tage/Kalenderjahr)
2Bettzimmer	Nein
Privatärztliche Behandlung	Nein
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationäre	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn von monatlichen Einnahmen zu wenig verbleibt
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	nein
Anspruch Polizeianwärter	freie Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	freie Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Wichtiger Hinweis:
Die 10%-Stufen dürfen in den beihilfeergänzenden Tarifen zur Beihilfe in Mecklenburg-Vorpommern nicht versichert werden, auch wenn sie ab 1.4.2024 in EASY freigeschaltet sind.
Letzteres ist erfolgt, weil die Erhöhung der Bemessungssätze in der Bundesbeihilfe, der die Beihilfe in Mecklenburg-Vorpommern in der Regel folgt, auf bis zu 90% im Gesetzgebungsverfahren für 2024 geplant war. Kurzerhand wurde dieses Gesetzgebungsverfahren jedoch bis auf Weiteres ausgesetzt.

Beihilfesituation **Mecklenburg-Vorpommern** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 100 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK od. - BK50 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Mecklenburg-Vorpommern** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) + (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich

Beihilfesituation **Mecklenburg-Vorpommern** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweis

Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes
Bei Einstellungsdatum vor 01.08.1998: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Niedersachsen

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkünften bis 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte und Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Die Bemessungssätze erhöhen sich

- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte (gilt nicht bei Arbeitgeberanteil o.ä. zum KV-Beitrag von mindestens 21 Euro)
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;
- um bis zu 20 % auf Antrag bei Versorgungsempfängern mit geringem Gesamteinkommen (vgl. NBhVO § 43 Abs. 2), wenn der Beitragsaufwand für die beitragskonforme PKV 15% der Gesamteinkünfte übersteigt.

Die Bemessungssätze vermindern sich

um 20% für Personen, die einen Beitragszuschuss (z.B. aus der Krankenversicherung der Rentner) in Höhe von mindestens 21 Euro monatlich erhalten.
Weitere Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:

- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.08.1998 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Niedersachsen
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	GebüH, jedoch höchstens GOÄ
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Transport	abzüglich 10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	für Kinder und Jugendliche bis 18. Lebensjahr mit Höchstgrenzen, keine Beihilfe für Erwachsene (Ausnahme: gravierende Sehschwäche, Sehbehinderung)
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	Im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja, abzüglich 10 Euro pro Tag, (höchstens 28 Tage/Kalenderjahr)
2Bettzimmer	Nein
Privatärztliche Behandlung	Nein
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationäre	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.02.2024 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	100 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.01.1999
Anspruch Polizeianwärter	Beihilfe
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	-
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Niedersachsen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK od. - BK50 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE + KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Niedersachsen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Niedersachsen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise:

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.10.1998: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Nordrhein-Westfalen

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte, analog Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkünften bis 21.071 Euro im letzten Kalenderjahr (wird jeweils zum 01.01. eines Jahres gemäß der Rentenanpassung West im jeweils vergangenen Jahr angepasst).	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte, Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt (unabhängig davon, nach welchen Beihilfevorschriften –Bundes- oder Landesrecht- ein Beihilfeanspruch besteht) und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%.

(Bei Beihilfeberechtigten, die nach dem bis 31.12.2019 geltenden Recht einen von ihnen zum Erhalt des erhöhten Bemessungssatzes bestimmt haben, gilt diese Bestimmung bis auf Widerruf eines der Beteiligten fort).

Die Festlegung, wem von beiden dieser Anteil im Familienzuschlag zukommt, trifft das Landesamt für Besoldung und Versorgung nach gehaltstechnischen Vorschriften.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.10.1998 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Nordrhein Westfalen
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ,
Heilpraktiker	eigene Höchstbeträge
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	keine
Transport	keine Kürzung
Belastungsgrenze für Eigenanteile	keine
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze, keine Kürzung
Sehhilfen	Aufwendungen für Gläser sind beihilfefähig
Kur	auch für Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Angehörige
- Unterkunft	bis 30 Euro beihilfefähig, alle 3 Jahre höchstens 23 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	auch während der Anwärterzeit beihilfefähig
Implantate	bei bestimmten Indikationen, bei zahnlosem Unterkiefer höchstens 4 Implantate
Material- und Laborkosten	zu 70% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2Bettzimmer	Ja, abzüglich 15 Euro pro Tag (höchstens 20 Tage/Kalenderjahr)
Privatärztliche Behandlung	Ja, abzüglich 10 Euro pro Tag (höchstens 20 Tage/Kalenderjahr)
Pflege	
Häuslich	analog SGB XI, darüber hinaus sind Pflegeaufwendungen beihilfefähig bis 1.000 Euro bei Pflegegrad 4 und 1.995 Euro bei Pflegegrad 5, alternativ bei Bezug von Pflegegeld bis 150 Euro bei Pflegegradd 4 und 240 Euro bei Pflegegrad 5.
Teilstationär	analog SGB XI
Stationäre	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	Erestattung, wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	Keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.01.1999
Anspruch Polizeianwärter	freie Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	freie Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	ab 80 Euro mtl. Zuschuss
Höhe der Beihilfekürzung	-10%
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	21.071 Euro im letzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Nordrhein Westfalen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BKH2A 50 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH230 +BKH2F20+ BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 21.071 Euro im letzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 30 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Nordrhein Westfalen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** - **Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** - **Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 21.071 Euro im letzten Kalenderjahr	- BA30 (oder BKA30) + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 21.071 Euro im letzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPVod. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BKH2A 20 + BKH1A+BX (oder BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 20 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV+ Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBC bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Nordrhein Westfalen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.08.1998: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Rheinland-Pfalz

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte, analog Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkommen bis 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr wenn Eheschließung bzw. Verpartnerung vor 01.01.2012 und Begründung des Beihilfeanspruchs nach 01.01.2012 erfolgte sowie wenn Eheschließung bzw. Verpartnerung nach 31.12.2011 erfolgte - bei Einkommen bis 20.450 Euro im vorletzten Kalenderjahr in allen anderen Fällen. Hinweis Wenn die Beihilfeberechtigung bereits vor dem 01.01.2012 bestand und die Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft vor dem 01.01.2012 geschlossen wurde, gilt für die Berücksichtigungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners weiterhin die Einkommensgrenze von bis zu 20.450 Euro.	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte, Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Die Bemessungssätze erhöhen sich

- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte, wenn sie ihren GKV-Beitrag selbst tragen.
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;
- auf 80 % auf Antrag bei Versorgungsempfängern mit Gesamteinkommen bis 1.680 Euro (bei Verheirateten bzw. Lebenspartnern 1.940 Euro), wenn der Beitragsaufwand für die beitragskonforme PKV 15% der Gesamteinkünfte übersteigt.

Die Bemessungssätze vermindern sich

um 20 Prozentpunkte für Personen, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.
Diese Verminderung tritt nicht ein bei einem Rentnerzuschuss zum PKV-Beitrag.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:

- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.01.1999 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Rheinland Pfalz
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ,
Heilpraktiker	Eigene Höchstbeträge zwischen Mindest- und Höchstsatz GebüH
Medikamente	ärztlich verordnete Arzneimittel
Kürzung	keine
Transport	keine Kürzung
Belastungsgrenze für Eigenanteile	keine
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze keine Kürzung
Sehhilfen	beihilfefähig mit Höchstbeträgen, je nach Indikation
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 3 Jahre höchstens 23 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	beihilfefähig, wenn mindestens 1 Jahr im öffentlichen Dienst sowie bei Unfall
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei best. Indikationen ohne Begrenzung
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	ohne Altersbegrenzung
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Bei Erkl. zu Verzicht auf 26 Euro Gehalt mtl. (zu Beginn des Beamtenverhältnisses und bei beamtenrechtl. Statutswechsel mögl.)
2.Bettzimmer	Ja, s.o. abzüglich 12 Euro / Tag, (ggf. 50% des Einbettzimmers, wenn als allg. KH-Leistungen nur Mehrbettzimmer und als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten werden).
Privatärztliche Behandlung	Ja, s.o.
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	100 - 750 Euro pro Jahr
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	keine Antragsgrenze
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst
Anspruch Polizeianwärter	Beihilfe
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr (bei Bestandsschutz für alte Regelung: 20.450 Euro)
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Rheinland-Pfalz** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 50 +** BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH230 +BKH2F20 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 ** + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr (Bei Bestandsschutz für alte Regelung: 20.450 Euro im vorletzten Kalenderjahr)	GKV + Zusatzvers. + BKH2A 30 ** + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 ** + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 ** + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Rheinland-Pfalz** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstst.) mit EK ≤ 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr (Bei Bestandsschutz für alte Regelung: 20.450 Euro im vorletzten Kalenderjahr)	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 ** + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr (Bei Bestandsschutz für alte Regelung: 20.450 Euro im vorletzten Kalenderjahr)	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind (Kleinkind oder in Schulausbildung), berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 20 ** + BKH1A+BX (oder BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV + Zusatzvers. + BKH2A 20 ** + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV + Zusatzvers. + BKH2 20 ** + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV + Zusatzvers. + BKH2 20 ** + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 30 ** + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 20 ** + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Rheinland-Pfalz** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

****** **Wahlleistungsbeihilfe abgelehnt – 100%-Wahlleistungstarif möglich**
Hat sich der Kunde gegen die Wahlleistungsbeihilfe entschieden, möchte zu einem späteren Zeitpunkt aber doch Wahlleistungen für sich und ggf. seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen beanspruchen, ohne dass ein beamtenrechtlicher Statuswechsel eintritt, kann der entsprechende 100%-Tarif versichert werden:
BKH2 100 bzw. BKH2A 100

zurück: Beihilfe

Saarland

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkünften bis 16.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte, Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte (gilt nicht, wenn für den GKV-Beitrag ein Zuschuss von mindestens 20,45 Euro gewährt wird)
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Die Bemessungssätze vermindern sich
um 20% für Personen, die einen Beitragszuschuss (z.B. aus der Krankenversicherung der Rentner) in Höhe von mindestens 40,90 Euro monatlich erhalten.
Weitere Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.01.1999 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Saarland
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ,
Heilpraktiker	nein
Medikamente	ärztlich verordnete Arzneimittel bis zu Festbeträgen; Erkältungsmittel usw. bis 18
Kürzung	keine
Transport	bis ÖPNV-Kosten
Belastungsgrenze für Eigenanteile	keine
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze keine Kürzung
Sehhilfen	für Kinder und Jugendliche bis 18. Lebensjahr mit Höchstgrenzen, keine Beihilfe für Erwachsene (Ausnahme: gravierende Sehschwäche, Sehbehinderung)
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 10 Euro, alle 3 Jahre, höchstens 23 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	50% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2Bettzimmer	Nein, nur noch bei Personen in Übergangsregelungen.
Privatärztliche Behandlung	Nein, nur noch bei Personen in Übergangsregelungen.
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	100 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	nein
Anspruch Polizeianwärter	Beihilfe
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	16.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Saarland** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20+ BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK od. - BK50 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB+ Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 16.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) od. bei BKA: BX (od. BEXA)+ KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Saarland** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 16.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 16.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV * + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV+ Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Saarland** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise:

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.01.1999: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Sachsen

0. Bemessungssätze

	Krankheitskosten:	Pflege:
aktive Beamte und Richter		
- ohne Kinder	50%	50%
- mit 1 berücksichtigungsfähigem Kind	70%	50%
- mit 2 oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern.	90%	70%
Verstetigung des Bemessungssatzes beim Beihilfeberechtigten: Beamte mit zwei oder mehr Kindern bekommen seit 2013 dauerhaft 70% Beihilfe, auch wenn die Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder wieder entfällt. Diese Regelung findet sinngemäß auch auf den Beihilfebemessungssatz von 90% ab dem 01.01.2024 Anwendung. Im Einzelnen: - Wenn einem Beihilfeberechtigten bereits ein erhöhter Bemessungssatz von 70 % oder (künftig) 90 % zusteht, dieser aber dem Grunde nach entfallen würde (z. B. bei Heirat von zwei Beihilfeberechtigten mit jeweils einem oder mehreren Kindern), bleibt er bestehen. - Dies gilt auch, wenn nach dem 31. Dezember 2012 zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren und diese bis zum 31. Dezember 2023 nicht mehr berücksichtigungsfähig sind (verstetigter Bemessungssatz). - Bei berücksichtigungsfähigen Kindern künftig: Der Bemessungssatz von 70 % oder 90 % vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn diese nach dem 31. Dezember 2023 berücksichtigungsfähig sind bzw. waren.		
berücksichtigungsfähige Ehegatten/Lebenspartner		
bei Einkünften bis 18.504 Euro im Durchschnitt der letzten drei Kalenderjahre (dynamisiert nach prozentualem Anstieg der Grundgehaltssätze des vorvergangenen Jahres gem. § 19 SächsBesG)	90%	70%
berücksichtigungsfähige Kinder		
bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	90%	80%
Versorgungsempfänger		
Beamte, Richter im Ruhestand,	70%	70%
ab dem 2. berücksichtigungsfähigen Kind	90%	70%
Verstetigung s.o. gilt auch hier		
Witwen/Witwer bei Witwengeldbezug,		
wenn EK ohne Versorgungsbezüge EK-Grenze nicht überschreitet)	90%	70%
wenn Unterhaltsbeitrag keine Anwendung findet	70%	70%
Waisen bei Waisengeldbezug	90%	80%
wenn Unterhaltsbeitrag keine Anwendung findet	80%	80%

Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird er bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den Familienzuschlag (bzw. Auslandskinderzuschlag o.ä.) erhält.
In Bestandsfällen konnte noch bis Ende 2024 in einer gemeinsamen Erklärung der Beihilfeberechtigten bestimmt werden, wem die Beihilfe für Aufwendungen des Angehörigen gewährt werden soll.
Sind beide Ehegatten/LebenspartnerInnen beihilfeberechtigt und bekommen Kinder, wird der Bemessungssatz bei demjenigen Ehegatten/LebenspartnerIn, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig angehoben, beim 1. Kind auf 70%, ab dem 2. Kind auf 90%.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht,
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte.
  Erstattungsfähige Aufwendungen, zu denen die GKV weder Leistungen noch Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Die Bemessungssätze vermindern sich
Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.01.2002 bestehen jedoch Sonderregelungen

Hinweis:
Rechtsreferendare können verbeamtet werden.

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Sachsen
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ
Heilpraktiker	eigene Höchstbeträge
Medikamente	ärztlich verordnete Arzneimittel
Kürzung	Zuzahlung 4 Euro - 5 Euro je Mittel, nicht bei Kindern
Transport	10 Euro je Fahrt
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	beihilfefähig, ab 18. Lebensjahr begrenzt auf 100 Euro je Auge
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel, Kürzung um 12,50 Euro täglich
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 4 Implantate je Kiefer, bei best. Indikationen ohne Begrenzung
Material- und Laborkosten	zu 65% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja, abzüglich 10 Euro pro Tag (höchstens 28 Tage/Kalenderjahr)
2Bettzimmer	Ja, abzüglich 14,50 Euro pro Tag
Privatärztliche Behandlung	Ja
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.01.2024 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe
Beitragserstattung zur privaten Restkostenversicherung	Bis 104 Euro für berücksichtigungsfähige Ehegatten Bis 21,45 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind
Mindestbetrag für Beihilfeantrag	Keine Antragsgrenze
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	nein
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	18.504 Euro im Durchschnitt der letzten drei Kalenderjahre
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Hinweis: Verstetigung des Bemessungssatzes beim Beihilfeberechtigten beachten (s.o. unter 0. Bemessungssätze Sachsen)

Beihilfesituation **Sachsen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne ohne berücksichtigungs-fähiges Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 50 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH230 +BKH2F20+ BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichti-gungsfähigen Kind	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH230 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichti-gungsfähigen Kindern	- BA10 (oder BKA10) + BZA60 + BKH2A 10 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA10 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 18.504 Euro im Durchschnitt der letz-ten 3 Kalenderjahre	GKV+Zusatzvers+ BKH2A 10 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers+ BKH2 10 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers+ BKH2 10 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Sachsen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro mtl.	- BA10 (oder BKA10) + BZA60 + BKH2A 10 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA10 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 18.504 Euro , im Durchschnitt der letzten 3 Kalenderjahre	- BA10 (oder BKA10) + BZA60 + BKH2A 10 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA10 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 18.504 Euro im Durchschnitt der letzten 3 Kalenderjahre	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA10 + BZA60 + BKH2A 10 + BKH1A+BX (oder BEXA) + KBCK bzw. - BKE10 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers+ BKH2A 10 + BKH1A + KBCK SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers+ BKH2 10 + BKH1 + KBCK SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers+ BKH2 10 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer, wenn und solange sie Witwengeld erhalten und wenn zusätzlich zu Versorgungsbezügen verdientes EK ≤ 18.504 Euro im Durchschnitt der letzten 3 Jahre			- BK10 + BKH2 10 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Sachsen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Witwe/Witwer, wenn Unterhaltsbeitrag keine Anwendung findet			- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-) Waise ledig wenn und solange sie Waisengeld erhalten			- BK10 + BKH2 10 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-) Waise ledig wenn Unterhaltsbeitrag keine Anwendung findet			- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise:

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.01.2002: Sonderregelungen beachten, siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Sachsen-Anhalt

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte und Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%
- in Elternzeit immer	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner ab 01.01.2025 bei Einkünften bis 21.832 Euro jeweils im vorletzten Kalenderjahr	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte, Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Die Bemessungssätze erhöhen sich

- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- Für alle, die bereits am 19.09.2012 beihilfeberechtigt waren:
  auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte.
  Dies gilt nicht für Leistungsbereiche, in denen die GKV nicht leistet (z.B. Heilpraktikerbehandlung)
  Dies gilt auch nicht , wenn für den GKV-Beitrag ein Zuschuss ab 21 Euro gewährt wird.
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;
- um 10 % für längstens 3 Jahre auf Antrag bei Versorgungsempfängern mit geringem Gesamteinkommen (vgl. BBhV § 47 Abs. 2), wenn der Beitragsaufwand für die beitragskonforme PKV 15% der Gesamteinkünfte übersteigt.

Weitere Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:

- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.01.2002 bestehen jedoch Sonderregelungen

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Sachsen-Anhalt
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ,
Heilpraktiker	Eigene Höchstbeträge zwischen Mindest- und Höchstsatz GebüH
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Transport	abzüglich 10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	für Kinder und Jugendliche bis 18. Lebensjahr mit Höchstgrenzen, keine Beihilfe für Erwachsene (Ausnahme: gravierende Sehschwäche, Sehbehinderung)
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei bestimmten Indikationen bis zu 4 je Kiefer.
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja, abzüglich 10 Euro pro Tag (höchstens 28 Tage/Kalenderjahr)
2Bettzimmer	Ja, beihilfefähiger Höchstbetrag: 1,2% der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors pro Tag (Stand 2025: 54,05 Euro)
Privatärztliche Behandlung	Ja
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn von monatlichen Einnahmen zu wenig verbleibt
Allgemeines	
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	nein
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Wichtiger Hinweis:
Die 10%-Stufen dürfen in den beihilfeergänzenden Tarifen zur Beihilfe in Sachsen-Anhalt nicht versichert werden, auch wenn sie ab 1.4.2024 in EASY freigeschaltet sind.
Letzteres ist erfolgt, weil die Erhöhung der Bemessungssätze in der Bundesbeihilfe, der die Beihilfe in Sachsen-Anhalt in der Regel folgt, auf bis zu 90% im Gesetzgebungsverfahren für 2024 geplant war. Kurzerhand wurde dieses Gesetzgebungsverfahren jedoch bis auf Weiteres ausgesetzt.

Beihilfesituation **Sachsen-Anhalt** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 50 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH230 +BKH2F20+ BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV + Zusatzvers. + BKH2A 30 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV + Zusatzvers. + BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Sachsen-Anhalt** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 21.832 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind (Kleinkind oder in Schulausbildung), berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 20 + BKH1A+BX (oder BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 20 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Kind (Student), berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich

Beihilfesituation **Sachsen-Anhalt** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant),			- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise:

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.01.2002: Sonderregelungen beachten. Siehe Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst

zurück: Beihilfe

Schleswig-Holstein

0. Bemessungssätze

	Krankheitskosten:	Pflege:
aktive Beamte, analog Richter		
- mit weniger als 2 Kindern	50%	50%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	70%	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner		
- mit weniger als 2 Kindern	70%	70%
- mit 2 und mehr Kindern (solange diese berücksichtigungsfähig sind)	90%	70%
bei Einkünften bis 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr		
berücksichtigungsfähige Kinder		
- bei 2 oder weniger Kindern	80%	80%
- bei 3 und mehr Kindern	90%	80%
bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)		
Versorgungsempfänger Beamte, Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%	70%
Waisen	80%	80%

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze: Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen. Da es keinen berücksichtigungsfähigen Ehegatten gibt, ist in diesen Fällen bei den Ehegatten keine Erhöhung auf 90% möglich.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Hinweis: Beihilfefähigkeit von Aufwendungen freiwilliger Mitglieder der GKV
Für Beamtinnen/Beamte, die am Stichtag 30.06.2005 freiwillig in der GKV versichert waren und für ihren GKV-Beitrag keinen Zuschuss erhalten, gilt weiterhin:
Erhöhung der Bemessungssätze nach Anrechnung Kassenleistung auf 100%
gem. § 14 Abs. 4 der Beihilfevorschriften des Bundes in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung

Hinweis: Einreichung von Aufwendungen für Kinder
Sind zwei Elternteile selbst beihilfeberechtigt, müssen die Kinder zukünftig dem Elternteil zugeordnet werden, bei dem sie im Familienzuschlag berücksichtigt sind. Hier könnte in Einzelfällen eine Anpassung des Versicherungsschutzes der Eltern erforderlich werden.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Rechtsreferendare werden nicht mehr verbeamtet, sondern befinden sich in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis. Damit besteht Versicherungspflicht in der GKV. Beihilfeansprüche haben diese Personen damit nicht mehr.
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.01.2004 bestehen jedoch Sonderregelungen.

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Schleswig-Holstein
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ,
Heilpraktiker	bis Mindestsätze GebüH, höchstens GOÄ
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	keine
Transport	keine Kürzung
Belastungsgrenze für Eigenanteile	1% des Einkommens
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze keine Kürzung
Sehhilfen	Fassungen bis 20 Euro, Gläser mit Höchstgrenzen. Kontaktlinsen bei bestimmten Indikationen
Kur	für aktive Bedienstete, sonst nur Arztkosten, Arznei- und Heilmittel
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	2 Implantate je Kieferhälfte, höchstens bis 480 Euro, Material- und Laborkosten bis 500 Euro
Material- und Laborkosten	zu 60% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2Bettzimmer	Nein
Privatärztliche Behandlung	Nein
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann seit 01.01.2024 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe.
Kostendämpfungspauschale	140 Euro - 560 Euro pro Jahr ab Besoldungsstufe A10
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	100
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	Eintritt vor dem 01.09.1970
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Heilfürsorge
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Schleswig-Holstein** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK od. - BK50 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXE+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Schleswig-Holstein** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	BA10 (oder BKA10) + BZA60 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA10 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	BA10 (oder BKA10) + BZA60 + BKH2A 100 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA10 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 20.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers. +SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Schleswig-Holstein** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (oder BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig, wenn 3 oder mehr Kinder gleichzeitig berücksichtigungsfähig sind	- BKA10 + BZA60 + BKH2A 100 + BKH1A + BX (od. BEXA) + KBCK bzw. - BKE10 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK10 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE10 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der Kinder berücksichtigungsfähigen nicht relevant)			- BK30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise ledig			- BK20 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 + BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise:

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.01.2004: Sonderregelungen beachten. Siehe Angestellte im Öffentlichen Dienst.

zurück: Beihilfe

Thüringen

0. Bemessungssätze

… identisch für Krankheitskosten und Pflege:

aktive Beamte, analog Richter	
- mit weniger als 2 Kindern	50%
- mit 2 und mehr Kindern	70%
berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner bei Einkünften bis 18.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	70%
berücksichtigungsfähige Kinder bis zum 18. Lebensjahr, darüber hinaus idR. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie noch im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, weil noch Kindergeld bezogen wird (siehe Stichwort „Kindergeld“)	80%
Versorgungsempfänger Beamte, Richter im Ruhestand, Witwen/Witwer von Versorgungsempfängern	70%
Waisen	80%

Sind beide Ehegatten / eingetragene Lebenspartner beihilfeberechtigt und haben mindestens 2 Kinder, gilt für die Bemessungssätze:
Bei demjenigen Ehegatten, bei dem die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, beträgt der Bemessungssatz 70%, beim anderen 50%. Dabei bestimmen die Ehegatten selbst, bei wem von ihnen die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein sollen.

Sind Kinder bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird die Beihilfe für sie an denjenigen Beihilfeberechtigten gezahlt, der den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag für das Kind erhält. Abweichende Vereinbarungen sind in Ausnahmefällen möglich.
Bestimmungen zu Berechtigungen, die schon vor dem Inkrafttreten der ThürBhV getroffen wurden, gelten weiter.

Die Bemessungssätze erhöhen sich
- um 20% (bis höchstens 90%), wenn z.B. ein Leistungsausschluss der PKV besteht
- auf 100% der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen für freiwillig GKV-versicherte Beamte.
  (stationäre Wahlleistungen zählen als eigener Leistungsbereich, der nicht mit allgemeinen Krankenhausleistungen zusammen gesehen wird, so dass es hier keine Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100% giibt).
- auf 100% der Überführungskosten für Personen, bei denen der Tod während einer Dienstreise eingetreten ist;

Weitere Abweichungen sind in bestimmten Ausnahmefällen zulässig.

Folgende Personengruppen erhalten keine Beihilfe bzw. sind nicht berücksichtigungsfähig:
- Witwen/Witwer von Beihilfeberechtigten verlieren bei erneuter Heirat den Beihilfeanspruch
- Kinder und Ehegatten von Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben keinen Beihilfeanspruch
- Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes haben keine Beihilfeansprüche,
  bei Einstellungsdatum vor dem 01.01.2002 bestehen jedoch Sonderregelungen

Hinweis:
Rechtsreferendare können verbeamtet werden.

zurück: Beihilfe

1. Überblick

	Thüringen
Ambulante Behandlung	
Ärztliche Behandlung	im Rahmen der GOÄ, abzüglich 4 Euro je Rechnung.
Heilpraktiker	Höchstens Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Bis Festbeträge SGB V, Erkältungsmittel nur bis 18, nicht verschreibungspflichtige Medikamente nur in Ausnahmen
Kürzung	4 Euro je Arzneimittel
Transport	abzüglich 10% (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Belastungsgrenze für Eigenanteile	2% des Einkommens, bei Dauerbehandlung 1%
Hilfsmittel	siehe Katalog und Höchstsätze abzüglich 10% Eigenbehalt (mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro)
Sehhilfen	für Kinder und Jugendliche bis 18. Lebensjahr mit Höchstgrenzen, keine Beihilfe für Erwachsene (Ausnahme: gravierende Sehschwäche, Sehbehinderung)
Kur	auch für Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Angehörige
Unterkunft	bis 16 Euro beihilfefähig, alle 4 Jahre höchstens 21 Tage
Zahnbehandlung	
Zahnärztliche Behandlung	im Rahmen der GOZ, abzüglich 4Euro je Rechnung.
Zahnersatz	Beihilfe während Anwärterzeit: nur bei Unfall sowie nach 3 Jahren im öffentlichen Dienst.
Implantate	bis 2 Implantate je Kiefer, bei best. Indikationen ohne Begrenzung
Material- und Laborkosten	zu 40% beihilfefähig
Kieferorthopädie	bei Beginn vor 18. Lebensjahr und bei schweren Anomalien
Stationäre Behandlung	
Regelleistungen	Ja
2Bettzimmer	Ja, abzüglich 7,50 Euro pro Tag (werden von Beihilfe abgezogen)
Privatärztliche Behandlung	Ja, abzüglich 25 Euro pro Tag (werden von Beihilfe abgezogen)
Pflege	
Ambulant	analog SGB XI
Stationär	analog SGB XI
Unterkunft, Verpflegung	wenn Eigenanteil überstiegen wird
Allgemeines	
Pauschalbeihilfe	Kann ab 01.01.2020 an Stelle der individuellen Beihilfe unwiderruflich für das bestehende oder beginnende Beamtenverhältnis gewählt werden, wenn freiwillige GKV oder PKV-Vollversicherung besteht. Im Wesentlichen wie AG-Zuschuss bei Arbeitnehmern. Bei Wechsel von freiwill. GKV in PKV-Vollvers. während des Bezugs von Pauschalbeihilfe wird dauerhaft höchstens der vorher mtl. als pauschale Beihilfe gewährte Betrag mtl. weiter geleistet. Pflege: Es bleibt bei individueller Beihilfe.
Kostendämpfungspauschale	keine
Mindestbetrag für einen Beihilfeantrag	200 Euro
Beihilfeanspruch Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	nein
Anspruch Polizeianwärter	Heilfürsorge
Anspruch Polizeibeamte	Beihilfe
Beihilfekürzung wegen Beitragszuschuss	--
Höhe der Beihilfekürzung	--
Einkommensgrenze Ehe-/Lebenspartner	18.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr
Berücksichtigungsfähigkeit Kind	idR. bis höchstens 25 Jahre

zurück: Beihilfe

2. Bedarf

Beihilfesituation **Thüringen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Beihilfeberechtigter ohne bzw. mit 1 berücksichtigungsfähigen Kind	- BA50 (oder BKA50) + BZA20 + BKH2A 50 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA50 + BZEA + BEXEA + KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKF20 + BKH230 +BKH2F20+ BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK oder - BK50 + BKH2 50 + BKH 1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BKEF20 + BEXA+ oder - BKE50 + BEXE+ KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Beihilfeberechtigter mit 2 und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA+ KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
Ehegatte pflichtig in der GKV mit EK ≤ 18.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 30 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 30 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Ehegatte ohne bzw. mit EK ≤ 556 Euro	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Thüringen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
Ehegatte (nicht pflichtvers. in der GKV, z. B. selbstständig) mit EK ≤ 18.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	- BA30 (oder BKA30) + BZA40 + BKH2A 30 + BKH1A + BXA (oder BEXA) + (bzw. bei BKA… auch mögl.: BX (oder BEXA)) + KBCK bzw. - BKEA30 + BZEA + BEXEA KKHT + KKUR + PVB * + + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + + Pflegezusatzvers.	- BK30 + BKH2 30 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + + Pflegezusatzvers.
Ehegatte mit EK > 18.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife +PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.	Kein Beihilfeanspruch, - GKV+Zusatzvers.+SPV od. - KKV-Tarife + PPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Kleinkind oder in Schulausbildung, berücksichtigungsfähig	- BKA20 + BZA50 + BKH2A 20 + BKH1A+BX (oder BEXA) + KBCK bzw. - BKE20 + BZEA + BEXE KKHT + KKUR + PVB * (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.	- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.
Kind (Azubi o.ä.), berücksichtigungsfähig	GKV+Zusatzvers.+ BKH2A 20 + BKH1A + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.	GKV+Zusatzvers.+ BKH2 20 + BKH1 + KBCK + SPV + Pflegezusatzvers.
Kind: Student, berücksichtigungsfähig		bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich	bei Beitragssprung zum 19. Lebensjahr: Umstellung auf Ausbildungstarife möglich
Witwe/Witwer (Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder nicht relevant)			- BK30 + BKH2 30 + BKH1 +BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE30 + BEXE KKHT + KKUR + PVB + Pflegezusatzvers.
(Halb-, Voll-)Waise, ledig			- BK20 + BKH2 20 + BKH1 + BX (oder BEX) + KBCK bzw. - BKE20 BEXE KKHT + KKUR + PVB (beitragsfrei) + Pflegezusatzvers.

Beihilfesituation **Thüringen** **(bei „Ehegatte“ ist „Lebenspartner“ mitgemeint)**	**Beamtenanwärter/ Referendare (wenn beihilfeberechtigt)** **Achtung: Kinder immer** - BKA statt BA, BX (od. BEXA) statt BXA; - BKE statt BKEA, BEXE statt BEXEA	**Beamte**	**Versorgungsempfänger** **- Beamte im Ruhestand** **- Witwe/Witwer von Beihilfeberechtigten** **- Halb-/Vollwaise von Beihilfeberechtigten**
(Halb-, Voll-)Waise, verheiratet			Es besteht nur dann ein Beihilfeanspruch, wenn und solange eine Bezugsberechtigung für Waisengeld besteht.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

Hinweise:

- **Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes**
  Bei Einstellungsdatum vor 01.01.2002: Sonderregelungen beachten. Siehe Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst

zurück: Beihilfe

Besonderheiten

1. Beihilfe während der Mutterschutzfristen und der Elternzeit

Während der Mutterschutzfristen und der Elternzeit besteht grundsätzlich ein Beihilfeanspruch. Damit ist gleichzeitig die beitragsfreie Mitversicherung im Rahmen der Familienversicherung über den GKV-versicherten Ehegatten ausgeschlossen. (BSG-Urteile vom 29.06.1993 - 12 - RK 91/92 und B 12 KR 13/98 R vom 18.03.1999).

Einige Beihilfeträger gewähren ihren Beihilfeberechtigten unter bestimmten Voraussetzungen während der Elternzeit einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag.

Beihilfeträger	**Höhe des Zuschusses (max.)**	**Voraussetzung**
Baden-Württemberg	31,00 Euro	Einkommen des Beihilfeberechtigten vor Elternzeit nicht über JAEG
Bayern	31,00 Euro	Familieneinkommen nicht über JAEG
Hamburg	31,00 Euro	Einkommen des Beihilfeberechtigten vor Elternzeit nicht über JAEG
Hessen	30,60 Euro	Einkommen des Beihilfeberechtigten vor Elternzeit nicht über JAEG; Bei Bezug von Elterngeld kann auch der volle KV-Beitrag übernommen werden
Mecklenburg-Vorpommern	30,00 Euro	Familieneinkommen nicht über JAEG
Nordrhein-Westfalen	31,00 Euro	Familieneinkommen nicht über JAEG
Saarland	31,00 Euro	Einkommen des Beihilfeberechtigten vor Elternzeit nicht über JAEG
Sachsen	31,00 Euro	Einkommen des Beihilfeberechtigten vor Elternzeit nicht über JAEG

2. Beihilfe während Beurlaubung ohne Dienstbezüge zur Kinderbetreuung

Die Beihilfeberechtigung während des sogenannten familienpolitischen Urlaubs (= Urlaub ohne Dienstbezüge), der sich an die maximal 36monatige Elternzeit anschließt und bis zu 12 Jahren dauern kann, ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt.
Besteht ein Beihilfeanspruch, ist gleichzeitig die beitragsfreie Familienversicherung über den GKV-versicherten Ehegatten ausgeschlossen. (BSG-Urteil vom 29.06.1993 - 12 - RK 91/92 und B 12 KR 13/98 R vom 18.03.1999).
Besteht kein Beihilfeanspruch und keine Berücksichtigungsfähigkeit über den Ehegatten, ist die Familienversicherung über den Ehegatten möglich.
Nach dem Beamtengesetz des Bundes und einiger Länder besteht ein nachrangiger Beihilfeanspruch, d.h. ein Beihilfeanspruch tritt nur dann ein, wenn über den Ehegatten weder Berücksichtigungsfähigkeit noch Anspruch auf Familienversicherung besteht. In diesen Fällen wird der Anspruch auf Familienversicherung nicht durch den nachrangigen Beihilfeanspruch ausgeschlossen, weil der Beihilfeanspruch auch gegenüber dem Anspruch auf Familienversicherung nachrangig ist.
Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern wird dadurch nicht berührt.

Bundesland	Beihilfeanspruch	Anspruch auf Familienversicherung
Bund	Ja (nachrangig)	Ja
Baden-Württemberg	Nein	Ja
Bayern	Ja (nachrangig)	Ja
Berlin	Ja (nachrangig)	Ja
Brandenburg	Ja (nachrangig)	Ja
Bremen	Nein	Ja
Hamburg	Nein	Ja
Hessen	Ja (nachrangig, nur 3 Jahre, Beihilfeberechtigung nach Elternzeitverordnung wird angerechnet)	Ja
Mecklenburg-Vorpommern	Ja (nachrangig)	Ja
Niedersachsen	Nein	Ja
Nordrhein-Westfalen	Ja (nachrangig)	Ja
Rheinland-Pfalz	Ja (nachrangig)	Ja
Saarland	Nein	Ja
Sachsen	Nein	Ja
Sachsen-Anhalt	Ja (nachrangig)	Ja
Schleswig-Holstein	Nein	Ja
Thüringen	Ja (nachrangig)	Ja

Beiträge GKV

Beiträge von Pflichtversicherten

Beschäftigte (Arbeitnehmer)

Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt:
- das Arbeitsentgelt
- der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)
- der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge

Vorruhestandsgeld wird als Arbeitsentgelt behandelt. Zu Versorgungsbezügen zählen vor allem betriebliche Altersversorgungen in Renten- und Kapitalform einschl. der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst, Leistungen eines beruflichen Versorgungswerkes und Renten aus der Alterssicherung der Landwirte.

Beiträge Pflichtversicherter werden direkt vom Arbeitgeber bzw. der Zahlstelle an die Kassen abgeführt.

Waisen

Waisen, die nur aufgrund der Waisenrente versicherungspflichtig sind, bleiben bis zum Erreichen der Altersgrenzen für eine Familienversicherung beitragsfrei.

Beiträge von freiwilligen Mitgliedern

Grundlage der Beitragsberechnung ist § 240 Abs. 2 SGB V, wonach mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen sind, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind.
Dabei ist bei Selbständigen zunächst der zuletzt verfügbare ESt-Bescheid (idR. vom Vorjahr) für die Beitragsbemessung im aktuellen Jahr maßgebend, die damit vorläufig ist (§ 240 Abs. 4a SGB V). Liegt später der endgültige ESt-Bescheid vor, erfolgt die endgültige Beitragsfestsetzung und es kann zu Nachzahlungen oder Erstattungen kommen.
Legt der Selbstständige nicht innerhalb von drei Kalenderjahren den endgültigen Einkommensteuerbescheid vor, wird rückwirkend der Höchstbeitrag festgelegt. Diese gilt für alle Einkunftsarten.

Die Beitragsbelastung bemisst sich bis zur BBG nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; herangezogen werden daher auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitaleinkünfte.

Grundsätzlich setzen sich die beitragspflichtigen Einnahmen nicht nur aus den eigenen Einnahmen, sondern auch aus den Einnahmen des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners zusammen. Dabei werden die Einkunftsarten des Steuerrechts zugrunde gelegt. Diese Summe, also gewissermaßen das Familieneinkommen, wird durch zwei geteilt.

Bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen, die keine oder nur geringe eigene Einkünfte haben, dürfen in gewissen Grenzen auch die höheren Einnahmen des privat krankenversicherten Ehegatten herangezogen werden (i.d.R. bis zu 50%).

Die Einnahmen des Ehegatten werden jedoch um einen Kinderfreibetrag je gemeinsamem, unterhaltsberechtigten Kind vermindert, wenn diese Kinder nicht familienversichert sein können.

Für Selbstständige gilt grundsätzlich die BBG als Bemessungsgrundlage; nur bei Nachweis niedrigerer Einnahmen gelten für sie seit 01.01.2019 als Mindestbemessungsgrundlage 1/3 der Bezugsgröße der Sozialversicherung

Besonderheiten für freiwillig Mitglieder

Freiwillig Versicherte führen ihren Beitrag an die Krankenkassen in der Regel selbst ab. Arbeitnehmer erhalten einen Arbeitgeberzuschuss in Höhe der Hälfte des tatsächlichen Beitrages. Vergleichbares gilt für Rentner.

Bei Existenzgründungszuschuss:
Beitragspflichtig ist auch der Existenzgründungszuschuss für vorher arbeitslose Selbstständige.

Private Renten- und Lebensversicherungen:
können nach aktueller Rechtsprechung mit dem Zahlbetrag berücksichtigt werden.
- Die Ablaufleistungen aus einer Lebensversicherung sind zu 1/12 für 12 Monate beitragspflichtig – jedoch nur der Kapitalertrag
- Die Todesfallleistung aus einer Lebensversicherung ist für den Begünstigten nicht beitragspflichtig – jedoch ggf. Kapitalerträge aus diesem „Vermögen“
- Rückkaufswerte / Kapitalisierungen aus Rentenversicherungen sind zu 1/120 für die Dauer von 10 Jahren beitragspflichtig

Mindestbeitrag
Für freiwillig versicherte Mitglieder (z.B. Berufslose und Studierende nach Beendigung der Versicherungspflicht) gilt als beitragspflichtige Einnahme pro Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung.

Beiträge für selbst GKV-versicherte Kinder

Für die Beitragsberechnung bei Kindern, die selbst Mitglied der GKV sind, gilt grundsätzlich dieselbe Regelung wie bei allen anderen freiwilligen Mitgliedern in der GKV. Es wird die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit herangezogen. Da aber in aller Regel Kinder kein eigenes Einkommen haben, wird ein Mindestbeitrag auf der Basis von einem Drittel der Bezugsgröße der Sozialversicherung erhoben.

Es besteht kein Anspruch auf den Beitragszuschuss über das privat versicherte Elternteil.

Beiträge nicht erwerbstätiger Ehegatten in der GKV

Nichterwerbstätige Ehegatten können in der GKV als freiwillige Mitglieder (zum ermäßigten Beitragssatz der Krankenkassen) ihre Versicherung fortführen, wenn z.B. der verdienende Ehepartner zur PKV wechselt.

Die beitragspflichtigen Einnahmen setzen sich aus den eigenen Einnahmen und den Einnahmen des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners zusammen. Diese Summe, also gewissermaßen das Familieneinkommen, wird durch zwei geteilt.

In der Regel lässt sich damit der Beitrag mit folgender „Faustformel“ bestimmen:

$$\text{Beitrag} = \frac{\text{Familieneinkommen}}{2} \times \text{ermäßigter Beitragssatz}$$

Dabei wird das hälftige Familieneinkommen nur bis zur Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Ausnahme: Verminderung des Familieneinkommens um Kinderfreibeträge

Die Einnahmen des Ehegatten werden jedoch um einen Kinderfreibetrag je gemeinsamem, unterhaltsberechtigten Kind vermindert, wenn diese Kinder nur wegen der Regelung des § 10 Abs. 3 SGB V nicht familienversichert sein können, d.h., wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist (bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt).

Der genannte Kinderfreibetrag beträgt ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung nach § 18 Abs. 1 SGB IV je gemeinsamen, unterhaltsberechtigten Kind. Das sind (Stand 01.01.2025):
3.745,00 Euro : 3 = 1.248,33 Euro

Nach den vereinheitlichten, gemeinsamen Verfahrensgrundsätzen der GKV für Selbstzahler ab 01.01.2009 gilt die Handhabe, dass auch für familienversicherte Kinder nunmehr ein Freibetrag abgezogen werden kann, der 1/5 der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung beträgt, mithin gilt (Stand: 01.01.2025):
3.745,00 Euro : 5 = 749,00 Euro

Beiträge PKV

Die Beiträge sind in der privaten Krankenversicherung so kalkuliert, dass für den Versicherten bei unveränderten Berechnungsgrundlagen - gleichbleibenden Kosten im Gesundheitswesen, unveränderter durchschnittlicher Lebenserwartung etc. - der entsprechend seinem Eintrittsalter zu entrichtende Tarifbeitrag während der gesamten Vertragsdauer gleichbleibt. Grundsätzlich gilt deshalb, dass allein aufgrund des Älterwerdens der versicherten Personen keine Beitragserhöhung erfolgt. Bleibt der Versicherungsschutz unverändert, so ändert sich auch der Beitrag nicht.

Beiträge und Alter

Das mit zunehmendem Alter wachsende Krankheits- bzw. Kostenrisiko ist in dieser Kalkulation berücksichtigt. Vom Versicherungsbeginn an wird in den Tarifbeitrag ein über die reine Risikoabdeckung hinausgehender "Sparanteil" eingerechnet, der in der sogenannten "Alterungsrückstellung" gesammelt wird; die hierin gebildeten Mittel werden dann im Alter, wenn die kalkulierten Krankheitskosten die Beiträge übersteigen, zur Finanzierung der Mehrkosten verwendet.

Für die Gestaltung der Beitragshöhe bedeutet dies folgendes: Je geringer das Eintrittsalter des Versicherten ist, umso länger kann für die Altersphase angespart werden und umso geringer kann daher der "Sparanteil" und damit die monatliche Beitragsrate ausfallen. Je älter der Versicherte bei Versicherungsbeginn ist, desto weniger besteht noch eine Ansparmöglichkeit; um auch hier den vollen Versicherungsschutz im Alter gewährleisten zu können, muss der zu zahlende Beitrag daher von Anfang an entsprechend höher bemessen sein.

Beitragsanpassungen und Alter

Vor allem die Verteuerungen im Gesundheitswesen („medizinische Inflation“) und steigende Lebenserwartung machen es jedoch erforderlich, dass diese Kalkulation immer wieder den neuen Verhältnissen angepasst wird. Denn der durch die Kostensteigerung verursachte "Mehr-Wert" der Leistungszusage kann nur durch entsprechende "Mehr-Beiträge" aufgebracht werden, um auch in Zukunft die Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge sicherzustellen.

In welchem Maß der einzelne Versicherte zusätzliche Beiträge zur Abdeckung dieses "Mehr-Wertes" aufzubringen hat, bestimmt sich wiederum nach dem oben beschriebenen Kalkulationsmodell.

Maßgeblich für die Berechnung der Erhöhungsbeiträge ist hierbei nicht das Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn, sondern das im Zeitpunkt der Anpassung erreichte Alter.

Die steigenden Heilbehandlungskosten usw. führen naturgemäß zu höheren Leistungen, anders ausgedrückt zu einem höheren Versicherungsschutz. Für diesen zusätzlichen Versicherungsschutz, d.h. für die Differenz aus neuem und altem Versicherungsschutz gilt das jetzt erreichte Alter der versicherten Person, während für den bisherigen Versicherungsschutz nach wie vor das ursprüngliche Eintrittsalter maßgebend ist. Das führt letztendlich dazu, dass gerade ältere Versicherte durch die Beitragserhöhung weitaus stärker betroffen sind als jüngere, denn für sie besteht wegen der geringeren verbleibenden Vertragsdauer keine Möglichkeit mehr, die erforderliche, dem "Mehr-Wert" entsprechende Alterungsrückstellung über viele Jahre verteilt aufzubauen.

Selbst, wenn für das Neugeschäft der Prozentsatz der Erhöhung für alle Eintrittsalter gleich ist, hat der bereits Versicherte dem gegenüber immer einen höheren Steigerungssatz, weil sein bisheriger Beitrag niedriger ist.

Maßnahmen zur Entlastung älterer Versicherter

Um diesem nachteiligen Effekt entgegenzuwirken, wurde es daher erforderlich, zusätzliche Maßnahmen zur Entlastung älterer Versicherter zu ergreifen.

1. Direktgutschrift/Beitragsreduzierung im Alter

Eine Beitragsentlastung ab dem 65. Lebensjahr resultiert aus Vorschriften im Versicherungsaufsichtsgesetz (vgl. insbesondere § 150 VAG) über die Verwendung der Überzinsen. Die Unternehmen sind nach dem VAG ab 01.01.2000 dazu verpflichtet, 90% der Kapitalerträge aus der Alterungsrückstellung, die über den rechnungsmäßigen Zins hinaus anfallen, direkt der Beitragsentlastung ihrer Versicherten zuzuführen.

2. Gesetzlicher Beitragszuschlag zur Beitragssicherung im Alter

Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurde zum 01.01.2000 der gesetzliche Beitragszuschlag (GBZ) zur Beitragssicherung im Alter eingeführt. Rechtsgrundlage ist § 149 VAG (Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung)
Die Gelder aus dem GBZ werden an den Kapitalmärkten durch die Versicherer verzinslich angelegt. Sie bilden zusätzliche Alterungsrückstellungen und werden ausschließlich zur Begrenzung der Beiträge im Alter verwendet. Ab Ende des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet worden ist, dienen sie somit ebenfalls zur Stabilisierung der Beiträge.

Beitragsvorauszahlungen und ihre steuerlichen Auswirkungen

Durch das Bürgerentlastungsgesetz ist seit 01.01.2010 geregelt, dass die Beiträge für die Basiskranken- und Pflegeversicherung in unbegrenzter Höhe als Vorsorgeaufwendungen abziehbar sind. Zudem ist es gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG möglich, dass Beiträge für künftige Jahre im Zahlungsjahr abziehbar sind. Bis Ende 2019 galt dies bis zum 2,5fachen des Jahresbeitrages, ab 01.01.2020 gilt dies bis zum 3fachen des Jahresbeitrages (Änderung durch Jahressteuergesetz 2019).

1. Grundsätzliches

Sonderausgabenabzug für Vorsorgeaufwendungen
Die Absetzbarkeit der Basis-KV- und PV-Beiträge ist im Zusammenhang mit dem steuerlichen Sonderausgabenabzug für Vorsorgeaufwendungen zu sehen. Als Vorsorgeaufwendungen gelten z.B. Beiträge für Arbeitslosen-, Unfall-, Haftpflicht- und bestimmte Lebensversicherungen.
Steuerzahler, die ihre KV- und PV- Beiträge allein bezahlen, können grundsätzlich Vorsorgeaufwendungen bis zu 2.800 Euro als sonstige Sonderausgaben vom steuerpflichtigen Einkommen abziehen. Wer dagegen einen steuerfreien Zuschuss zur Krankenversicherung erhält (Beihilfeberechtigte, Arbeitnehmer), kann nur 1.900 EUR der Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abziehen. Für Ehepaare verdoppeln sich die Werte auf 5.600 Euro bzw. 3.800 Euro.
Diese Höchstbetragsabzugsgrenzen gelten jedoch nicht für Beiträge zur Basis-KV und PV. Wird dafür mehr als der jeweils geltende Höchstbetrag gezahlt, können die tatsächlichen Ausgaben über die Höchstbeträge hinaus vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden.
Wenn also die Zahlungen für die Basis-KV und PV bereits über den Höchstbeträgen liegen, können die sonstigen Vorsorgeaufwendungen nicht mehr vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden und bleiben damit steuerlich unberücksichtigt.

Größere Steuerersparnis durch Beitragsvorauszahlungen zur Basis-KV und PV
Wenn die Beiträge für die Basis-KV und PV im Voraus bezahlt werden, können zuzüglich zum aktuellen Jahresbeitrag seit 01.01.2020 bis zu drei Jahresbeiträge schon für das aktuelle Beitragsjahr vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden. In den nachfolgenden Jahren, für die im Voraus bezahlt worden ist, fallen dann keine Beiträge zur Basis-KV und PV an. Somit steht in diesen Jahren das Volumen

des Abzugs vom steuerpflichtigen Einkommen bis zu den genannten Höchstgrenzen zur Verfügung, um andere Vorsorgeaufwendungen vom steuerpflichtigen Einkommen abzuziehen.

2. Vereinfachtes Beispiel

Selbständiger, nicht verheiratete
Höchstbetrag für sonstige Vorsorgeaufwendungen ist demnach 2.800 Euro
Jahresbeitrag für PPV und private Basisabsicherung im Rahmen der privaten KKV sei 4.800 Euro
Jahresbeitrag für sonstige Vorsorgeaufwendungen (gesetzliche Rentenversicherung etc.) sei 3.000 Euro

(1) Ohne Vorauszahlung der Beiträge zur privaten KKV und PPV:
Da die jährlichen Beiträge zur Basis-KV und PV in Höhe von 4.800 Euro den Höchstbetrag von 2.800 Euro übersteigen, werden als Vorsorgeaufwendungen die Beiträge zur Basis-KV und PV jedes Jahr vollumfänglich vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen, von den Beiträgen für sonstige Vorsorgeaufwendungen aber nichts.

(2) Mit Vorauszahlung der Beiträge zur privaten KKV und PPV:
Im Jahr 2021 werden die Jahresbeiträge für das Jahr 2021 und im Voraus für die Jahre 2022, 2023 und 2024 gezahlt. Dadurch werden in 2021 vier Jahresbeiträge, insgesamt also 19.200 vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen. Da folglich in den Jahren 2022, 2023 und 2024 keine Beiträge zur privaten KKV und PPV gezahlt werden, können in diesen Jahren Beiträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen bis zur Höchstgrenze von 2.800 Euro vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden, insgesamt 8.400 Euro.

	(1) ohne Vorauszahlung	(2) mit Vorauszahlung
Vorsorgeaufwendungen 2021	4.800 Euro	19.200 Euro
Steuerersparnis 2021 *	1.680 Euro	6.720 Euro
Vorsorgeaufwendungen 2022	4.800 Euro	2.800 Euro
Steuerersparnis 2022 *	1.680 Euro	980 Euro
Vorsorgeaufwendungen 2023	4.800 Euro	2.800 Euro
Steuerersparnis 2023 *	1.680 Euro	980 Euro
Vorsorgeaufwendungen 2024	4.800 Euro	2.800 Euro
Steuerersparnis 2024 *	1.680 Euro	980 Euro
Steuerersparnis insgesamt:	**6.720 Euro**	**9.660 Euro**

* Hierbei wird ein Grenzsteuersatz von 35% angenommen.
Da der Abzug der sonstigen Vorsorgeaufwendungen vom steuerpflichtigen Einkommen bei (2) im Jahr 2021 deutlich höher ausfällt, als in allen anderen Fällen, könnte der Grenzsteuersatz auf Grund des progressiven Einkommensteuertarifs in 2021 niedriger liegen, in 2022, 2023, 2024 dagegen geringfügig höher.

In diesem vereinfachten Beispiel steigt die Steuerersparnis durch die Vorauszahlung der Beiträge zur Basis-KV und PPV für 3 Jahre um 2.940 Euro.

3. Entscheidungshilfe

Vorauszahlungen der laufenden Beiträge zu leisten empfiehlt sich besonders dann,
- wenn bei privat krankenversicherten Beamten oder Selbständigen auf Grund der Höhe der Beiträge zur Basis-KKV und PPV die sonstigen Vorsorgeaufwendungen nur in geringem Umfang als Sonderausgaben vom steuerpflichtigen Einkommen abgezogen werden können, oder
- wenn der Grenzsteuersatz im Jahr der Vorauszahlung (z.B. wegen einer Abfindung) voraussichtlich sehr hoch sein wird.

Vorauszahlungen der laufenden Beiträge sind weniger bzw. nicht sinnvoll,
- wenn man als Angestellter gesetzlich krankenversichert ist, da der Arbeitgeber die Beiträge monatlich abführen muss,
- wenn ein Ehepartner privat und der andere gesetzlich krankenversichert ist,
- wenn bei Rentnern und Pensionären die alte Berechnungsmethode der Höchstbeträge günstiger ist.

4. Voraussetzung zur steuerlichen Anerkennung der Vorauszahlungen

Vorauszahlungen regelmäßig wiederkehrender Zahlungen für nachfolgende Jahre, zu denen auch die Beiträge der Basis-KV und PV gehören, müssen vor dem 22.12. des aktuellen Jahres geleistet werden, d.h. sie müssen bis zum 21.12. des Jahres beim Versicherer angekommen sein, damit das Finanzamt diese bei der Ermittlung der für das aktuelle Jahr zu berücksichtigenden Vorsorgeaufwendungen anerkennt (Sondervorschrift des § 11 Abs. 2 Satz 2 iVm. Abs. 1 Satz 2 EStG).

5. Hinweis

Da die genaue Höhe des Sonderausgabenabzugs von verschiedenen Einflussgrößen abhängt, z.B.
- Höchstbeträge für Ehegatten,
- Günstigerprüfung des Finanzamtes,
- Höhe des Grenzsteuersatzes etc.

und weil die Berechnung der abzugsfähigen Beträge sehr kompliziert ist, sollte zur Entscheidungsfindung über eine Vorauszahlung der Beiträge zur Basis-KV und PPV unbedingt ein Steuerberater hinzugezogen werden.

Beitragsanpassung (PKV)

Gesetzliche und private Krankenversicherung stehen gleichermaßen vor der Aufgabe, die Leistungen für die Versicherten mittels der Beiträge zu finanzieren. Wenn die Kosten im Gesundheitswesen steigen, führt das zwangsläufig zu Beitragserhöhungen.

Gründe für Beitragserhöhungen

Im Einzelnen lassen sich folgende Gründe für Beitragserhöhungen von Krankenversicherungen benennen:
- medizinischer Fortschritt
- inflationäre Kostensteigerungen im Gesundheitswesen
- steigende Lebenserwartung
- übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen (z.B. "Vorratsmentalität" bei Medikamenten)
- verändertes Stornoverhalten
- geringerer Zinsertrag

Beitragsanpassung in der PKV

Der Versicherer muss daher mindestens einmal jährlich die kalkulierten mit den tatsächlich erforderlichen Versicherungsleistungen vergleichen. Dieser Vergleich ist der Aufsichtsbehörde und dem Treuhänder vorzulegen (§ 155 VAG – Prämienänderungen)

Stellt sich dabei heraus, dass bei dieser Gegenüberstellung die tatsächlichen Werte von den kalkulierten um mehr als 10 % abweichen, werden alle Tarifbeiträge vom Versicherer überprüft und müssen - mit Zustimmung des Treuhänders – angepasst werden. Es können die Tarifbeiträge und/oder Selbstbeteiligungen entsprechend angepasst werden.
Ergibt sich eine Abweichung von lediglich 5% bis 10%, kann eine entsprechende Anpassung nach Zustimmung des Treuhänders durchgeführt werden, bei größeren Abweichungen muss i.d.R. eine Anpassung erfolgen.
Von einer Anpassung kann abgesehen werden, wenn der Treuhänder und der Versicherer der Meinung sind, dass die Veränderung nur als vorübergehend anzusehen ist.

Bei der Krankheitskosten- und der Krankenhaustagegeld-Versicherung wird im Zuge einer Beitragsanpassung auch ein für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderlicher Zuschlag überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Durch die Verwendung von Rückstellungen können die Mehrbeiträge einer erforderlichen Beitragsanpassung für Bestandskunden limitiert werden.

Die neuen Beiträge bzw. Selbstbeteiligungen gelten jeweils mit Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, oder ab dem Zeitpunkt, den der Treuhänder festgelegt hat.
Passt ein PKV-Unternehmen die Beiträge der Kostenentwicklung an, werden die Versicherten unmittelbar benachrichtigt und über ihren neuen Beitrag informiert.

Beitragsbemessungsgrenze (BBG)

Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der Krankenversicherung ist der Betrag des Bruttojahreseinkommens, bis zu den Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erhoben werden. Die BBG wird jährlich vom Arbeitsministerium (in Abhängigkeit von der allgemeinen Lohnentwicklung) festgesetzt.

Die BBG in der gesetzlichen Krankenversicherung weicht seit dem 01.01.2003 von der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze ab. Dieser Wert ist auch Grundlage für die Berechnung des maximalen Krankengeldes der GKV und des max. Arbeitgeberzuschusses.

Die Entwicklung der BBG seit 1970 finden Sie: hier.
Aktuelles zu den Sozialversicherungswerten sehen Sie hier
Eine Tabelle mit den aktuellen Sozialversicherungswerten befindet sich hier

Beitragssatz in der GKV

Die wichtigsten Beitragssätze in der GKV sind:

- **Allgemeiner Beitragssatz:**
  Bundeseinheitlich festgelegt für
  Arbeitnehmer mit Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 6 Wochen und
  für Rentner hinsichtlich der Renten- und Versorgungsbezüge (hier kein Anspruch auf Krankengeld).
  Hinzu kommt ggf. der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz,
  der seit 01.01.2019 je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Rentner und Rentenversicherungsträger getragen wird.

- **Ermäßigter Beitragssatz:**
  Gilt für GKV-Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld.
  Auch hier muss der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz hinzu gerechnet werden.

- **Beitragssatz der Studierenden und Praktikanten**
  Der Beitragssatz für pflichtversicherte Studierende und Praktikanten beträgt 70 % des allgemeinen Beitragssatzes.

Belastungsgrenze

Bis zur Belastungsgrenze von zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (alle Einkunftsarten, jeweils minus Werbungskosten) müssen die GKV-Versicherten sämtliche Zuzahlungen selber tragen. Bei chronisch Kranken ist eine Reduzierung auf ein Prozent möglich, wenn sie sich regelmäßig Früherkennungsmaßnahmen unterziehen.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Berufsunfähigkeit

Eine Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in der Ausübung des bisher ausgeübten Berufs in Folge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall dauerhaft beeinträchtigt ist. Die Person muss nach medizinischem Befund auf absehbare Zeit mehr als 50% berufsunfähig sein.

Der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Bezug einer Altersrente ist unverzüglich anzuzeigen. Erfährt der Versicherer hiervon erst verspätet, hat er zwar dem Versicherten die nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses gezahlten Beiträge zurückzuzahlen, der Versicherte muss aber seinerseits den nach diesem Zeitpunkt angefallenen Schaden dem Versicherer erstatten.

Ein Krankentagegeldanspruch endet zum Schluss des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wird aus einer Arbeitsunfähigkeit eine dauerhafte Berufsunfähigkeit, so endet der Krankentagegeldanspruch nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer Leistungen für die Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Bezugsgröße der Sozialversicherung

Die Bezugsgröße der Sozialversicherung nach § 18 SGB IV ist u.a. die Berechnungs- und Entscheidungsgrundlage für

- den Anspruch auf Familienversicherung,
- die Berechnung des Mindestbeitrages für freiwillige Mitglieder der GKV,
- die Befreiung von Zuzahlungen bei Arzneimitteln etc.

Sie ergibt sich aus dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt aller Versicherten der Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr (Stand jeweils aktuell - ab 2011).

Bezugsgröße der Sozialversicherung	**West**		**Ost**	
Stand:	**jährlich**	**monatlich**	**jährlich**	**monatlich**
2025	44.940,00 Euro	3745,00 Euro	**Ist entfallen**	**Ist entfallen**
2024	42.420,00 Euro	3535,00 Euro	41.580,00 Euro	3.465,00 Euro
2023	40.740,00 Euro	3.395,00 Euro	39.480,00 Euro	3.290,00 Euro
2022	39.480,00 Euro	3.290,00 Euro	37.800,00 Euro	3.150,00 Euro
2021	39,480,00 Euro	3.290,00 Euro	37.380,00 Euro	3.115,00 Euro
2020	38.220,00 Euro	3.185,00 Euro	36.120,00 Euro	3.010,00 Euro
2019	37.380,00 Euro	3.115,00 Euro	34.440,00 Euro	2.870,00 Euro
2018	36.540,00 Euro	3.045,00 Euro	32.340,00 Euro	2.695,00 Euro
2017	35.700,00 Euro	2.975,00 Euro	31.920,00 Euro	2.660,00 Euro
2016	34.860,00 Euro	2.905,00 Euro	30.240,00 Euro	2.520,00 Euro
2015	34.020,00 Euro	2.835,00 Euro	28.980,00 Euro	2.415,00 Euro
2014	33.180,00 Euro	2.765,00 Euro	28.140,00 Euro	2.345,00 Euro
2013	32.340,00 Euro	2.695,00 Euro	27.300,00 Euro	2.275,00 Euro
2012	31.500,00 Euro	2.625,00 Euro	26.880,00 Euro	2.240,00 Euro
2011	30.660,00 Euro	2.555,00 Euro	26.040,00 Euro	2.170,00 Euro

Seit 2001 gilt in den neuen Bundesländern für die Belange der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die Bezugsgröße West.
Seit 2025 ist aus der Bezugsgröße West die (einheitliche) Bezugsgröße geworden, die nun auch in den neuen Bundesländern gilt.

Bindefrist GKV

Grundsätzliche Bindefrist
Die grundsätzliche Bindefrist nach Eintritt in eine (neue) Krankenkasse beträgt 12 Monate. Frühestens zum Ablauf dieser Bindefrist kann die Kasse gewechselt werden.

Bindefrist bei GKV-Wahltarifen
Hat sich ein GKV-Versicherter für einen Wahltarif seiner Krankenkasse entschieden, so ist er mit einer Bindefrist von einem Jahr (bei Wahltarifen für Beitragsrückerstattung; besondere Versorgungsformen; Kostenerstattung) bzw. drei Jahren (bei Wahltarifen für Krankengeld) an die Krankenkasse gebunden.

Hinweis: Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzanhebungen
Bei einer Beitragssatzanhebung hat man ein Sonderkündigungsrecht. Die Kündigung muss zum Ende des Monats, in dem die Erhöhung wirksam wird, oder zum Ende des drauf folgenden Monats erfolgen. Dieses Sonderkündigungsrecht hat man auch, wenn man sich nach Kassenwechsel noch in der 12-monatigen Bindungsfrist (Stand seit 01.01.2021) an die Kasse befindet oder wenn man noch durch Bindungsfrist an die bisherige Krankenkasse gebunden wäre, außer wenn man durch einen Wahltarif Krankengeld der dreijährigen Bindungsfrist unterliegt.
Die Kündigung wird nur wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Die Frist beträgt 2 Monate.
Beispiel:

Beitragssatzerhöhung ab dem	01.01.2021
Kündigungsfrist	01.01.-31.01.2021
Ende der Mitgliedschaft am	31.03.2021
Beginn bei anderer Krankenkasse oder PKV zum	01.04.2021

Besonderheit bei Wechsel in die PKV
Kündigt ein freiwillig GKV-Versicherter seine GKV-Mitgliedschaft mit dem Ziel des Wechsels in die PKV, gilt die grundsätzliche Bindefrist nicht. Die Bindefristen bei Wahltarifen sind jedoch einzuhalten.

Bürgerentlastungsgesetz

Mit dem „Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen“ wurde eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 13.02.2008 fristgerecht und verfassungskonform zum 01.01.2010 umgesetzt.
Demnach sind Aufwendungen zur Krankenversicherung seit dem 01.01.2010 in deutlich höherem Maße steuerlich absetzbar als bisher.

Wer wird entlastet?

Steuerlich berücksichtigt werden dabei die Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge von
- Steuerpflichtigen selbst,
- deren Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner,
- deren Kinder, für die Anspruch auf Freibetrag oder auf Kindergeld besteht, sowie von
- gesetzlich unterhaltsberechtigten Personen.

Es sind sowohl die Beiträge von gesetzlich als auch von privat Versicherten nach den gleichen Grundsätzen absetzbar.

1. Sonderausgaben

Man unterscheidet:

- Allgemeine Sonderausgaben,
  hierzu gehören z.B. Kirchensteuer, Zuwendungen für steuerbegünstigte Zwecke (Spenden) etc.
- Vorsorgeaufwendungen
  hierzu gehören Altersvorsorgeaufwendungen und sonstige Vorsorgeaufwendungen
- Sonstige Sonderausgaben
  hierzu gehören Aufwendungen für die Wiederherstellung oder Sanierung von zu eigenen Wohnzwecken genutzten Baudenkmalen und Gebäuden in einem Sanierungsgebiet (§ 10f EStG) sowie an schutzwürdigen Kulturgütern (§ 10g EStG).

2. Absetzbare KV- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge

Während im Rahmen der bisherigen, bis zum 31.12.2009 geltenden Regelung die Versicherungsbeiträge zu GKV, PKV, Pflegepflicht-, Arbeitslosen-, Unfall-, Haftpflicht-, Berufsunfähigkeit- und Risikolebensversicherungen insgesamt nur bis zu den unten genannten Höchstbeträgen absetzbar waren können GKV-, KV-Voll- und Pflegepflichtversicherungs-Beiträge ab 2010 in vollem Umfang – also auch über die Höchstbeträge hinaus - steuerlich geltend gemacht werden.

Beiträge zur **Krankheitskostenvollversicherung** sind grundsätzlich insoweit absetzbar, wie sie einem so genannten Basisschutz zugeordnet werden können (vergleichbar den GKV-Leistungen, Beitragsentlastungstarife gehören aber dazu, siehe BMF-Rundschreiben 13.9.2010, Ziff. 70, S. 25). Für die meisten Vollversicherungstarife bedeutet das, dass deren Beiträge nicht zu 100% absetzbar sind. Die Beiträge für die restlichen sog. „Mehrleistungen“ (z.B. Zweibettzimmer, Chefarzt, Krankenhaustagegeld) können nur geltend gemacht werden, wenn die Höchstbeträge durch die Kranken- und Pflegepflichtbeiträge noch nicht ausgeschöpft sind.

Beiträge zur **Pflegepflichtversicherung** sind immer zu 100% absetzbar.

Der GBZ fließt anteilsmäßig in die steuerliche Begünstigung mit ein. Er wird gewertet, soweit er nicht auf die „Mehrleistungen“ entfällt.

3. Neue abzugsfähige Höchstbeträge der sonstigen Vorsorgeaufwendungen

Status	Höchstbetrag alt	Höchstbetrag ab 2010
Nicht selbstständig, ledig	1.500 Euro	1.900 Euro
Nicht selbstständig, verheiratet	3.000 Euro	3.800 Euro
Selbstständig, ledig	2.400 Euro	2.800 Euro
Selbstständig, verheiratet	4.800 Euro	5.600 Euro

Die tatsächlichen Beiträge zu PKV, GKV und Pflegepflicht sind auch über die Höchstbeträge steuerlich absetzbar.

Ermittlung des abzugsfähigen Beitragsanteils

Die Aufteilung der PKV-Prämien in steuerlich begünstigten Basisschutz und nicht begünstigte Mehrleistungen erfolgt tarifbezogen anhand von brancheneinheitlich definierten, prozentualen Abschlägen. Das Verfahren ist in der „Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung“ (KVBEVO) geregelt.

1. Kürzung der berücksichtigungsfähigen Beiträge

Von den im Rahmen der oben beschriebenen Kürzungsvorschriften ermittelten abzugsfähigen KV- und PV-Beiträgen werden abgezogen:

- Bei Arbeitnehmern:
  Arbeitgeberzuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe.

- Bei Arbeitnehmern und Selbstständigen:
  Beitragsrückerstattungen im Auszahlungsjahr. Der zu berücksichtigende Betrag wird nach den gleichen Berechnungsvorschriften ermittelt wie der Beitrag selbst.

2. Tarife, die über die Höchstbeträge hinaus voll steuerlich abzugsfähig sind

Die Beiträge zu allen Tarifen, die ausschließlich Leistungen versichern, die dem Basisschutz entsprechen, sind komplett abzugsfähig.
Beispiel: PVN

3. Tarife, die über die Höchstbeträge hinaus teilweise steuerlich abzugsfähig sind

Umfasst das Leistungsversprechen eines PKV-Tarifes sowohl Leistungen des Basisschutzes, als auch darüberhinausgehende Leistungen, so werden die Beiträge dieser PKV-Tarife in einen abziehbaren und in einen nicht abziehbaren Teil aufgeteilt.
Beispiel: Tarif BM, BMK0-3

4. Tarife, die über die Höchstbeträge hinaus nicht steuerlich abzugsfähig sind

Zur Gänze nicht abzugsfähig sind Beiträge zu Tarifen, die ausschließlich Krankentagegeld bzw. Leistungen umfassen, die über den Basisschutz hinausgehen.
Beispiele: KTAG, KTC, KTN2, KKHT, KGZ1, KGZ2, UZ1, UZ2
Diese Tarife können nur steuerlich geltend gemacht werden, wenn die o.g. Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen noch nicht voll ausgeschöpft sind.

Errechnung des Steuervorteils

Zur Ermittlung des Steuervorteils ab 2010 ist eine Gegenüberstellung mit den Abzugsmöglichkeiten bis zum 31.12.2009 erforderlich. Die Differenz, multipliziert mit dem individuellen Steuersatz, ergibt den Steuervorteil.

Die Höhe des Vorteils hängt in starkem Maße davon ab,
- ob es sich um Selbstständige oder Arbeitnehmer handelt,
- ob es sich um Ledige oder Verheiratete handelt,
- wie viele Personen versichert sind,
- ob Versicherte einen hohen oder einen niedrigen KV-Beitrag zu zahlen haben

1. Beispiel: Arbeitnehmer, alleinstehend

KV- und Pflegepflichtversicherungs**beitrag** (incl. anteiliger GBZ): **2.300.00 Euro** (nach Abzug AG-Zuschuss)

	2009	**2010**	**Unterschied**
Höchstgrenze des Sonderausgabenabzuges für sonstige Vorsorgeaufwendungen	1.500,00 Euro	1.900,00 Euro	+ 400,00 Euro
abzugsfähiger KV-Beitrag	1.500,00 Euro*	2.300,00 Euro**	+ 800,00 Euro
Steuervorteil	1.500,00 Euro x indiv. Steuersatz (angenommen) 30 % = 450,00 Euro	2.300,00 Euro x indiv. Steuersatz (angenommen) 30 % = 690,00 Euro	**+ 240,00 Euro** (= 20,00 Euro mtl.)

* Obergrenze für Haftpflicht, KV, PV etc.
** KV-/PV-Beiträge auch über Höchstgrenze absetzbar

2. Beispiel: Alleinstehend, selbstständiger Unternehmer

KV- und Pflegepflichtversicherungs**beitrag** (incl. anteiliger GBZ): **4.600,00 Euro**

	2009	**2010**	**Unterschied**
Höchstgrenze des Sonderausgabenabzuges für sonstige Vorsorgeaufwendungen	2.400,00 Euro	2.800,00 Euro	+ 400,00 Euro
abzugsfähiger KV-Beitrag	2.400,00 Euro*	4.600,00 Euro**	2.200,00 Euro
Steuervorteil	2.400,00 Euro x indiv. Steuersatz (angenommen) 30 % = 720,00 Euro	4.600,00 Euro x indiv. Steuersatz (angenommen) 30 % = 1380,00 Euro	**+ 660,00 Euro** (= 55,00 Euro mtl.)

* Obergrenze für Haftpflicht, KV-/ PV etc.
** KV-/PV-Beiträge auch über Höchstgrenze absetzbar

Fazit

Durch die Aufhebung einer Obergrenze für abzugsfähige Beiträge profitieren insbesondere Personen mit hohen KV-Beiträgen (z.B. privat versicherte Familien oder Versicherte mit hochwertigem Versicherungsschutz) besonders stark von der Neuregelung.

Den geringsten Nutzen haben dagegen Versicherte, deren Beitrag die neuen Höchstbeträge für die sonstigen Vorsorgeaufwendungen nicht übersteigen.

Selbstständige wiederum profitieren stärker als Arbeitnehmer, da bei diesen der Arbeitgeberzuschuss berücksichtigt werden muss.

Zudem ist zu beachten, dass in einigen Fällen die Vorteile des Bürgerentlastungsgesetzes erst später zum Tragen kommen. Denn zum Jahre 2005 wurde der Vorsorgeabzug neu geregelt, und zwar im Zusammenhang mit der Umstellung der Rentenbesteuerung auf nachgelagerte Besteuerung.
Um zu vermeiden, dass dadurch einige Steuerpflichtige schlechter gestellt werden, wird der Übergang gleitend gestaltet. Bis 2019 wird zudem durch eine automatisch von den Finanzämtern durchgeführte Günstigerprüfung sichergestellt, dass nach alter Regelung veranlagt wird, wenn dies für die betroffenen Steuerpflichtigen günstiger ist.

Es ist daher nicht möglich, eine generelle Aussage über die Höhe des Steuervorteils zu machen, da in jedem Fall die individuelle Situation (Steuersatz, Höhe des KV-Beitrags, ggf. Günstigerprüfung) des Versicherungsnehmers berücksichtigt werden muss.

Mögliche Minderung des Steuervorteils

Ein Wechsel von der GKV in die PKV führt häufig zu einer Beitragsentlastung. Wer einen hohen Beitrag oder sogar den Höchstbeitrag in der GKV zahlt, kann häufig auf den ersten Blick durch Wechsel in einen günstigen PKV-Tarif eine Beitragsersparnis erzielen.
Im Wechselspiel mit den Regelungen des Bürgerentlastungsgesetzes können sich jedoch zwei Nebenwirkungen ergeben, die diesen positiven Effekt mindern können:

1. Mögliche Effekte

1. möglicher Effekt:
Keine Steuerentlastung für den eingesparten Beitragsanteil
Durch die Beitragseinsparung beim Wechsel in einen kostengünstigeren PKV-Tarif steigt das verfügbare Einkommen. Der Differenzbetrag zwischen dem Beitrag zur gesetzlichen Versicherung und dem Beitragsanteil zur Privaten Krankenversicherung, der auf die Basisabsicherung entfällt steht nicht mehr für eine Steuerentlastung zur Verfügung und kann nicht vom zu versteuernden Einkommen abgesetzt werden.
Mithin steht ein Teil der Beitragsersparnis nicht zur Verfügung, und zwar in dem Umfang, in dem die Beitragsersparnis nicht mehr die Bemessungsgrundlage für Einkommensteuer mindert.
Effekt 1: Weniger Beitrag führt zu mehr Steuern.

2. möglicher Effekt:
Keine Steuerentlastung für den Beitragsanteil für Leistungen über den Basisschutz hinaus.
Für einen weiteren Effekt ist die Leistungsstärke des gewählten PKV-Versicherungsschutzes ausschlaggebend.
Das Leistungsspektrum der GKV wird –abgesehen vom Krankengeld- vom Gesetzgeber als Basiskrankenversicherungsschutz angesehen. Darum sind die GKV-Beiträge ohne die mit 4% bewertete Krankengeld-Komponente voll steuerlich absetzbar, also zu 96% bei allgemeinem Beitragssatz (bzw. zu 100% bei ermäßigtem Beitragssatz).
Wird beim Wechsel in die PKV ein leistungsstärkerer Versicherungsschutz gewählt, als ihn die GKV bietet, sinkt der Prozentsatz, zu dem der Krankenversicherungsbeitrag vom zu versteuernden Einkommen abge-

setzt werden kann. Dies sind z.B. die Beitragsanteile, die auf Ein-/Zweibettzimmerunterbringung, Chefarztbehandlung etc. entfallen. Auch dieser Effekt mindert die Einsparungen, die sich auf den ersten Blick durch den Wechsel in die PKV ergeben.
Effekt 2: Je hochwertiger der PKV-Schutz, desto geringer die Absetzbarkeit des Beitrags.

2. Vereinfachte, fiktive Beispiele zur Verdeutlichung der Effekte:

Beide Effekte zusammen können dazu führen, dass die Beitragsersparnis durch den Wechsel in die PKV ***kompensiert oder sogar überkompensiert*** wird, d.h., dass ein Wechsel von GKV in PKV unterm Strich zur finanziellen Mehrbelastung führen kann. Dazu ein fiktives Beispiel:

Basisdaten:
- 46 Jahre alt,
- Fall 1: selbstständig, mit Krankengeld
  Fall 2: *angestellt, verdient über JAEG*,
- freiwillig GKV versichert, Höchstbeitrag (einschließlich durchschnittlicher GKV Zusatzbeitragssatz)
- ESt-Satz 30% (vereinfachte Darstellung der Steuerberechnung!)

Wie verändert sich das verfügbare Einkommen beim Wechsel in die PKV mit Tarif BMK0? (Stand: 01.04.2025)

Fall 1: Selbstständiger, 45 Jahre alt

Auf den ersten Blick (jeweils in Euro)

GKV-Beitrag mtl. (Höchstbeitrag einschl. durchschnittl. Zusatzbeitrag)	= **942,64**
Beitrag BMK0 mtl. 852,93 + GBZ mtl. 85,29	= **938,22**

Auf den ersten Blick beträgt die Ersparnis gegenüber der GKV 4,42 x 12 = 53,04 jährlich (in Euro).

Unter Berücksichtigung der Steuereffekte (jeweils in Euro) ergibt sich jedoch ein gegenteiliges Bild:

GKV Beitrag mtl. (Höchstbeitrag) **942,64**		Tarifbeitrag BMK0 852,93 + GBZ von 85,29 = **938,22**	
Davon 96% steuerlich absetzbar: 942,64 x 96% = **904,93**	Davon 4% steuerlich nicht absetzbar: 942,64 x 4% = **37,71**	Davon 82,6% steuerlich absetzbar 938,22 x 82,6% = **774,97**	Davon 17,4% steuerlich nicht absetzbar 938,22 x 17,4%= **163,25**
Darauf werden keine Steuern gezahlt	Versteuert mit 30%: 37,71 x 30%= **11,31**	*Darauf werden keine Steuern gezahlt*	Versteuert mit 30%: 163,25 x 30%= **48,97**
Gesamtbelastung aus Beitrag + Steuern **953,95**		**Gesamtbelastung** aus Beitrag + Steuern: **987,19**	

Statt Ersparnis ergeben sich **Mehrkosten von:** (953,95 – 987,19) x 12 = -33,24 x 12 = **398,88 jährlich**

Fall 2: Arbeitnehmer, 45 Jahre alt

Auf den ersten Blick (jeweils in Euro)

GKV-Beitrag mtl. (Höchstbeitrag – s.o.)	= **942,64**	*– max. AG-Zuschuss **471,32***
Beitrag BMK0 mtl. 852,93+ GBZ mtl. 85,29	= **938,22**	*– AG-Zuschuss 50% PKV-Betr.: 469,11*

Auf den ersten Blick beträgt die Ersparnis gegenüber der GKV 2,21 x 12 = 26,52 jährlich.

Unter Berücksichtigung der Steuereffekte (jeweils in Euro) ergibt sich jedoch ein gegenteiliges Bild:

GKV Beitrag mtl. (Höchstbeitrag) **942,64**		Tarifbeitrag BMK0 852,93 + GBZ von 85,29 = **938,22**	
Davon 96% steuerlich absetzbar: 942,64 x 96% = **904.93** *Abzügl. AG-Zuschuss* ***- 471,32*** ***Absetzbar: 433,61***	Davon 4% steuerlich nicht absetzbar: 942,64 x 4% = **37,71**	Davon 82,6% steuerlich absetzbar 938,22 x 82,6% = **774,97** *Abzügl. AG-Zuschuss* ***- 469,11*** ***Absetzbar: 305,86***	Davon 17,4% steuerlich nicht absetzbar 938,22 x 17,4%= **163,25**
Darauf werden keine Steuern gezahlt	Versteuert mit 30%: 37,71 x 30%= **11,31**	*Darauf werden keine Steuern gezahlt*	Versteuert mit 30%: 163,25 x 30%= **48,97**
Gesamtbelastung aus Beitrag – AG Zuschuss + Steuern: **482,63**		**Gesamtbelastung** aus Beitrag – AG-Zuschuss + Steuern: **518,08**	

Statt einer Ersparnis ergeben sich **Mehrkosten von:** (482,63–518,08) x 12 = 35,45 x 12 = **--425,40 jährlich**

Fazit:
Bei der Beratung von Kunden, die von der GKV in die PKV wechseln wollen, müssen diese Effekte berücksichtigt werden. Die undifferenzierte Darstellung eines zu großen Steuervorteils kann als Beratungsfehler gesehen werden und sorgt zunächst für verärgerte Kunden.
Deshalb sollte die Verbesserung des Versicherungsschutzes durch Wechsel in leistungsstärkere PKV-Tarife als wichtigster Grund für den Wechsel von der GKV zur PKV angeführt werden.

Bundesfreiwilligendienst

Dienstdauer
Die Dienstdauer beträgt in der Regel 12 Monate, in Sonderprojekten zwischen 6 und 24 Monaten; auch eine Stückelung in 3-Monats-Blöcke ist in Sonderfällen möglich.

Sozialversicherung
Die Sozialversicherungen entsprechen denen in den Jugendfreiwilligendiensten, das heißt die Freiwilligen werden wie Arbeitnehmer versichert. Es besteht (unabhängig von der Höhe des gezahlten Taschengeldes) Versicherungspflicht in den gesetzlichen Sozialversicherungen, wobei die Trägerstelle auch die Arbeitnehmeranteile zahlt.
Wenn der Bundesfreiwilligendienst unentgeltlich geleistet wird, also auch nicht durch Sachleistungen abgegolten wird, tritt keine Versicherungspflicht kraft Gesetzes ein. Dann kann man mit einer GKV-Familienversicherung der KV-Versicherungspflicht nachkommen, ist eine solche nicht möglich, kann man in diesen Fällen in der GKV freiwillig versichert bleiben oder aber privat versichert bleiben.

Vorher bestehende private Vollversicherung
Vor Diensteintritt bestehende Versicherungsverhältnisse bei einer privaten Krankenkasse bleiben für die Dauer des Zivildienstes ohne Leistungsansprüche daraus aufrechterhalten, wenn mit dem Versicherungsunternehmen eine entsprechende Anwartschaftsversicherung vereinbart wird. Die Beiträge tragen die Versicherten selbst.

Bundespolizei (ehemals: Bundesgrenzschutz)

Im Sicherheitssystem der Bundesrepublik Deutschland nimmt sie umfangreiche und vielfältige polizeiliche Aufgaben wahr, die im Gesetz über die Bundespolizei, aber auch in zahlreichen anderen Rechtsvorschriften, wie z. B. im Aufenthaltsgesetz, im Asylverfahrensgesetz und im Luftsicherheitsgesetz geregelt sind. Die Bundespolizei untersteht dem Bundesministerium des Innern und beschäftigt rund 40.000 Personen, von denen mehr als 30.000 voll ausgebildete Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamte sind.

Bundeswehr

Soldaten erhalten während ihres aktiven Dienstes unentgeltliche truppenärztliche Versorgung, die sich wie Heilfürsorge gestaltet.
In der Praxis bedeutet das, dass in erster Linie die Krankeneinrichtungen der Bundeswehr in Anspruch genommen werden müssen. Nur in Ausnahmefällen können zivile Heilbehandler oder Krankenhäuser aufgesucht werden.
Die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung endet mit dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst und geht bei Berufssoldaten in Beihilfeansprüche nach den Vorschriften des Bundes über, bei Zeitsoldaten wird freiwilliger Beitritt zur GKV gewährt. Ehegatten und Kinder von Zeit- und Berufssoldaten erhalten als berücksichtigungsfähige Angehörige Beihilfe. Angehörige von Wehrdienstleistenden sind im Sinne der Beihilfe nicht berücksichtigungsfähig, sie sind auf die "normale" GKV oder PKV angewiesen.

Zeitsoldaten

Die Verpflichtungsdauer von Zeitsoldaten beträgt herkömmlich 15 oder 18 Monate und 2 bis 15 Jahre, im Sanitätsbereich auch 20 Jahre.
Neuerdings tritt die Bundeswehr als Arbeitgeber dem Mangel an geeigneten Bewerbern mit der Möglichkeit entgegen, auch Neu- oder Wiederverpflichtungen von Zeitsoldaten für bis zu 25 Jahre zu ermöglichen.
Dabei ist es auch möglich, diese Dienstzeit nicht zusammenhängend abzuleisten. Die finale Verpflichtung muss vor Vollendung des 40. Lebensjahres erfolgen.
Im Anschluss an eine mindestens vierjährige Verpflichtung als Soldat auf Zeit werden zeitlich befristet Übergangsgebührnisse gewährt. Dabei handelt es sich um eine Versorgungsleistung, die sich als Lohnersatzleistung darstellt, um eine berufliche Neuorientierung zu ermöglichen. Während der Zeit der Übergangsgebührnisse wird ein Zuschuss zum GKV-Beitrag gezahlt, der analog zum Arbeitgeberzuschuss gestaltet ist.

Während der Dienstzeit

besteht Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung im Krankheitsfall. War man vorher in der SPV pflegeversichert oder nicht pflegeversichert, wird man in der Regel auch während der Dienstzeit in der SPV pflegeversichert.
In Verbindung mit einer Anwartschaft auf PKV nach Ende der Dienstzeit erhält der SaZ Zugang zur PPV schon während der Dienstzeit.

Krankenversicherung nach Abschluss der Dienstzeit:

- Solange keine Beschäftigung ausgeübt wird, gilt:
  Während der Zeit der Übergangsgebührnisse können die Betreffenden sich in der PKV versichern, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen (Gesundheitszustand, Bonität),
  seit 31.12.2018 besteht auch die Möglichkeit, freiwillig der GKV beizutreten.
  Werden keine Übergangsgebührnisse bezogen, gilt dies auch,
  jedoch ist der Zutritt zur PKV in einigen Fällen gesetzlich verwehrt, z.B. wenn die Betreffenden vor der Dienstzeit in der GKV versichert waren und nach der Dienstzeit Hartz IV beziehen.
  Hinweis:
  Empfänger von Übergangsgebührnissen erhalten einen Zuschuss zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen auf Grundlage der Übergangsgebührnisse. Das heißt, sofern und solange Beiträge der GKV auf die Übergangsgebührnisse erhoben werden, erhalten die ehemaligen SaZ- Soldatinnen und - Soldaten auf Zeit einen Zuschuss in Höhe der Hälfte dieser Beiträge.
  Dies gilt auch für diejenigen SaZ -Soldatinnen und -Soldaten auf Zeit, die sich für eine private Versicherung entscheiden, sofern nicht über einen neuen Arbeitgeber/Dienstherrn ein Beitragszuschuss oder eine Beihilfe gewährt wird.

Gemäß § 11 b Abs. 1 und 2 SVG erhalten ehemalige SaZ, die sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern, einen Zuschuss in der Höhe, in der sie Vertragsleistungen vergleichbar denen der Gesetzlichen beanspruchen könnten. Als Berechnungsgrundlage gilt die Höhe der jeweiligen Übergangsgebührnisse

- Sobald eine Beschäftigung ausgeübt wird, gilt:
  Haben die Betreffenden das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet und nehmen eine abhängige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unterhalb der JAEG auf, werden sie versicherungspflichtig kraft Gesetzes in GKV und SPV. In allen anderen Fällen können sie sich in der PKV versichern, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen (Gesundheitszustand, Bonität), seit 31.12.2019 besteht auch die Möglichkeit, freiwillig der GKV beizutreten.

Nach Ende der Dienstzeit kann ein Beihilfeanspruch entstehen, nämlich bei
- Wechsel in eine Laufbahn als Berufssoldat
- Wechsel in eine Beamtenlaufbahn (insbesondere nach 12-jähriger Verpflichtungszeit möglich)
- dauerhafter Schädigung auf Grund einer Einsatzverletzung

Somit empfiehlt es sich, dafür vorzusorgen und den Gesundheitszustand durch eine entsprechende Anwartschaftsversicherung bei der PKV zu sichern.

Versorgungsvorschlag DKV für SaZ (für die Zeit nach der Dienstzeit)
Dafür bieten wir grundsätzlich folgende Möglichkeiten an:

- **Kleine Anwartschaft nach Tarif F mit PVB**
  Mit nur 0,84 Euro mtl. sichert die kleine Anwartschaft nach Tarif F den Zugang zu Beihilfetarifen nach Ende der Dienstzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung. Neben Tarif F besteht schon während der Dienstzeit Zugang zum PVB, der in der Regel deutlich preisgünstiger ist als die SPV.
  Die Sonderkonditionen der Öffnungsaktion werden hier nicht eingeräumt. Entsteht kein Beihilfeanspruch, entfällt Tarif F.
- **Normale Große Anwartschaft (GANW) mit PVB** für Tariffamilie BK ff. bzw. BKE ff.
  Bei längerer Dienstzeit empfiehlt sich die Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger, da durch sie zugleich Alterungsrückstellungen aufgebaut werden. Neben dieser GANW Anwartschaft besteht Zugang zum PVB, der in der Regel deutlich preisgünstiger ist als die SPV.
  Die preiswertere GANW für Heilfürsorgeempfänger bis Eintrittsalter 40 ist bei SaZ nicht zugelassen.
- **Tarif KOPT** bzw. **GANW auf Tariffamilien BMK oder BME, jeweils mit PVB**, sind ebenfalls zugelassen.
  KOPT ist bei Optionswunsch auf alle KKVen sinnvoll, wenn also offenbleiben soll, ob am Ende auf Vollversicherung, beihilfeergänzende Versicherung oder Ergänzungsversicherung umgestellt wird.

Hinweis¨
Die Alterungsrückstellungen, die bei einer GANW aufgebaut werden, entfallen, wenn der Kunde später doch in die GKV mit SPV geht.

Anwartschaft auf GKV?
Die Bundeswehr macht die SaZ in ihrem Informationsmaterial darauf aufmerksam, dass eine Anwartschaft bei der GKV (statt PKV) ratsam sein kann. Sie begründet dies mit der Absicherung der Krankenversicherung der Rentner / KVdR. In die kommt nur, wer 90% der zweiten Hälfte seines Berufslebens in der GKV war.
Beispiel: Bei 40 Berufsjahren sind dies 18 Jahre innerhalb der letzten 20. Pro Kind werden jeweils noch 3 Jahre von den 18 Jahren abgezogen.

- Bei langer Dienstzeit als SaZ kann der Fall eintreten, dass es danach nicht mehr möglich ist, diese 9/10 zu erfüllen. In diesen Fällen kommt man als GKV-Versicherter nur dann in die KVdR, wenn man während der Dienstzeit eine Anwartschaft zur GKV hat.
- Dieser Aspekt spielt aber für viele SaZ, die jung beginnen und nur ein paar Jahre Dienstzeit haben, keine Rolle. Und wer verlängert, kann zum Zeitpunkt der Übergangsgebührnisse neu entscheiden, auf welches System er sich ggf. vorbereitet. Für den, der – ggf. auch erst über eine Verlängerung – eine Laufbahn als Beamter/Berufssoldat einleitet, spielt die KVdR auch keine Rolle.

- Vorteile der KVdR
  1. Für den KV-Zuschuss muss man keinen Antrag stellen (also nur eine Formalie).
  2. Bei der KVdR werden nur Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, bei freiwilligen GKV-Mitgliedern dagegen grundsätzlich alle Einkünfte zur Beitragsermittlung herangezogen. Solche weiteren Einkünfte, z.B. aus Vermietung, erzielen aber auch nur einzelne.

Bewertung aus Sicht der PKV
Diese Aspekte spielen aber für viele SaZ, die jung beginnen und nur ein paar Jahre Dienstzeit haben, keine Rolle. Und wer verlängert, kann zum Zeitpunkt der Übergangsgebührnisse neu entscheiden, auf welches System er sich ggf. vorbereitet. Für den, der – ggf. auch erst über eine Verlängerung – eine Laufbahn als Beamter/Berufssoldat einleitet, spielt die KVdR auch keine Rolle.

Berufssoldaten

Die Verpflichtung als Berufssoldat erfolgt aus der Verpflichtung als Zeitsoldat heraus, also nicht von Beginn des Wehrdienstes an. Es müssen mindestens die Dienstgrade Feldwebel (für die Unteroffizierslaufbahn)
oder Leutnant (für die Offizierslaufbahn) erreicht sein.

Eine Anwartschaftsversicherung ist wichtig, da bei Ausscheiden aus dem aktiven Dienst der Eintritt in die PKV zu einem relativ hohen Eintrittsalter erfolgt.
Wer als Zeit- oder Berufssoldat eine Anwartschaft in der PKV abschließt, wird damit auch versicherungspflichtig in der privaten Pflegepflichtversicherung, er erhält den Tarif für Beamte.
Wer als Zeitsoldat auf eine Anwartschaft in der PKV verzichtet, ist gem. § 22 Nr. 6 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegepflichtversicherung.

Freiwillig Wehrdienstleistende

Seit 01.07.2011 ist die Pflicht zur Ableistung des Grundwehrdienstes in Deutschland ausgesetzt. Es besteht die Möglichkeit eines freiwilligen Wehrdienstes. Freiwillig Wehrdienstleistende können zwischen 7 und 23 Monaten in der Bundeswehr dienen, davon sind die ersten 6 Monate Probezeit.
Für die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes ruhen die Kindergeldansprüche und der Anspruch auf Familienversicherung in der GKV.
Die Altersobergrenze für den Anspruch auf Familienversicherung wird entsprechend angehoben (höchstens 12 Monate), nicht jedoch die Altersobergrenze für den Kindergeldbezug.
Privat vollversicherte freiwillig Wehrdienstleistende stellen ihre Krankheitskostenversicherung auf eine Anwartschaftsversicherung um, die Pflegepflichtversicherung bleibt aktiv bestehen. Die Beitragstragung erfolgt auf Antrag durch die Unterhaltssicherungsbehörde.
Die Unterhaltssicherungsbehörde übernimmt ebenfalls die Beiträge für eine Private Krankenversicherung für nicht sozialversicherungspflichtige Angehörige, die über kein eigenes Einkommen verfügen.

Dienstordnungs-Angestellte (DO-Angestellte)

Mit hoheitlichen Aufgaben betraute Angestellte (z.B. bei der Deutschen Rentenversicherung und bei Berufsgenossenschaften) sind meist der sog. Dienstordnung (DO) unterstellt. Im Allgemeinen verweisen die DO im Wesentlichen auf die jeweiligen bundes- bzw. landesrechtlichen Vorschriften des Beamtenrechtes. Dies bedeutet, dass sich auch Beihilfeansprüche hiernach richten.

DO-Angestellte unterliegen wie Beamte nicht der Krankenversicherungspflicht in der GKV. Sie sind also wie Beamte berechtigt, die Restkosten über die PKV abzusichern.
Grundsätzlich haben DO-Angestellte die Möglichkeit, ihre bisherige Mitgliedschaft in der GKV fortzusetzen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes haben DO-Angestellte keinen Anspruch auf den Beitragszuschuss des Arbeitgebers.

Bei den Berufsgenossenschaften werden bis heute Arbeitsverhältnisse auf der Grundlage einer Dienstordnung begründet. Rechtsgrundlage für das Dienstordnungsrecht der Berufsgenossenschaften sind §§ 144-147 SGB VII.

Nach § 14 (1) SGB V kann die Satzung einer Krankenkasse für ihre DO-Angestellte bestimmen, dass an die Stelle der nach dem SGB V vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung tritt. Dies wird mit dem „Wahltarif Teilkostenerstattung“ durchgeführt. Damit sind in der Regel zwei Durchführungswege verbunden:

- Der DO-Angestellte erhält neben der Beihilfe gem. einschlägiger Beihilfeverordnung Restkostenerstattung, mithin tritt gegenüber dem Arzt als Selbstzahler auf und erhält Erstattung mit Beihilfe und Restkosten über die Beihilfestelle (die die Restkosten intern mit der zuständigen GKV verrechnet).
- Der DO-Angestellte erhält Leistungen von der GKV nach dem Sachleistungsprinzip wie ein freiwilliges Mitglied, wobei der von den Leistungen der GKV nicht erfasste Beihilfeanspruch unberührt bleibt.

Ehegattenarbeitsvertrag

Ein Ehegattenarbeitsvertrag wird u.a. aus Gründen der Steuerersparnis zwischen Ehegatten geschlossen, von denen der eine gewerbetreibender Selbstständiger oder Freiberufler ist und der andere im Betrieb mitarbeitet. Ein Ehegattenarbeitsvertrag liegt nicht vor, wenn ein Ehegatte bei einer Personen- oder Kapitalgesellschaft (OHG, GmbH) beschäftigt ist, deren Inhaber der andere Ehegatte ist. Solche Verträge unterliegen den üblichen Regeln über die Steuer- und Sozialversicherungspflicht.

Wann liegt ein Ehegattenarbeitsvertrag vor?

Beim Ehegattenarbeitsvertrag fungiert der eine Partner als Arbeitgeber, sein Ehegatte als Arbeitnehmer. Dabei muss der Arbeitgeber entweder als Gewerbetreibender oder als Freiberufler selbstständig sein. Ist der Arbeitnehmer bei einer Personen- oder Kapitalgesellschaft (OHG, GmbH etc.) beschäftigt, deren Inhaber der eine Ehegatte ist, so liegt kein Ehegattenarbeitsvertrag vor.

Steuerrechtliche Betrachtung

Da die Finanzbehörden gern davon ausgehen, dass gar keine Tätigkeit des Ehegatten im Betrieb vorliegt, sollten beim Ehegattenarbeitsvertrag u.a. folgende Voraussetzungen vorliegen:
- genaue Beschreibung eines Aufgabenbereiches
- keine Überschneidung mit dem Hauptberuf des Ehegatten (2 x 40 Std. wird nicht anerkannt)
- kein überhöhter Arbeitslohn
- regelmäßige Zahlung des Arbeitslohnes auf ein eigenes Konto des Arbeitnehmers.

Sind diese Bedingungen erfüllt, kann die Gehaltszahlung an den Ehegatten als Betriebsausgabe abgesetzt werden.

Sozialversicherungsrechtliche Betrachtung

Der beschäftigte Ehegatte unterliegt der Sozialversicherungspflicht, wenn eine tatsächliche Beschäftigung unter Einordnung in den Betrieb gegen einen angemessenen Lohn stattfindet. Kriterien hierfür sind:
- persönliche und wirtschaftliche Abhängigkeit des beschäftigten Ehegatten,
- Weisungsrecht des arbeitgebenden Ehegatten,
- Eingliederung in den Betrieb und Regelmäßigkeit der Tätigkeit
- Tätigkeit, für die ohne Mitwirkung des Ehegatten ein anderer Arbeitnehmer eingestellt werden müsste
- angemessene Entlohnung
- Bei Minijobs (Monatseinkommen bis 556,00 Euro, Stand 01.01.2025) muss das Einkommen der Tätigkeit angemessen sein.

Zuständigkeit der BfA

In der Vergangenheit kam es vor, dass zwar Beiträge für mitarbeitende Angehörige für alle Zweige der Sozialversicherung abgeführt wurden, im Leistungsfall jedoch besonders von der Bundesagentur für Arbeit Leistungen verweigert wurden, da es sich um ein Mitinhaberverhältnis gehandelt habe.
Zur Verbesserung der Rechtssicherheit ist seit dem 01.01.2005 die BfA für die verbindliche Einstufung zuständig. Die Krankenkassen als Einzugsstellen müssen dort eine Entscheidung einholen. Diese Einstufung ist für alle Sozialversicherungsträger verbindlich.

Für bereits bestehende Arbeitsverhältnisse kann diese Klärung auch vom Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer beantragt werden.

Eigenanteile GKV

Eine Übersicht über die Eigenanteile, die in der GKV zu zahlen sind und wie man sich ggf. davon befreien lassen kann, finden Sie hier

Elternschaft

Mutterschutz

Als „Mutterschutz“ werden die von der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) festgelegten Normen zum Schutz von Wöchnerinnen vor und nach der Geburt eines Kindes bezeichnet. Dazu gehören Minimalanforderungen in Bezug auf Arbeitsverbot für Wöchnerinnen sowie Kündigungsschutz für Schwangere und Wöchnerinnen und eine Mutterschaftsversicherung, d. h. eine Entgeltfortzahlung während des Arbeitsverbotes und darüber hinaus. IAO-Mitglieder, die diese Norm ratifiziert haben, steht es frei, den Mutterschutz auf ihre Weise zu gestalten, solange sie sich an die minimalen Anforderungen halten.

Geschützter Personenkreis
In Deutschland fallen darunter:
- Alle Arbeitnehmerinnen, also auch geringfügig Beschäftigte
- Frauen in betrieblicher Berufsausbildung und Praktikantinnen (i.S.v. § 26 Berufsbildungsgesetz)
- Schülerinnen und Studierende bei verpflichtend von der Schul- bzw. Hochschulausbildung vorgegebenen Praktika bzw. bei verpflichtend vorgegebenem Ort, Zeit und Ablauf von Ausbildungsveranstaltungen im Rahmen von Ausbildungsveranstaltungen.
- Frauen mit Behinderung, die in einer entsprechenden Werkstatt beschäftigt sind
- Arbeitnehmerähnliche Selbstständige

Kündigungsschutz
In Deutschland ist nach § 9 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) die Kündigung gegenüber einer Frau während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung bzw. Fehlgeburt nach der 12. Schwangerschaftswoche unzulässig, wenn dem Arbeitgeber zur Zeit der Kündigung die Schwangerschaft oder Entbindung bekannt war oder innerhalb zweier Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird. Das Überschreiten dieser Frist ist unschädlich, wenn es auf einem von der Frau nicht zu vertretenden Grund beruht und die Mitteilung unverzüglich nachgeholt wird.
Bei einer Frau, die in ein neues Beschäftigungsverhältnis eintritt und während der vertraglich festgesetzten Probezeit schwanger wird, greift ebenso das MuSchG. Die Frau ist auch während der Probezeit vor einer Kündigung geschützt.

Schutz vor Gefährdungen am Arbeitsplatz
Neben Vorkehrungen zur Umgestaltung der Arbeitsplätze muss auch geprüft werden, Entgeltfortzahlung, das aber meist nicht mehr gegen den Willen der werdenden Mutter erzwungen werden kann.
Neben dem Gesundheitsschutz der Schwangeren steht damit auch die Fortführung beruflicher Tätigkeiten ohne Gefährdung im Fokus, wodurch das Selbstbestimmungsrecht der werdenden Mütter gestärkt werden soll, da sie nicht mehr so schnell einem betrieblichen Arbeitsverbot mehr ausgesetzt sein werden.

Arbeitszeitregelungen
- Verbot der Nacht- und Sonntagsarbeit gelten branchenunabhängig
- Verbot der Mehrarbeit und Regelung zur höchstens zulässigen Mehrarbeit in Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen.
- Für die Arbeit nach 20 Uhr bis 22 Uhr gilt ein behördliches Genehmigungsverfahren eingeführt. Unter anderem muss die Frau sich ausdrücklich bereit erklären, nach 20 Uhr zu arbeiten. Während die Behörde den vollständigen Antrag prüft, kann der Arbeitgeber die Frau grundsätzlich weiterbeschäftigen. Lehnt die Behörde den Antrag nicht innerhalb von sechs Wochen ab, gilt er als genehmigt.
- Beschäftigungsverbot zwischen 22 und 6 Uhr.

Beamtinnen, Richterinnen und Soldatinnen
haben das gleiche Mutterschutzniveau, wie es auch für andere Beschäftigte nach dem MuSchG gilt.

Mutterschutzfristen

Die Mutterschutzfrist beginnt in Deutschland 6 Wochen vor und endet im Normalfall 8 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Geburt eines behinderten Kindes 12 Wochen nach der Entbindung. Sie dauert in jedem Fall 14 bzw. 18 Wochen. Wenn das Kind innerhalb der 6 Wochen vor dem errechneten Termin geboren wird, wird die Zeit, die zu den 6 Wochen vor der Geburt noch fehlt, an die Zeit nach der Geburt angehängt.

In den 6 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin des Kindes darf die werdende Mutter nur noch dann beschäftigt werden, wenn sie selbst ausdrücklich erklärt hat, dass sie weiterarbeiten möchte. Es steht ihr frei, diese Entscheidung jederzeit rückgängig zu machen.

Während der Schutzfristen nach der Entbindung besteht für Mütter ein Beschäftigungsverbot.

GKV-Pflichtversicherte sind beitragsfrei versichert, GKV-freiwillig und privat Versicherte tragen ihren Beitrag selbst.

Mutterschaftsgeld

Das Mutterschaftsgeld erhalten Arbeitnehmerinnen während der Mutterschutzfristen - in der Regel sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt eines Kindes (bei Frühgeburten im medizinischen Sinne und Mehrlingsgeburten 12 Wochen).
Mütter, die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten bis zu 13 Euro täglich, die vom Arbeitgeber auf den Nettolohn aufgestockt werden
Arbeitnehmerinnen, die privat versichert oder gesetzlich familienversichert sind, erhalten Mutterschaftsgeld insgesamt von maximal 210 Euro vom Bundesamt für Soziale Sicherung.
Zudem haben privat versicherte Frauen während der Mutterschutzfristen Anspruch auf Krankentagegeld.
Sonstige Leistungen wie Zuschuss zum Mutterschaftsgeld, Mutterschaftsgeld, Krankengeld und Elterngeld werden angerechnet.

1. GKV-Versicherte

Gesetzlich pflichtversicherte und gesetzlich freiwillig versicherte Arbeitnehmerinnen erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Nettoarbeitsentgeltes, höchstens 13 Euro täglich (390 Euro monatlich).
Übersteigt der monatliche Nettolohn diesen Höchstsatz, ist der Arbeitgeber verpflichtet, während der Schutzfristen die Differenz als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zu übernehmen, die Aufwendungen des Arbeitgebers werden durch das AAG-Umlageverfahren rückerstattet.

Voraussetzung:
In der Zeit zwischen dem 10. und 4. Monat vor der Entbindung waren sie mindestens 12 Wochen Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse oder haben in einem Arbeitsverhältnis gestanden.

Hinweise:
Mutterschaftsgeld wird nur für die Dauer der Schutzfristen gezahlt.
Krankengeld wird neben dem Mutterschaftsgeld nicht gewährt.
Zahlt der Arbeitgeber weiter Arbeitsentgelt in voller Höhe weiter, ruht der Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

Für Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert sind und Krankengeldanspruch mitversichert haben, wird für die Zeit der Schutzfristen das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.
Beiträge werden auf sozialversicherungspflichtige Einkommen erhoben (z.B. Mieterträge, Kapitalerträge). Sind keine Einkommen vorhanden, wird eine Mindestbeitragsbemessung durchgeführt.
Analoge Regelungen bestehen für werdende Mütter, die Arbeitslosengeld I oder II beziehen.

2. PKV-versicherte und GKV-familienversicherte Arbeitnehmerinnen

Privat krankenversicherte Arbeitnehmerinnen und gesetzlich familienversicherte Arbeitnehmerinnen mit geringfügigem Einkommen erhalten auf Antrag eine einmalige Zahlung von Euro 210 vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).
Adresse: Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Tel.: 0228/619-1888.
Das gilt für alle Mütter, die am Tag des Beginns der Mutterschutzfrist nicht selbst Mitglied der GKV sind (Stichtagsbetrachtung). Wenn sie ein Anstellungsverhältnis haben, ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Differenz zwischen 13 Euro tgl. und dem tatsächlichen Nettoeinkommen zu tragen.

Selbstständige, die PKV-versichert sind, erhalten diese einmalige Zahlung des BAS von 210 Euro nicht.

Gem. § 192 Abs. 5 Satz 2 VVG besteht bei PKV- versicherten Müttern ein nachrangiger Anspruch auf Krankentagegeldleistung während der Mutterschutzfrist und am Entbindungstag.

Während der Mutterschutzfristen (6 Wochen vor und 8 bzw. 12 Wochen nach der Geburt) besteht kein Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers zum Kranken- oder Pflegeversicherungsbeitrag. Dieser ist sowohl von privat als auch von freiwillig gesetzlich Versicherten in voller Höhe selbst zu tragen.

Krankentagegeld in den Mutterschutzfristen

Grundsätzlicher Anspruch

Seit dem 11.04.2017 besteht für werdende Mütter ein grundsätzlicher gesetzlicher Anspruch auf Leistungen aus einer Krankentagegeldversicherung während der Mutterschutzfristen. Diese betragen grundsätzlich sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten betragen sie zwölf Wochen nach der Geburt. Bisher waren Leistungen aus dieser Versicherung während der Mutterschutzfristen ausgeschlossen.

Der Gesetzgeber knüpft die Leistungspflicht des Versicherers an einen möglichen Verdienstausfall während der Mutterschutzfristen. Voraussetzung dafür ist aber auch, dass Ihnen kein anderweitiger angemessener Ersatz während dieses Zeitraumes zusteht.

Stehen sonstige Ansprüche auf Ausgleich eines Verdienstausfalls zu, dürfen diese auf Leistungen aus Ihrer Krankentagegeldversicherung angerechnet werden.

Verrechnung von Ersatzleistungen

Die Ansprüche leiten sich vor allem aus der beruflichen Situation und der Art der Krankenversicherung ab.

Arbeitnehmerin, PKV vollversichert
erhält ein einmaliges Mutterschaftsgeld in Höhe von 210 Euro. Es wird beim Bundesversicherungsamt (BVA, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Telefon: 0228 6190) beantragt.
Der Arbeitgeber berücksichtigt für seinen Zuschuss ein fiktives Mutterschaftsgeld in Höhe von 13 Euro pro Tag. Damit besteht eine angemessene und weitgehende Entgeltersatzleistung.
Ergebnis: Kein Anspruch Leistung aus der privaten Krankentagegeldversicherung.

Arbeitnehmerin, GKV versichert (pflichtig oder freiwillig versicherte)
erhält von der Krankenkasse während der Mutterschutzfristen ein Mutterschaftsgeld von höchstens 13 Euro pro Tag.
Der Arbeitgeber stockt diesen Betrag bis zu Ihrem letzten täglichen Nettoeinkommen auf. Dies ist der AG-Zuschuss während der Mutterschutzfristen. Damit besteht kein Verdienstausfall.
Ergebnis: Kein Anspruch Leistung aus der privaten Krankentagegeldversicherung.

Selbständige/Freiberuflerin, freiwillig GKV versichert (ohne Krankengeldanspruch) oder PKV vollversichert
erhält kein Mutterschaftsgeld.
Ergebnis: Kann ein Verdienstausfall innerhalb der Mutterschutzfristen belegt werden, besteht ein tariflicher Anspruch auf Krankentagegeld. Den gesetzlichen Regelungen entsprechend werden Entgeltersatzleistungen wie z.B. Elterngeld angerechnet

Selbständige/Freiberuflerin, freiwillig GKV versichert (mit Krankengeldanspruch)
erhält von Ihrer Krankenkasse während der Mutterschutzfristen ein Mutterschaftsgeld in Höhe des gesetzlichen Krankengeldes.
Ergebnis: Kann über das Krankengeld der Kasse hinaus weiterer Verdienstausfall belegt werden, besteht Anspruch auf Krankentagegeld. Den gesetzlichen Regelungen entsprechend werden Entgeltersatzleistungen wie z.B. Elterngeld angerechnet (nicht aber das Krankengeld)

Ersatzleistung	Wer hat Anspruch?	Höhe	Erfolgt Anrechnung auf Tagegeld-Leistung der DKV?
Elterngeld	alle	max. 1.800 Euro mtl.	ja
Mutterschaftsgeld von der gesetzlichen Krankenversicherung	GKV-versicherte Arbeitnehmerinnen	max. 13 Euro pro Tag	ja
Zuschuss zum Mutterschaftsgeld vom Arbeitgeber	Arbeitnehmerinnen	Differenz zwischen 13 Euro und tatsächlichem täglichen Nettoentgelt	ja
Mutterschaftsgeldpauschale vom Bundesversicherungsamt	PKV-versicherte Arbeitnehmerinnen	210 Euro einmalig	nein
Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung	GKV-versicherte Selbstständige oder Freiberuflerinnen	Entsprechend individuellem Anspruch	nein

Leistungsbeginn und Leistungsende

Die Auszahlung der Leistung beginnt nach Ablauf der Karenzzeit, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit von acht Monaten. Die Karenzzeit ist der Zeitraum zwischen dem Beginn der Mutterschutzfrist und dem vereinbarten tatsächlichen Leistungsbeginn.
Leistungsende ist der Ablauf der Mutterschutzfrist. Auch wenn diese Fristen für Selbstständige und Freiberuflerinnen keine arbeitsrechtliche Bedeutung haben, werden sie hier für die Ermittlung der Leistungsdauer angewendet.

Beispiel:

Beginn der Mutterschutzfrist	01.04.2021
Karenzzeit	4 Wochen
Leistungsbeginn	29.04.2021
Entbindung	13.05.2021
Leistungsende	07.07.2021

Steuern

Einkommensersatzleistungen unterliegen grundsätzlich dem Progressionsvorbehalt. Hierzu zählen das Krankengeld der GKV, das Mutterschaftsgeld der GKV, der Zuschuss des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld und das Elterngeld.
Leistungen aus der privaten Krankentagegeldversicherung zählen nicht dazu.

Elternzeit

Die Elternzeit soll ermöglichen, dass mindestens ein Elternteil das Kind betreuen kann. Sie kann im Anschluss an die Mutterschutzfrist genommen werden bis zum Ende des 3. Lebensjahres des Kindes vom Tag der Geburt an.
Mit Zustimmung des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn ist eine Übertragung von bis zu einem Jahr der Elternzeit auf die Zeit zwischen dem dritten und achten Geburtstag des Kindes möglich. So kann man es zum Beispiel ermöglichen, sein Kind durch das erste Schuljahr zu begleiten.

Krankenversicherung während der Elternzeit

Bei pflichtversicherten Beschäftigten wird die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung beitragsfrei fortgeführt.

Freiwillig Versicherte zahlen Beiträge nach ihren persönlichen Verhältnissen weiter. Sind keine sozialversicherungspflichtigen Einkommen vorhanden, wird eine Mindestbeitragsbemessung durchgeführt.

Privat Versicherte zahlen ihre Prämie weiter, wobei der Arbeitgeber gesetzlich nicht zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet ist.

Eine Unterbrechung der Beschäftigung wegen Elternzeit ändert den Versicherungsstatus in der Krankenversicherung nicht. Wenn vor der Elternzeit Versicherungsfreiheit wegen des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand, bleibt dieser Status auch für die Dauer der Elternzeit erhalten.
Falls während der Elternzeit keine zulässige versicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung aufgenommen wird, besteht auch nach dem Ende der Elternzeit wieder Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung, wenn nach dem Ende der Elternzeit eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze ausgeübt wird.

Wird ggf. von der tariflichen und/oder betrieblichen Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Elternzeit über den gesetzlichen Rahmen hinaus fortzusetzen, endet das Beschäftigungsverhältnis sozialversicherungsrechtlich nach Ablauf eines Monats. Freiwillig versicherte Mitglieder zahlen jedoch weiterhin Beiträge gemäß ihren persönlichen Verhältnissen und haben ggf. die Möglichkeit zur kostenlosen Familienversicherung.

Für Beamte entspricht die Elternzeit einer Beurlaubung ohne Besoldung, jedoch besteht der Beihilfeanspruch weiter.

Auch Heilfürsorgeberechtigte haben während der Elternzeit keinen Anspruch auf Geld- oder Sachbezüge, jedoch besteht der Anspruch auf Heilfürsorge weiter, entsprechend bei Soldaten der Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung.

Mutterschaftsgeld und Elternzeit: Krankenversicherung - Fallbeispiele

1. Gesetzlich pflichtversicherte Arbeitnehmerin

- Mutterschaftsgeld:
  Max. 13 Euro pro Tag für 14 Wochen (6 Wochen vor/8 Wochen nach der Entbindung); die Differenz zum Nettogehalt zahlt der Arbeitgeber.

- Krankenversicherung:
  Pflichtversicherte sind während der Elternzeit beitragsfrei versichert.
  Etwaiges Einkommen aus Teilzeittätigkeit (bis zu 30 Std wöchentlich) wird aber verbeitragt.

2. Gesetzlich freiwillig versicherte Arbeitnehmerin

- Mutterschaftsgeld:
  Max. 13 Euro pro Tag für 14 Wochen (6 Wochen vor/8 Wochen nach der Entbindung); die Differenz zum Nettogehalt zahlt der Arbeitgeber.

- Krankenversicherung:
  Sind beide Elternteile freiwillig versichert muss die Krankenkasse während der Elternzeit einen Beitrag erheben. (BSG-Urteil B 12 KR 45/96 R). Dieser Beitrag kann nach der Hälfte des Einkommens des Ehegatten (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) berechnet werden (Beitrag für nicht erwerbstätigen Ehegatten in der GKV, Urteil BSG; Az: 12 RK 92/92).
  Bei Alleinstehenden wird mindestens jedoch ein Drittel der Bezugsgröße der Sozialversicherung zur Beitragsberechnung herangezogen.
  Ein weiteres Urteil des BSG (Az: 12 RK 48/91) besagt, dass für die Dauer der Elternzeit freiwillig GKV-versicherte Arbeitnehmerinnen Anspruch auf Familienversicherung über den GKV-pflichtversicherten Ehegatten haben. Bei pflichtversicherten Arbeitnehmerinnen besteht dieser Anspruch nicht, weil sie beitragsfrei versichert sind.
  Bei Bezug von Elterngeld und Arbeitseinkommen aus Teilzeitarbeit (bis zu 30 Std. wöchentlich) wird Beitrag auf das Arbeitsentgelt erhoben.
  Sind beide Elternteile gleichzeitig in Elternzeit, so dass kein beitragspflichtiges Einkommen vorliegt, wird eine Mindestbeitragsberechnung bei einem der beiden durchgeführt.

3. Privat versicherte Arbeitnehmerin

- Mutterschaftsgeld:
  Einmalig 210 Euro vom Bundesamt für Soziale Sicherung. Die Differenz von "fiktiven" 13 Euro täglich bis zum Nettogehalt zahlt der Arbeitgeber.
  Seit 2017 grundsätzlicher Anspruch auf Krankentagegeld, sofern Einkommensausfall nachweisbar.

- Krankenversicherung:
  Volle Beiträge (ohne Arbeitgeberzuschuss); das Krankentagegeld muss nach der Mutterschutzfrist auf Anwartschaft umgestellt bzw. bei Teilzeittätigkeit entsprechend reduziert werden.
  Eine Familienversicherung über den in der GKV versicherten Ehepartner ist seit der Gesundheitsreform 2000 nicht mehr für den Privatversicherten, sondern nur noch für das Kind, wenn die übrigen Voraussetzungen für Familienversicherung des Kindes (z.B. Einkommensverhältnisse der Eltern zueinander) erfüllt sind – s.u. unter Familienversicherung..
  Im Rahmen der Kindernachversicherung kann für das neugeborene Kind eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden, da nach Ende der Elternzeit für das Kind in der Regel kein Anspruch auf Familienversicherung mehr gegeben ist.

4. Privat versicherte, nicht erwerbstätige Ehegattin

- Mutterschaftsgeld: kein Anspruch

- Krankenversicherung:
  Volle Beiträge; es besteht grundsätzlich ein Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss durch den Arbeitgeber des Ehegatten (nicht für PKV-Beitrag Teil des maximalen Arbeitgeberzuschusses).

5. Gesetzlich freiwillig versicherte Selbständige mit Krankengeldanspruch

- Mutterschaftsgeld: In Höhe des Krankengeldes.

- Krankenversicherung:
  Bei freiwillig Versicherten muss die Krankenkasse einen Beitrag erheben. (BSG-Urteil B 12 KR 45/96

R). Dieser Beitrag richtet sich nach der Hälfte des Einkommens des Ehegatten (bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (Urteil BSG; AZ: 12 RK 92/92), wenn der Ehegatte privat krankenversichert ist.
Ein Drittel der Bezugsgröße der Sozialversicherung wird zur Beitragsberechnung herangezogen, wenn der Ehegatte gesetzlich versichert ist. Für Alleinstehende gilt letzteres ebenfalls.
Familienversicherung ist aber möglich, wenn das Gewerbe abgemeldet ist.

6. Gesetzlich freiwillig versicherte Selbständige ohne Krankengeldanspruch

- Mutterschaftsgeld: Kein Anspruch.

- Krankenversicherung:
  Bei freiwillig Versicherten muss die Krankenkasse einen Beitrag erheben. (BSG-Urteil B 12 KR 45/96 R). Dieser Beitrag richtet sich nach der Hälfte des Einkommens des Ehegatten (bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (Urteil BSG; AZ: 12 RK 92/92), wenn der Ehegatte privat krankenversichert ist. Ein Drittel der Bezugsgröße der Sozialversicherung wird zur Beitragsberechnung herangezogen, wenn der Ehegatte gesetzlich versichert ist. Für Alleinstehende gilt letzteres ebenfalls.
  Familienversicherung ist aber möglich, wenn das Gewerbe abgemeldet ist.

7. Privat versicherte Selbständige

Privat versicherte Selbstständige

- Mutterschaftsgeld: Kein Anspruch.
  Gem. § 192 Abs. 5 S 2 VVG besteht ein nachrangiger Anspruch auf Krankentagegeldleistung während der Mutterschutzfrist und am Entbindungstag.

- Krankenversicherung:
  Volle Beiträge; das Krankentagegeld muss bei Teilzeittätigkeit entsprechend reduziert werden.
  Seit 2017 grundsätzlicher Anspruch auf Krankentagegeld, sofern Einkommensausfall nachweisbar.

8. Beamtin

- Mutterschaftsgeld:
  Sie erhält kein Mutterschaftsgeld, dafür werden die Bezüge während der Mutterschutzfristen weitergezahlt.
  Siehe auch unter **Beihilfe**

- Krankenversicherung:
  Der Beihilfeanspruch besteht auch für die Dauer der Elternzeit, und zwar als nachrangiger Beihilfeanspruch, wenn niemand da ist, bei dem sie als berücksichtigungsfähige Angehörige unterschlüpfen könnte (anders Bund, Bayern, Mecklenburg Vorpommern: dort eigenständige Beihilfeberechtigung).
  Damit besteht zugleich auch kein Anspruch auf die beitragsfreie Mitversicherung im Rahmen der Familienversicherung über die GKV des Ehegatten (BSG-Urteil 12 RK 91/96 vom 29.6.1993). Die private Krankenversicherung muss fortgesetzt werden.
  Gemäß Mutterschutz- und Elternzeitverordnung § 9 kann für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ein Pauschbetrag von 31 Euro monatlich erstattet werden, wenn die Dienst- oder Anwärterbezüge vor Beginn der Elternzeit die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten haben oder überschritten hätten.
  Auf Antrag kann in bestimmten Fällen mehr erstattet werden, dazu gibt es unterschiedliche Regelungen bei den verschiedenen Dienstherren.
  Nehmen die Eltern gemeinsam Elternzeit, steht die Beitragserstattung nur dem Elternteil zu, bei dem das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder berücksichtigt werden soll. Bis Besoldungsgruppe A8 kann die Erstattung auf Antrag bis zum vollen Beitragssatz erhöht werden.
  Hinweis:
  Für Beamte entspricht die Elternzeit einer Beurlaubung ohne Besoldung mit nachrangigem Beihilfeanspruch (anders Bund, Bayern, Mecklenburg Vorpommern: dort eigenständige Beihilfeberechtigung),.

Auch Heilfürsorgeberechtigte haben während der Elternzeit keinen Anspruch auf Geld- oder Sachbezüge, jedoch besteht der Anspruch auf Heilfürsorge weiter, entsprechend bei Soldaten der Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Beiträge zur Anwartschaftsversicherung werden nicht übernommen, da es sich um eine ruhende Krankenversicherung handelt.

Elterngeld

Das Elterngeld ist eine Transferzahlung für Familien mit kleinen Kindern zur Unterstützung bei der Sicherung ihrer Lebensgrundlage, die in erster Linie als Entgeltersatzleistung ausgestaltet ist. Die Elterngeldzahlung beginnt nach den Mutterschutzzeiten, diese werden aber auf die Elterngeldzahlung angerechnet. Ein Anspruch besteht bei ab dem 1.4.2024 geborenen Kindern bis zu einem zu versteuernden Einkommen von 200.000 €.
Diese Grenze gilt für Paare und Alleinerziehende **Für Geburten ab dem 01.04.2025 beträgt diese Grenze 175.000 €.**

Elterngeld ist steuerfrei und sozialversicherungsbeitragsfrei, unterliegt allerdings dem steuerlichen Progressionsvorbehalt. Demgemäß zählt Elterngeld bei berücksichtigungsfähigen Ehegatten/Lebenspartnern von Beamten nicht zum Einkommen, das herangezogen wird, um zu bestimmen, ob die Einkommensgrenze nicht überschritten ist und die Betreffenden dem gemäß Beihilfe erhalten.

Das Elterngeld soll helfen, die Vereinbarkeit und Beruf und Familie zu verbessern.

1. Basiselterngeld (= herkömmliches Elterngeld)

Für neu geborene Kinder haben Eltern pro Geburt einen Anspruch auf Elterngeld. Es wird bis zu 12 Monate lang ein vom vorigen Einkommen abhängiges Elterngeld in Höhe von mindestens 300 Euro bis zu 1.800 Euro pro Monat gezahlt. Übernimmt auch der zweite Elternteil einen Teil der Elternzeit, wird Elterngeld entsprechend bis zu zwei Monaten länger gezahlt.
Der Anspruch besteht pro Geburt, für Zwillings- oder Mehrlingsgeburten erfolgt keine Verdoppelung oder Vervielfachung
Für ab dem 1. September 2021 geborene Kinder gilt außerdem: Wenn das Kind mindestens sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt kommt, bekommen die Eltern länger Elterngeld. Bis zu vier zusätzliche Monate Basiselterngeld sind möglich, je nachdem wie viele Wochen vor dem errechneten Geburtstermin das Kind geboren wurde.
Dies gilt für Ehepaare, eingetragene Lebenspartner, unverheiratete Paare und Alleinerziehende. Entscheidend ist dabei, dass eine Person aus den genannten Lebenssituationen das Kind betreut und nicht in dieser Zeit voll erwerbstätig ist, d.h. im Durchschnitt nicht mehr als 30 Stunden pro Woche arbeitet.
Als Kinder gelten auch Stief- und Adoptivkindern sowie Kinder, die in Adoptionspflege genommen wurden.

Berechnung

Einkommen, das entfällt, lag vor Geburt:	Erstattungsprozentsatz:
bei 1.240 Euro oder mehr	**65 %**
zwischen 1.200 und 1.240 Euro	s**teigt von 65 % auf 67 % an**
zwischen 1.000 Euro und 1.200 Euro	**67 %**
Unter 1.000 Euro	**67 % plus Aufstockung** (gleitender Anstieg bis zu 100%)
Ggf. Geschwisterbonus	+ 10%, mindestens 75 Euro
Bei Mehrlingsgeburten:	+ 300 Euro für jedes weitere Kind

2. Elterngeld Plus

Bezugszeitraum

Die Eltern können einen Bezugsmonat Basiselterngeld in zwei Bezugsmonate Elterngeld Plus umwandeln. Aus maximal 14 Bezugsmonaten Basiselterngeld können so auch maximal 28 Bezugsmonate Elterngeld Plus werden. Elterngeld kann komplett als Basis- oder Elterngeld Plus genommen werden, es können auch beiden Varianten miteinander kombiniert werden.
Im Unterschied zu Basiselterngeld kann Elterngeld Plus auch nach dem 14. Lebensmonat beantragt werden. Jedoch muss sich ab dem 15. Lebensmonat zumindest ein Elternteil durchgängig im Elterngeld Plus Bezug befinden, damit der andere Elternteil seine Bezugsmonate mit Elterngeld Plus auch nach dem 15. Lebensmonat in Anspruch nehmen kann.

Höhe
Ein Betrag Elterngeld Plus wird höchstens in der Hälfte eines dem Antragsteller zustehenden Basiselterngeldes ohne anzurechnenden Zuverdienst gewährt.
Für die Berechnung des Elterngeld Plus werden grundsätzlich das Mindestelterngeld, der Mindestgeschwisterbonus und der Mehrlingszuschlag halbiert.

Partnerschaftsbonus
Eine partnerschaftliche Aufteilung von Familie und Beruf wird mit vier zusätzlichen ElterngeldPlus-Monaten pro Elternteil unterstützt, wenn beide Eltern in vier aufeinanderfolgenden Monaten gleichzeitig 25 bis 30 Wochenstunden arbeiten.
Alleinstehende werden in gleicher Weise gefördert: Arbeiten sie in vier aufeinanderfolgenden Monaten in Teilzeit zwischen 25 und 30 Wochenstunden, erhalten sie ebenfalls vier zusätzliche ElterngeldPlus-Monate.

3. Bei Teilzeittätigkeit

Teilzeittätigkeit ist in der Elternzeit mit max. 32 Wochenstunden im Monat möglich

Basis-Elterngeld

beträgt bei Teilzeittätigkeit:

Nettoeinkommen vor der Geburt
(Anrechnung max. 2.770 Euro – Höchstbeträge werden auch hier berücksichtigt)
./. Nettoeinkommen aus Teilzeittätigkeit
x Erstattungsprozentsatz, der greifen würde, wenn es keine Teilzeittätigkeit gäbe.

ElterngeldPlus

wird bei Teilzeittätigkeit anders gerechnet:

Liegt Basiselterngeld mit Anrechnung Zuverdienst
unter ElterngeldPlus ohne Anrechnung Zuverdienst
(= Hälfte Basiselterngeld ohne Zuverdienst)
wird Basiselterngeld mit Anrechnung Zuverdienst gezahlt

Beispiel:

Berücksichtigungsfähiges Einkommen: 1.500 Euro,
Zuverdienst (20 WochenStd) 1.000 Euro.

Basiselterngeld
ohne Zuverdienst: 1.500 x 0,65 = 975 Euro
mit Zuverdienst 1.500 - 1.000 = 500, 500 x 0,65 = 325 Euro.

ElterngeldPlus
ohne Zuverdienst: 1.500 x 0,65 / 2 = 487,50 Euro

mit Zuverdienst: 1.500 - 1.000 = 500, 500 x 0,65 = 325 Euro,
Nebenbedingung.: Sind 325 Euro höher oder niedriger als 50% des Basiselterngeldes ohne Zuverdienst? – Ja
ElterngeldPlus beträgt somit 325 Euro pro Monat

Insgesamt:
Basiselterngeld: 12 x 325 Euro = 3.900 Euro
Elterngeld Plus: 24 x 325 Euro = 7.800 Euro,
in diesem Beispiel also doppelt so viel

Entgeltfortzahlung

Für jede Arbeitsunfähigkeit (AU) besteht für Arbeitnehmer ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens sechs Wochen.

Der Anspruch beginnt nach Ablauf von 4 Wochen ab Beginn eines Angestelltenverhältnisses.
In diesem Zeitraum besteht jedoch voller Anspruch auf Krankengeldzahlung bei der GKV.
Nach Ablauf dieser ersten vier Wochen besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen.

Hinweis:
Bei privaten Krankentagegeldern setzt der Anspruch nach Ablauf derKarenzzeitein. Bei einer privaten Krankheitskostenvollversicherung besteht also vor Ablauf der Karenzzeit kein Anspruch auf Lohnersatzleistungen und mithin eine Versorgungslücke.

Die Anspruchsdauer verlängert sich nicht, wenn während der AU eine neue Krankheit hinzutritt, die für sich allein ebenfalls AU verursacht.

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung ist bei wiederholter AU wegen derselben Krankheit auf sechs Wochen innerhalb von 12 Monaten begrenzt. Die Zwölf-Monats-Frist braucht nicht mit dem Kalenderjahr identisch sein. War der Arbeitnehmer vor der erneuten AU jedoch mindestens 6 Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig, hat er wieder Anspruch auf sechs Wochen Entgeltfortzahlung.

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht nicht in den ersten vier Wochen nach Beschäftigungsbeginn.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Familienversicherung

Unter Familienversicherung ist die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in der GKV zu verstehen. Rund 16 Mio. Personen in Deutschland sind familienversichert. Diese Mitversicherung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

Mitversicherung des **Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners**:
- Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland
- nicht selbst versicherungspflichtig und nicht selbst freiwillig versichert
- nicht versicherungsfrei und nicht von der Versicherungspflicht befreit
- keine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit.
- kein **Gesamteinkommen** von mehr als mtl. 1/7 der mtl. Bezugsgröße der Sozialversicherung

Zusätzliche Voraussetzungen für die Mitversicherung von **Kindern**:
- immer bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (sofern nicht selbst versicherungspflichtig).
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn nicht selbst erwerbstätig.
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn in Schul- oder Berufsausbildung (auch Studium) oder ein freiwilliges soziales Jahr abgeleistet wird.
  Diese Frist erhöht sich ggf. um die Dauer eines freiwilligen Wehr- oder eines Bundesfreiwilligendienstes, höchstens 12 Monate.
  Darüber hinaus ggf. auch bei einer Unterbrechung durch einen anderen Freiwilligendienst, etwa einen Jugendfreiwilligendienst oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder aber durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer für die Dauer von höchstens 12 Monaten.
- Ohne Altersgrenze sind körperlich, geistig oder seelisch behinderte Kinder mitversichert, die sich aufgrund der Behinderung nicht selbst unterhalten können. Voraussetzung ist, dass bei Eintritt der Behinderung bereits ein Anspruch auf Beitragsfreiheit nach den erwähnten Kriterien bestanden hat.

Als Kinder gelten auch:
- Stiefkinder, die das GKV-Mitglied überwiegend unterhält
- Enkel, die das GKV-Mitglied überwiegend unterhält
- Pflegekinder
- Adoptivkinder (auch wenn die Adoption noch nicht erfolgt ist, aber die Einwilligung der Eltern vorliegt und das Kind bereits bei den Adoptiveltern lebt).

Ein Elternteil GKV-, ein Elternteil PKV-versichert
Familienversicherung des Kindes ist nicht möglich, wenn
- die Eltern miteinander verheiratet sind und
- ein Elternteil nicht gesetzlich versichert ist, und
- dessen Gesamteinkommen höher ist
  als das Gesamteinkommen des gesetzlich versicherten Elternteils und
  regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) übersteigt.

Dies gilt analog auch für eingetragene Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.
Bei der Berechnung von 1/12 des Gesamteinkommens wird wie folgt verfahren:
Bei Arbeitnehmern:
Jahresgehalt inkl. Sonderzahlungen (z.B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld) und vermögenswirksame Leistungen
geteilt durch 12
Bei Selbständigen:
Gewinn vor Steuern geteilt durch 12

Alle Möglichkeiten der Familienversicherung für Kinder von Ehepaaren bzw. eingetragenen Lebenspartnerschaften auf einen Blick (Werte Stand 01.01.2025):

Eltern (Ehepartner; eingetragene Lebenspartner)			**Kind**
PKV-Vollversicherung als Arbeitnehmer am 31.12.2002*	PKV-Vollversicherung sonstige	GKV-Mitglied	Familienversicherung möglich?
Höheres Einkommen und über 5.512,50 Euro		Geringeres Einkommen und unter 5.512,50 Euro	Nein
	Höheres Einkommen und über 6.150,00 Euro	Geringeres Einkommen und unter 6.150,00 Euro	Nein
Höheres Einkommen und über 5.512,50 Euro		Geringeres Einkommen und über 5.512,50 Euro	Nein
	Höheres Einkommen und über 6.150,00 Euro	Geringeres Einkommen und über 6.150,00 Euro	Nein
Geringeres Einkommen und über 5.512,50 Euro		Höheres Einkommen und über 5.512,50 Euro	Ja
	Geringeres Einkommen und über 6.150,00 Euro	Höheres Einkommen und über 6.150,00 Euro	Ja
Höheres Einkommen und unter 5.512,50 Euro		Geringeres Einkommen und unter 5.512,50 Euro	Ja
	Höheres Einkommen und unter 6.150,00 Euro	Geringeres Einkommen und unter 6.150,00 Euro	Ja
Geringeres Einkommen und unter 5.512,50 Euro		Höheres Einkommen und unter 5.512,50 Euro	Ja
	Geringeres Einkommen und unter 6.150,00 Euro	Höheres Einkommen und unter 6.150,00 Euro	Ja
Geringeres Einkommen und unter 5.512,50 Euro		Höheres Einkommen und über 5.512,50 Euro o	Ja
	Geringeres Einkommen und unter 6.150,00 Euro	Höheres Einkommen und über 6.150,00 Euro	Ja

* **Achtung:**
Bestand die PKV-Vollversicherung des Elternteils (als Arbeitnehmer) am 31.12.2002, gilt der Wert nach § 6 Abs. 7 SGB V (Stand 01.01.2025: 5.512,50 Euro)

Eltern sind nicht verheiratet
Sind die Eltern nicht verheiratet bzw. liegt keine eingetragene Lebenspartnerschaft vor, besteht ein Wahlrecht, bei welchem Elternteil das Kind versichert werden soll.

Situation im Scheidungsfall
Im Falle einer rechtsgültigen Scheidung kann ein Kind sowohl bei der Mutter als auch beim Vater familienversichert werden, auch wenn der andere Elternteil privat versichert ist. Dieses Wahlrecht besteht auch dann weiter, wenn im Versorgungsausgleich festgelegt ist, dass ein Elternteil für die Versicherung des Kindes aufzukommen hat. Die in der Tabelle dargestellten Regelungen gelten hier nicht.
Das genannte Wahlrecht aber besteht unabhängig davon**.**

Freiwillige Weiterversicherung, wenn die Voraussetzungen entfallen
Entfallen die Voraussetzungen zur Familienversicherung, setzt automatisch eine freiwillige Weiterversicherung in der GKV ein. Soll in unmittelbarem Anschluss ein Wechsel in die PKV erfolgen, muss innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt einer entsprechenden Mitteilung der GKV der Austritt aus der GKV erklärt werden. Zudem muss (möglichst zeitnah) nachgewiesen werden, dass man in lückenlosem Anschluss PKV-versichert ist.

Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV

Was heißt freiwillige Mitgliedschaft in der GKV?

Zu unterscheiden sind die Pflichtmitgliedschaft (Mitgliedschaft aufgrund gesetzlicher Vorgabe), die Familienversicherung (Mitgliedschaft per Anmeldung durch ein Familienmitglied) und die freiwillige Mitgliedschaft (Mitgliedschaft durch Beitrittserklärung oder automatische Weiterversicherung).

Voraussetzungen für die freiwillige Mitgliedschaft
Grundsätzlich muss vorher eine Mitgliedschaft in der GKV bestanden haben.

Wann ist die freiwillige Mitgliedschaft möglich?
- Für Beschäftigte bei erstmaligem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze im laufenden Beschäftigungsverhältnis während eines Kalenderjahres zum 1.1.des Folgejahres.
- Bei Wechsel aus einem versicherungspflichtigem Beschäftigungsverhältnis in eine selbstständige Tätigkeit.
- Bei Arbeitgeberwechsel mit sofortiger Versicherungsfreiheit.
- Bei Ende der Familienversicherung.
- Für Berufsanfänger mit Entgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.
- Bei Verbeamtung bei vorheriger Mitgliedschaft in der GKV.
- Bei Ende der Versicherungspflicht als Studierende.
- Arbeitnehmer, die erstmals in Deutschland eine Beschäftigung aufnehmen und sofort über der Arbeitsentgeltgrenze verdienen (nicht vor und während der Ausbildung)
- schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung der jeweiligen Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
- Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,

Wie wird man freiwilliges Mitglied der GKV?
Endet eine Pflichtmitgliedschaft oder die Familienversicherung, kann grundsätzlich die Mitgliedschaft als freiwillige fortgeführt werden. Das erfolgt
- durch eine Beitrittserklärung oder
- durch die obligatorische Anschlussversicherung.

Freiwillige Mitgliedschaft durch Beitrittserklärung

Eine Beitrittserklärung ist erforderlich, wenn die betreffende Person unmittelbar vor der freiwilligen Mitgliedschaft nicht in der GKV versichert war.
Grundsätzlich gelten für eine Mitgliedschaft durch Beitrittserklärung Vorversicherungszeiten.
Ausnahmen sind z.B. Berufsanfänger, Zeitsoldaten und Auslandsrückkehrer.
Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen.

Das kann vorkommen bei Berufsanfängern mit einem Einkommen über der JAEG, wenn sie z.B. als Studierende vorher privat versichert waren.
Auch bei Rückkehrern aus dem Ausland ist eine Beitrittserklärung erforderlich.

Obligatorische Anschlussversicherung

In Deutschland besteht die Pflicht zur Krankenversicherung. Um sicherzustellen, dass auch GKV-Mitglieder nach Ende von Versicherungspflicht oder Familienversicherung weiterhin krankenversichert sind, muss die Krankenkasse die bisherige Mitgliedschaft als freiwillige weiterführen, wenn das Mitglied keine anderslautende Erklärung abgibt. Vorversicherungszeiten spielen hierbei keine Rolle.
Die Kasse schreibt diese Mitglieder an. Erklärt die betroffene Person nicht innerhalb **von zwei Wochen** nach Erhalt dieses Schreibens ihren **Austritt** aus der Kasse, entsteht **automatisch** - ohne ausdrückliche Beitrittserklärung - **eine freiwillige Mitgliedschaft** im unmittelbaren Anschluss an die vorherige Absicherung in der GKV.

Wird der Austritt fristgemäß erklärt, endet die GKV-Absicherung rückwirkend mit dem Ende der vorherigen Pflichtmitgliedschaft bzw. Familienversicherung. Der Austritt wird aber nur dann wirksam, wenn ein Nachweis über eine entsprechende Folgeversicherung (z.B. in der PKV) erbracht wird. Ohne diesen Nachweis wird die gesetzliche Krankenversicherung auch dann als freiwillige Mitgliedschaft weitergeführt, wenn der Austritt erklärt worden ist.

Bei bestehenden GKV-Wahltarifen: Austritt auch während der Bindungsfristen möglich
Wahltarife der GKV können eine ein- oder dreijährige Bindungsfrist haben. Im Unterschied zur Kündigung ist ein **Austritt** auch während dieser Bindungsfristen möglich.
Somit kann der Wechsel in die PKV trotz dieser Bindungsfristen unmittelbar zum Ende einer gesetzlichen Pflichtversicherung oder einer Familienversicherung erfolgen. Voraussetzung ist lediglich, dass die Möglichkeit des Austritts innerhalb der Zwei-Wochen-Frist genutzt und das Bestehen einer anderweitigen Versicherung nachgewiesen wird. Letzteres muss nicht unbedingt schon in der Zwei-Wochen-Frist geschehen, aber doch zeitnah.
Dagegen kann eine **Kündigung** erst nach Ablauf der Bindungsfristen erfolgen. Wer in einem Wahltarif versichert ist und die zweiwöchige Austrittsfrist versäumt, wird freiwilliges Mitglied mit Wahltarif und kann die GKV-Mitgliedschaft erst nach Ablauf der Bindungsfrist kündigen. Bezüglich der Bindungsfrist ist auch eine mögliche stillschweigende Verlängerung nach den Satzungsbestimmungen der jeweiligen Krankenkasse für den Wahltarif zu beachten.

Freiwilliges soziales/Freiwilliges ökologisches Jahr FSJ/FÖJ

Dauer

Das FSJ dauert mindestens 6, höchstens 18 Monate, in Ausnahmefällen ist es bis zu 24 Monaten verlängerbar. Ist ein FSJ zunächst auf weniger als 18 Monate abgeschlossen, kann (bei einem Einsatz im Inland) eine Verlängerung auf 15 Monate im Einverständnis mit dem Träger des FSJ erfolgen. Das FSJ kann auch im Ausland abgeleistet werden

Sozialversicherung

Teilnehmerinnen und Teilnehmer am FSJ/FÖJ unterliegen der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung besteht. Da FSJ/FÖJ nicht als geringfügige Beschäftigung gelten, besteht auch Versicherungspflicht in der gesetzlichen Renten-, Unfall-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge werden alleine vom Träger gezahlt.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung aller medizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.
Damit sind diese Gebührenordnungen Abrechnungsgrundlage sowohl bei Privatpatienten, d.h. Patienten, die ihre Behandlung selbst bezahlen und üblicherweise bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind, als auch bei selbst zu zahlenden Leistungen von GKV-Mitgliedern (z.B. IGeL, über Regelversorgung hinausgehende Zahnersatzleistungen o.ä.), die von einem in Deutschland approbierten Arzt bzw. Zahnarzt in Rechnung gestellt werden.

GOÄ

Die GOÄ ist die Verordnung, nach der sich die Vergütung für ärztliche Leistungen für Privatversicherte und Selbstzahler richtet. In der GOÄ sind neben den einzelnen Leistungen auch nähere Abrechnungsbestimmungen aufgeführt. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Bestimmungen, mit denen die Berechtigung bestimmte Leistungen nebeneinander abzurechnen, begründet oder ausgeschlossen wird oder die Abrechnungshäufigkeit beschränkt werden. Die GOÄ besteht aus einem allgemeinen Teil, der die Grundregeln für die Ausübung des ärztlichen Liquidationsrechtes enthält. Daran schließt sich das Gebührenverzeichnis an, welches rund 2.400 einzelne Gebührenordnungspositionen beinhaltet. Jede der aufgeführten Leistungen ist mit einer Nummer gekennzeichnet und mit einer Punktzahl bewertet. Der Arzt berechnet seine Gebühren dadurch, dass er die Punktzahl mit dem aktuellen Punktwert multipliziert. Diese Zwischensumme kann in der Regel mit einem bestimmten Vielfachen multipliziert werden.

GOZ

Die GOZ ist die Verordnung, nach denen sich die Vergütung für zahnärztliche Leistungen für Privatversicherte und Selbstzahler bestimmt. Sie besteht wie die GOÄ aus einem allgemeinen Teil, der die Grundregeln für die Ausübung des zahnärztlichen Liquidationsrechtes enthält. Daran schließt sich das Gebührenverzeichnis an, welches rund 200 einzelne Gebührenordnungspositionen beinhaltet. Der Zahnarzt berechnet seine Gebühren dadurch, dass er die Punktzahl mit dem aktuellen Punktwert multipliziert. Diese Zwischensumme kann in der Regel mit einem bestimmten Vielfachen bewertet werden.

Es wird grundsätzlich zwischen "persönlichen Leistungen" des Arztes/Zahnarztes und "medizinisch-technischen Leistungen" unterschieden.

- Für persönliche Leistungen darf das 1- bis 2,3-fache (Schwellenwert) des Gebührensatzes berechnet werden. Ein Überschreiten des Schwellenwertes bis höchstens zum 3,5-fachen Satz ist nur dann, wenn der Arzt dies schriftlich begründet. Beim Zahnarzt ist eine Begründung für das Überschreiten des Regelhöchstsatzes bereits im Heil- und Kostenplan anzugeben.

- Für medizinisch-technische Leistungen der GOÄ darf das 1- bis 1,8-fache des Gebührensatzes berechnet werden. Ein Überschreiten des Schwellenwertes bis zum 2,5fachen Gebührensatz ist auch hier nur mit einer schriftlichen Begründung möglich.

- Für Laboruntersuchungen darf das 1- bis 1,15fache des Gebührensatzes berechnet werden. Ein Überschreiten des Schwellenwertes bis zum 1,3fachen Gebührensatz muss ebenfalls schriftlich begründet werden.

GebüH

Für Heilpraktiker ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker von 1985 (GebüH) verbreitet. Es hat jedoch nicht den Status einer amtlichen Verordnung und ist daher nicht bindend.

Besonderheiten

Im Rahmen der Gebührenordnungen sind aber auch freie Honorarforderungen (auch über die Höchstsätze hinaus) möglich. Diese sog. Abdingung, die zwischen Arzt/Zahnarzt und dem Patienten schriftlich zu treffen ist, muss die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe) möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Wird eine ärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt und stellen die erbrachten Leistungen insgesamt eine einheitliche medizinische Behandlung mit stationärem Charakter dar, so sind die nach der GOÄ berechneten Gebühren um 15% (bei privatärztlicher Behandlung um 25 %) zu mindern.

Geringfügige Beschäftigung (Minijobs)

Eine geringfügige Beschäftigung (auch „Minijob“ genannt) ist ein Beschäftigungsverhältnis mit einer
- geringen absoluten Höhe des Arbeitsentgelts bis zu einem Arbeitsentgelt von 520 Euro pro Monat oder
- ein Beschäftigungsverhältnis von kurzer Dauer. Dies ist der Fall, wenn die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens 3 Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 520 Euro im Monat übersteigt.

Ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis ist sozialversicherungsfrei (außer Rentenversicherung) der Arbeitgeber muss jedoch eine Pauschale an die Sozialversicherung zahlen.

Ausnahme:
Arbeitnehmer zahlen 3,6% des Entgelts aus dem Minijob in die gesetzliche Rentenversicherung ein, Arbeitgeber tragen 15%

Ein Minijob kann steuer- und sozialversicherungsfrei neben einem steuer- und sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ausgeübt werden (nur nicht beim Arbeitsgeber der Hauptbeschäftigung).

Werden mehrere geringfügige Beschäftigungsverhältnisse nebeneinander ausgeübt, werden sie summiert, d.h. in diesen Fällen kann Steuer- und Sozialversicherungspflicht eintreten, wenn die jeweiligen Grenzen überschritten werden.

Auch im Lohnsteuerrecht gibt es Besonderheiten. Im Normalfall führt der Arbeitgeber eine Lohnsteuerpauschale von 2% des Entgelts ab. Für Arbeitnehmer ist der Minijob steuerfrei.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Minijob-Konstellationen

Minijobs können sowohl ausschließlich als auch in unterschiedlichen Kombinationen ausgeübt werden.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Gesellschafter/Geschäftsführer - GmbH

Aufgrund der Vielfalt an Möglichkeiten, in welchem gesellschaftsrechtlichen Verhältnis der Geschäftsführer zur GmbH stehen kann, ist auch die Beurteilung seiner Funktion in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht in jedem Einzelfall zu prüfen.
Für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung eines geschäftsführenden Gesellschafters ist gem. § 7a SGB IV die Deutsche Rentenversicherung zuständig.
In Betracht kommt die Stellung als Selbstständiger oder als Arbeitnehmer.

Geschäftsführer = Selbstständiger

1. Voraussetzungen

Der Geschäftsführer ist sozialversicherungsrechtlich wie ein Selbstständiger zu behandeln, wenn er: "maßgeblichen Einfluss auf die Geschicke der GmbH ausüben kann."

Rechtsprechung und die Sozialversicherungsträger sind häufig unterschiedlicher Auffassung, ob dieser Einfluss im konkreten Fall gegeben ist. Daher: verbindliche Auskunft gemäß § 7a SGB IV beim Sozialversicherungsträger einholen.

- Grundsätzlich lässt sich sagen, dass ein Geschäftsführer, der einen Kapitalanteil über 50% an der GmbH hat, als Selbstständiger zu behandeln ist.
- Hält der Geschäftsführer genau 50% der Anteile, kann zumindest nicht gegen ihn entschieden werden, so dass auch er maßgeblichen Einfluss ausübt.
- Stehen dem Geschäftsführer jedoch weniger als 50% der Kapitalanteile zu, wird man im Einzelfall entscheiden müssen, ob er auf die Geschicke der GmbH, z.B. durch eine Sperrminorität oder seine überragenden Fachkenntnisse, maßgeblichen Einfluss ausüben kann.

Ausnahmen:
Nimmt der Geschäftsführer die Anteile treuhänderisch wahr, so unterliegt er den Weisungen des Treuhänders. In diesem Fall ist er nicht selbstständig.

2. Folgen

Ist der Geschäftsführer versicherungsrechtlich als Selbstständiger einzustufen, unterliegt er nicht der Sozialversicherungspflicht. Auch das Lohnfortzahlungsgesetz findet auf ihn keine Anwendung.
Fehlen Regelungen zur Fortzahlung der Bezüge, ist jedoch eher von einer weitergehenden Verpflichtung des Betriebes gegenüber dem Geschäftsführer auszugehen
Unabhängig von der Höhe seines Einkommens kann er sich privat krankenversichern oder, falls die Voraussetzungen gegeben sind (§ 9 SGB V), freiwillig in der GKV verbleiben.

Des Weiteren kann er sich nach bisheriger Auffassung freiwillig in der gesetzlichen Rentenversicherung versichern (siehe jedoch unten: Gesellschafter-Geschäftsführer als arbeitnehmerähnliche Selbstständige).
Sinnvoller ist jedoch eine private oder betriebliche Kapitallebens- oder Rentenversicherung.

In der Arbeitslosenversicherung gibt es keine freiwillige Versicherungsmöglichkeit außer bei Selbständigen innerhalb der ersten drei Monate ab Aufnahme der selbständigen Tätigkeit.
Weiterführende Informationen finden Sie hier

Es besteht kein Anspruch auf den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V (Krankenversicherung) und § 61 SGB XI (Pflegeversicherung).

Hinweis: Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall
Das Gesetz enthält für selbstständige GmbH-Geschäftsführer keine konkreten Regelungen über die Dauer der Fortzahlung der Bezüge. Fehlt eine diesbezügliche Regelung, so kann man weder vom Wegfall noch von einer bestimmten Dauer der Gehaltsfortzahlung ausgehen. Eine Zahlungsdauer von 42 Tagen wird aber als üblich angesehen.

Geschäftsführer = Arbeitnehmer

1. Voraussetzungen

Der Geschäftsführer ist sozialversicherungsrechtlich wie ein Arbeitnehmer zu behandeln, wenn er keinen maßgeblichen Einfluss ausüben kann. Dies wird bei Kapitalbeteiligungen unter 50% schwierig zu beurteilen sein.
Die Tatsache, dass der Geschäftsführer einen Arbeitsvertrag mit gleichbleibender monatlicher Bezahlung, Urlaubsanspruch und Entgeltfortzahlung hat, ist allein nicht entscheidend. Eine Abhängigkeit wird auch nicht dadurch begründet, dass er außerordentliche Geschäfte mit dem Beirat abstimmen muss. Vielmehr muss er "funktionsgerecht" dienend am Arbeitsprozess beteiligt sein.
Hinzukommen muss, dass er nach seiner Arbeitsplatzbeschreibung der Gesellschafterversammlung unterstellt ist und dabei nur im Rahmen der Gesellschafterbeschlüsse handeln darf. Er darf keinen Einfluss auf die Geschicke der Gesellschaft kraft seines Anteils am Stammkapital geltend machen.

2. Folgen

Der Geschäftsführer ist sozialversicherungsrechtlich wie ein Arbeitnehmer zu behandeln. Er kann nur dann eine private Krankenvollversicherung abschließen, wenn sein Verdienst über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Ebenso unterliegt er der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein gegliedertes System gesundheitlicher Sicherung, GKV und PKV stehen gleichberechtigt nebeneinander. Rund 90 Prozent der Bevölkerung, also etwa 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

Wer keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat, ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, wenn er zuletzt gesetzlich krankenversichert war oder der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist.

Rund 16 Millionen Menschen sind als Familienangehörige mitversichert. Für sie müssen keine Beiträge gezahlt werden. Sie haben die gleichen Ansprüche auf Leistungen wie die beitragszahlenden Mitglieder (ausgenommen: Krankengeld).

Die GKV bietet unterschiedlichen Personen- und Berufsgruppen einen Schutz im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsgrundversorgung. Die Leistungen der GKV sind für alle Mitglieder einheitlich. In der Regel werden dabei Sach- und Dienstleistungen erbracht. Die von der GKV zu gewährenden Leistungen müssen nach § 12 SGB V "... ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiben."

Zum Personenkreis der GKV-Versicherten gehören
- Versicherungspflichtige (z. B. Beschäftigte mit einem Bruttojahreseinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Krankenversicherung; Arbeitslose),
- Personen, die in der GKV bleiben trotz Versicherungsfreiheit (z. B. Beschäftigte mit einem Bruttojahreseinkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze),
- Selbstständige, die in der GKV freiwillig versichert sind (anders Landwirte und Künstler),
- Ehegatten und Kinder von Mitgliedern, die unter bestimmten Voraussetzungen in eine Familienversicherung - ohne eigenen Beitrag - einbezogen sind,
- Bestimmte Personengruppen können in der GKV versichert sein, obwohl sie das Recht haben, sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien zu lassen.
- Andere besitzen eine Versicherungsberechtigung in der GKV und können dieser auf Antrag freiwillig beitreten (z. B. erstmalig Beschäftigte, Familienangehörige eines Versicherten, deren Familienversicherung erlischt).

Grundsätze der GKV

1. Wirtschaftlichkeitsgebot

Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Vor allem dürfen die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (z.B. Mehrbettzimmer). Ab 01.01.1993 haftet der Geschäftsführer einer Krankenkasse für den Fall, dass mit seinem Wissen Leistungen ohne rechtliche Grundlage oder gegen geltendes Recht erbracht wurden.

2. Sachleistungsprinzip

Der Versicherte hat i.d.R. Anspruch darauf, dass ihm die Leistung von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird (z.B. Vertragsärzte) oder sie Zuschüsse zahlt (z.B. bei Zahnersatz).

3. Solidaritätsprinzip

Die Beiträge richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten (prozentual vom Gehalt bzw. von den Einkunftsarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Gesundheitliche Risiken werden nicht berücksichtigt. Der Anspruch auf die medizinischen Leistungen ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge.

4. Selbstverwaltungsprinzip

Die GKV ist eigenständigen Verwaltungsträgern in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts übertragen und die Verwaltung dieser Körperschaften ist den betroffenen Arbeitnehmern und Arbeitgebern überantwortet.

Seit dem 01.01.1996 besteht keine Unterscheidung mehr zwischen Pflicht- und Ersatzkassen. Den GKV-Mitgliedern steht die Wahl zwischen allen gesetzlichen Kassen offen. Die einzige Ausnahme bildet die Landwirtschaftliche Krankenkasse. Sie behält auch weiterhin ihre Funktion als Pflichtkasse.

Seit dem 01.01.1997 können alle gesetzlich Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen. Dabei sind jedoch Kündigungstermine und Mindestversicherungszeiten zu berücksichtigen.

Träger der GKV
Die gesetzliche Krankenversicherung wird von den Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts getragen. Die GKV-Versicherten können ihre Krankenkasse frei wählen.

Leistungen
Der Leistungsrahmen wird zu ca. 95% durch das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vorgegeben. Die Krankenkassen dürfen in ihren jeweiligen Satzungen darüber hinaus gehende Leistungen anbieten.

Gesetzlicher Beitragszuschlag (GBZ)

Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurde zum 01.01.2000 der gesetzliche Beitragszuschlag (GBZ) zur Beitragssicherung im Alter eingeführt. Rechtsgrundlage ist § 149 VAG – Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

Ab Ende des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet worden ist, werden diese ausschließlich zur Begrenzung der Beiträge im Alter eingesetzt und dienen somit ebenfalls zur Stabilisierung der Beiträge.

Wen betrifft der GBZ und in welchen Tarifen wird er erhoben?

Alle Personen, die sich seit dem 01.01.2000 privat voll versichert haben, zahlen spätestens ab dem Kalenderjahr, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem sie das 60. Lebensjahr vollenden den GBZ in Höhe von 10 Prozent der betreffenden Beiträge (vgl. § 149 VAG).

Erhoben wird der Zuschlag spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, welches auf das Kalenderjahr folgt, in dem der Versicherte das 21. Lebensjahr vollendete. Davon machen einige Wettbewerber Gebrauch.
Wegen dieser unterschiedlichen Regelungen (technisches Eintrittsalter) kann es vorkommen, dass bei Berechnungen für ein Unternehmen der Zuschlag im Vorsorgevorschlag vorhanden ist, und bei einem anderem nicht.

Für Personen, die bereits vor diesem Zeitpunkt versichert waren, wurde der Beitragszuschlag erst ab dem 01.01.2001 erhoben, wenn sie dem nicht widersprochen haben. Er wurde, beginnend mit 2 Prozent, über fünf Jahre hinweg in 2-Prozent-Schritten kontinuierlich angehoben, bis zu Beginn des fünften Jahres der volle Zuschlag von 10 Prozent erreicht wurde.

Der Beitragszuschlag wird prozentual vom Tarifbeitrag abzüglich Anrechnungsbetrag berechnet. Gegebenenfalls vorhandene versicherungsmedizinische Zuschläge sowie Auslandszuschläge und Beitragsentlastungskomponenten werden nicht berücksichtigt.

Wie bei den Krankheitskostenversicherungen, so beteiligt sich der Arbeitgeber entsprechend auch an dem Beitragszuschlag, sofern der Höchstbetrag für den Arbeitgeberzuschuss noch nicht ausgeschöpft ist. Dies bedeutet, dass vom Arbeitnehmer ggf. nur der entsprechende Anteil des Zuschlages zu tragen ist.

Zuschlagspflichtig sind grundsätzlich alle Krankheitskostentarife in der Einzel- und Gruppenversicherung einschließlich der Beihilfetarife (ambulant, stationär, Zahn).

Bei folgenden Versicherungen wird kein Zuschlag erhoben:
- Krankenhaustagegeldversicherungen
- Verdienstausfallversicherungen
- Kurkostenversicherungen
- Auslandsreisekrankenversicherungen
- Pflegepflicht- und Pflegeergänzungsversicherungen
- Beitragsentlastungstarife

Bei folgenden Versicherungen wird der Zuschlag erst erhoben, wenn die Tarife in die Grundtarife umgestellt werden bzw. die Ursprungsversicherung wieder in Kraft tritt:
- Anwartschaftsversicherungen
- Ausbildungsversicherungen
- Ergänzungsversicherungen mit Optionsrecht

Bei einer Anwartschaftsversicherung wird der GBZ zunächst nicht erhoben. Erst wenn diese in eine Krankheitskostenvollversicherung umgestellt wird, erfolgt die Erhebung des GBZ.

Bei Wechsel des Versicherers gilt:
Unabhängig davon, ob beim alten Versicherer der GBZ gezahlt wurde oder nicht, gilt der Wechsel zum neuen Versicherer als Neugeschäft. Damit wird der Zuschlag ohne Widerspruchsrecht sofort in voller Höhe fällig.
Erworbene Anrechte aus einem bestehenden GBZ werden bei Versicherungsbeginnen ab 2009 im Umfang des Basistarifs auf den neuen VR übertragen (Portabilität)

Die Mittel aus dem GBZ kommen in voller Höhe den Versicherten zugute. Dem Zuschlag werden insbesondere keine Anteile für Provisionen oder Verwaltungskosten entnommen. Die Mittel werden unmittelbar der Alterungsrückstellung zugeführt, die verzinslich angelegt wird.

Phasen

- Phase 1 (20 bis Vollendung des 60. Lebensjahres) - Beitragszuschlag und Verzinsung:
  In Abhängigkeit vom jeweiligen Tarif wird der GBZ ab Beginn des Kalenderjahres erhoben, in dem der Kunde das 20. oder 21. Lebensjahr vollendet, spätestens ab Beginn des nachfolgenden Kalenderjahres. Die mit diesem Zuschlag eingezogenen Gelder werden als zusätzliche Rückstellungen angesammelt und wie folgt verzinst:
  gesetzlicher Höchstrechnungszins
  plus 90 Prozent der zusätzlich vom Versicherer erwirtschafteten Überzinsen
  (Überzinsen = Zinsen, die über dem Höchstrechnungszins liegen).

- Phase 2 (ab 60 Jahre) - Verzinsung:
  Ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Jahr der Vollendung des 60. Lebensjahres des Kunden folgt, wird der Beitragszuschlag nicht mehr erhoben. Der Beitrag reduziert sich dann um den GBZ. Die bis dahin gebildete Rückstellung wird aber für weitere fünf Jahre vom Versicherer wie in Phase 1 verzinst.

- Phase 3 (ab 65 Jahre) - Limitierung von Beitragsanpassungen:
  In dem Kalenderjahr, in dem der Kunde das 65. Lebensjahr vollendet, enden die Zahlungen des GBZ. Die bis dahin gebildete Rückstellung (inklusive Verzinsung) wird vollständig zur Limitierung der notwendigen Beitragsanpassungen eingesetzt. Nicht verwendete Limitierungsmittel werden weiterhin wie in Phase 1 und 2 verzinst.

- Phase 4 (ab 80 Jahre) - Beitragsentlastung:
  Ab Beginn des Kalenderjahres, das auf das Jahr der Vollendung des 80. Lebensjahres des Kunden folgt, wird die gesamte, für die bisherige Beitragslimitierung nicht benötigte Rückstellung zur sofortigen Beitragssenkung genutzt.

GKV-Versicherte im öffentlichen Dienst

Freiwillig GKV-versicherte Beamte:

Grundsatz: Behandlung nach Sachleistungsprinzip auf GKV-Karte

aber: bis zu 100% (je nach Bundesland) Beihilfe für nicht von der GKV gedeckte Kosten
z.T. -je nach Bundesland- Wahlleistungen bei stationärer Behandlung
(Achtung: Einschränkungen der einzelnen Beihilfeverordnungen beachten)

Freiwillig GKV-versicherte Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst:

Grundsatz: Behandlung nach Sachleistungsprinzip auf GKV-Karte

aber: wenn grundsätzlich Beihilfeanspruch besteht:
Beihilfe für nicht von der GKV gedeckte Kosten wie Zahnersatz und z.T.-je nach Bundesland-
Wahlleistungen bei stationärer Behandlung nach dem persönlichen Bemessungssatz.
(Achtung: Einschränkungen der einzelnen Beihilfeverordnungen beachten)

Pflichtversicherte Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst:

Grundsatz: Behandlung nach Sachleistungsprinzip auf GKV-Karte

aber: wenn grundsätzlich Beihilfeanspruch besteht:
Beihilfe, wenn die GKV nicht leistet (z.B. Heilpraktiker).
Beihilfe, wenn die GKV nur Zuschuss gewährt (z.B. Zahnersatz).
Es besteht kein Anspruch auf Wahlleistungen.
(Achtung: Einschränkungen der einzelnen Länder beachten)

Grenzgänger

Siehe Grenzgänger unter Auslandsaufenthalt

Heilfürsorge

Als Heilfürsorge bezeichnet man den Anspruch auf (in der Regel) kostenlose medizinische Versorgung, die als Fürsorgeleistung des Dienstherrn bei Berufen mit mit erhöhter Gefahr für Leib und Leben hauptsächlich für Soldaten, Polizei- und Feuerwehr während ihrer aktiven Dienstzeit gewährt wird.

Hinweise:
- Zollbeamte und Zollbeamtenanwärter bekommen keine Heilfürsorge, sondern Beihilfe.
- Justizvollzugsbeamte (JVA-Beamte) und JVA-Beamtenanwärter bekommen keine HeilfürHeilvürsorge, sondern Beihilfe, können aber vor Verbeamtung au Widerruf bzw. Probe/Lebenszeit unwiderruflich Heilfürsorge wählen.

Grundlage sind Verordnungen des Bundes bzw. der einzelnen Länder.
In der Regel entsprechen die Leistungen der Art nach denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung, in der Höhe gehen sie allerdings bisweilen über diese hinaus.
Ehegatten und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten sind berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder.

Allgemeines

1. Überblick: Wo und für wen gibt es Heilfürsorge?

Dienstherr	Polizeianwärter	Soldaten / Polizeivollzugsbeamte	Beamte der Berufsfeuerwehr
Bundeswehr	--	***Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung***	---
Bundespolizei	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***	---
Baden-Württemberg	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge*** *ferner:* *von JVA-Beamten wählbar*	***Heilfürsorge für Beamte im Ersatzdienst***
Bayern	***Heilfürsorge (Bereitschaftspolizei in Gemeinschaftsunterkünften)***	***Nur während Einsatz oder Übung***	Beihilfe
Berlin	***Anwärter des einfachen und mittleren Dienstes: Heilfürsorge***	***Nur während Einsatz oder Übung***	Beihilfe
Brandenburg	***Heilfürsorge***	***Einstellung bis 1996 Heilfürsorge*** Einstellung nach 1996: Beihilfe ***Einstellung seit 2019; Heilfürsorge, gegen Beihilfe abwählbar***	Beihilfe
Bremen	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***
Hamburg	*H**eilfürsorge***	***Seit 01.10.2014 hat Hamburg die Heilfürsorge***	***Seit 01.10.2014 hat Hamburg die Heilfürsorge***

Dienstherr	Polizeianwärter	Soldaten / Polizeivollzugsbeamte	Beamte der Berufsfeuerwehr
		wieder eingeführt: Polizisten, die nach dem 1. Januar 2005 mit Beihilfeanspruch eingestellt worden waren, hatten 18 Monate lang ein Wahlrecht, ob sie Beihilfe oder Heilfürsorge in Anspruch nehmen wollen.	***wieder eingeführt:*** Feuerwehrleute, die nach dem 1. Januar 2005 mit Beihilfeanspruch eingestellt worden waren, hatten 18 Monate lang ein Wahlrecht, ob sie Beihilfe oder Heilfürsorge in Anspruch nehmen wollen.
Hessen	***Polizeihauptwachtmeisteranwärter:*** ***Heilfürsorge*** Alle übrigen: Beihilfe	***Polizeihauptwachtmeister und Polizeimeister bei der Bereitschaftspolizei: Heilfürsorge*** Alle übrigen: Beihilfe	Beihilfe ***Ausnahme: Gemeinden können Beamten auf Probe im Einsatzdienst der Berufsfeuerwehr freie Heilfürsorge gewähren (Beispiel: Frankfurt am Main)***
Mecklenburg-Vorpommern	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge für Beamte im feuerwehrtechnischen Dienst der Berufsfeuerwehren und an der Landesschule für Brand- und Katastrophenschutz***
Niedersachsen	***Heilfürsorge*** Alle neu eingestellten Polizisten haben das Recht, von der Heilfürsorge in die Beihilfe zu wechseln (ohne Widerrufsmöglichkeit)	***Seit 01.01.2017 hat Niedersachsen die Heilfürsorge wiedereingeführt*** Polizisten, die nach dem 01.01.1999 mit Beihilfeanspruch eingestellt worden waren, hatten 12 Monate lang ein Wahlrecht, ob sie Beihilfe oder Heilfürsorge in Anspruch nehmen wollen. Alle neu eingestellten Polizisten haben das Recht, von der Heilfürsorge in die Beihilfe zu wechseln (ohne Widerrufsmöglichkeit)	***Heilfürsorge für Beamte im Einsatzdienst***
Nordrhein-Westfalen	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***	Beihilfe
Rheinland-Pfalz	***Bereitschaftspolizei: Heilfürsorge*** Alle übrigen: Beihilfe	***Bereitschaftspolizei: Heilfürsorge*** Alle übrigen: Beihilfe	Beihilfe
Saarland	Beihilfe	Beihilfe	Beihilfe
Sachsen	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge für Beamte des feuerwehrtechnischen Dienst der Berufsfeuerwehren***

Dienstherr	Polizeianwärter	Soldaten / Polizeivollzugsbeamte	Beamte der Berufsfeuerwehr
Sachsen-Anhalt	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge für Beamte des feuerwehrtechnischen Dienst der Berufsfeuerwehren im Einsatz***
Schleswig-Holstein	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge***	***Heilfürsorge für Beamte des feuerwehrtechnischen Dienst der Berufsfeuerwehren im Einsatz***
Thüringen	***Heilfürsorge***	Beihilfe, ***Heilfürsorge nur bei speziellen Einsätzen***	Beihilfe

2. Ergänzender privater Versicherungsschutz

Mit dem Ausscheiden der Heilfürsorgeberechtigten aus dem aktiven Dienst endet in jedem Fall die Heilfürsorge. Bei Eintritt in den Ruhestand entsteht ein Anspruch auf Beihilfe. Für diese Situation sollten die Polizeivollzugsbeamten mit einer Anwartschaftsversicherung Vorsorge treffen. Dabei stehen folgende Möglichkeiten offen.

- **Kleine Anwartschaft Heilfürsorge (Tarif F)**
  Durch den Abschluss des Tarifs F erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht auf Abschluss von Krankheitskostentarifen, die nach Wegfall der Heilfürsorge den Beihilfeanspruch ergänzen. Dies geschieht ohne erneute Gesundheitsprüfung, jedoch zum dann erreichten Alter. Es wird keine Alterungsrückstellung aufgebaut. Es wird empfohlen, den Tarif F nur in den ersten Jahren der Tätigkeit zu führen und dann auf die große Anwartschaft umzustellen.
  Tarif F kann nicht soloi b estehen.

- **Große Anwartschaftsversicherung Heilfürsorge**
  Im Unterschied zu Tarif F werden hier Alterungsrückstellungen aufgebaut und es erfolgt die Umstellung in Beihilfetarife aus der großen Anwartschaftsversicherung zum ursprünglichen Eintrittsalter. Der Beitrag für eine große Anwartschaftsversicherung ist entsprechend höher, der für den späteren Versicherungsschutz aber deutlich niedriger als bei einer kleinen Anwartschaft. Die große Anwartschaft empfiehlt sich vor allem bei langen Zeiträumen.

- **Hinweis zu stationären Wahlleistungen**
  Da die Heilfürsorge und auch die spätere Beihilfe in einigen Bundesländern nicht für stationäre Wahlleistungen aufkommen, kann hier neben KGZ1/2 bzw. KS1/2 zugleich eine Anwartschaft auf BKH2 100 / BKH1 abgeschlossen werden, um den Anspruch auf stationäre Wahlleistungen bei Wechsel in den Ruhestand sicherzustellen.

- **Pflegeversicherung**
  Ist Heilfürsorgeberechtigte müssen in jedem Fall eine Pflegepflichtversicherung (Tarif PVB) abschließen.
  Auch die Kombination von Tarif PVB und Beihilfe bietet im Pflegefall nur eine Grundabsicherung. Nutzen Sie die Gelegenheit, die Absicherung der Heilfürsorgeberechtigten und ihrer Familien mit den Pflegeergänzungstarifen der DKV zu optimieren.

Besonderheit: Dienstanfänger bei der Polizei / Polizeipraktikanten
Wird vom Dienstherrn ein Polizeipraktikum für Dienstanfänger mit Beihilfeanspruch angeboten zur Vorbereitung auf die Ausbildung, können die Dienstanfänger/Praktikanten eine beihilfekonforme Restkostenversicherung in den Anwärtertarifen abschließen.
Zu Beginn der eigentlichen Ausbildung ist dann ausnahmsweise eine Umstellung in Tarif F mit PVB möglich oder aber in eine große Anwartschaftsversicherung auf beihilfekonforme Restkostenversicherung, (maßgebend dafür sind die Angaben in den nachfolgenden Bedarfstabellen)
Dies wird direkt beim Erstantrag so mit dem Kunden vereinbart

Bundeswehr

Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung (Heilfürsorge) in der Bundeswehr	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält diese Versorgung während der aktiven Dienstzeit?	Freiwillig Wehrdienstleistende sowie Zeit- und Berufssoldaten
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	• Freiwillig Wehrdienstleistende: keine Beihilfe (oft GKV) • Zeitsoldaten: Zugangsrecht zur GKV als freiwillig Versicherter • Berufssoldaten: Beihilfe Bund als Versorgungsempfänger Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Bei Zeit- und Berufssoldaten gelten die Angehörigen als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Bund. Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Soldaten **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Zeitsoldaten**	• Tarif F mit PVB Dann anzubieten, wenn kein langfristiger Heilfürsorge-/ Beihilfeanspruch aufgrund Berufsplanung des Kunden zu erwarten ist) Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich oder • Normale große Anwartschaft (GANW) mit PVB bei längerer Dienstzeit BK 30 + BKH2 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) + PVB bzw. BKE 30 + BEXE + PVB oder • Tarif KOPT bzw. GANW auf Tariffamilien BMK oder BME, jeweils mit PVB, wenn offenbleiben soll, ob am Ende auf Vollversicherung, beihilfeergänzende Versicherung oder Ergänzungsversicherung
• **Berufssoldaten**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB. **Achtung:** Bei Zeitsoldaten besteht ggf. noch SPV. In diesem Fall ist ein statt PVB ein anderer Tarif zu F zu kombinieren, siehe nächste Zeile.

Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), * KABN / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzversicherung, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich. Bei Berufssoldaten: neben KGZ1/2 (bzw. KS1/ bzw. UZ1/2 bzw. KSU) * ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Bund)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kind 20) - BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2: auch KBCK möglich PVB, Pflegezusatzvers.
wenn GKV, SPV versichert	BKH2 30 (Kind: 20) + BKH1 – wenn berücksichtigungsfähig, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z, / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers. wenn BKH 2: auch KBCK möglich, bei Bedarf Krankentagegeld

***** **Hinweis zur Beratungsdokumentation bei Abschluss stationärer Wahltarife:**
Bei Soldaten, die in der Nähe eines Bundeswehr-Krankenhauses stationiert sind und Tarife der Krankheitskostenteilversicherung für stationäre Wahlleistungen abschließen möchten, muss folgendes unbedingt in die Beratungs-Dokumentation aufgenommen werden:
„Der Kunde wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er, solange er in der Nähe eines Bundeswehr-Krankenhauses als Soldat stationiert ist, kaum eine Möglichkeit haben wird, Leistungen aus Tarifen für stationäre Wahlleistungen zu in Anspruch zu nehmen."

zurück: Heilfürsorge

Bundespolizei

Heilfürsorge für Bundespolizeibeamte/-beamtinnen (früher Bundesgrenzschutz)	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	Bundespolizisten, auch in Ausbildung Hinweis: Beamte der früheren Bahnpolizei erhalten Beihilfe
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Bund Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Bund Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Bundespolizeibeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Bundespolizisten (Beamte), heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU1/2) **, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT v.a. auch für Einbettzimmer, KKUR, Pflegezusatzvers. wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.

Berücksichtigungsfähige Angehörige *** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Bund)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 + BX (oder BEX), bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2 30: auch KBCK möglich, PVB , Pflegezusatzvers.
wenn GKV, SPV versichert	BKH2 30 (Kind: 20) + BKH1 – wenn berücksichtigungsfähig, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers. wenn BKH 2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)
Sonderfall: Bundespolizeibeamte der ehemaligen Bahnpolizei, beihilfeberechtigt (Altbestand) ****	BK + BKH2 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE + BEXE (Beihilfeanspruch 50% bzw. 70%, berücksichtigungsfähige Ehepartner 30%, - Kinder 20%), KKHT, KKUR, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers.

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

**** Hinweis zur Beratungsdokumentation bei Abschluss stationärer Wahltarife:**
Gemäß Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung § 12 Abs. 2 iVm. VVBPolHfV Nr. 12.3 haben Heilfürsorgeberechtigte der Bundespolizei in eingeschränktem Umfang Anspruch auf stationäre Wahlleistungen.
Bei Bundespolizisten, die Tarife der Krankheitskostenteilversicherung für stationäre Wahlleistungen abschließen möchten, muss folgendes unbedingt in die Beratungs-Dokumentation aufgenommen werden:
„Der Kunde wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Kostenerstattung aus diesen Tarifen die stationären Wahlleistungen gemäß Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung angerechnet werden."

*** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA bzw. BKE ff.).
Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

**** Am 01.04.1992 wurde die Bahnpolizei aufgelöst und in den Bundesgrenzschutz überführt, welcher am 01.07.2005 in Bundespolizei umbenannt worden ist. Bis 01.04.1992 waren Bahnpolizeibeamte beihilfeberechtigt. Bei der Überführung in den Bundesgrenzschutz konnten diese wählen, ob sie Beihilfe beibehalten oder in Heilfürsorge wechseln wollten.
Ab dem Stichtag 01.04.1992 aber gilt: Alle, die für die Aufgaben der früheren Bahnpolizei beim Bundesgrenzschutz bzw. später bei der Bundespolizei neu eingestellt werden, sind heilfürsorgeberechtigt.

Hinweis:
Von der Bundespolizei zu unterscheiden ist die **Polizei beim Deutschen Bundestag**, eine eigenständige Polizeieinheit mit Verfassungsrang
Wer bis 31.12.2021 Polizist beim Deutschen Bundestag geworden ist, hat Beihilfeanspruch wie Bundesbeamte, für die Angehörigen gilt das Gleiche wie bei Bundesbeamten, siehe unter Beihilfe Bund.
Ab 01.04.2022 kann er jederzeit, aber endgültig von der Beihilfe in die Heilfürsorge wechseln. Dann hat Heilfürsorgeanspruch wie Bundespolizisten, für die Angehörigen gilt das Gleiche wie bei Bundespolizisten.
Wer ab 01.01.2022 Polizist beim Deutschen Bundestag wird, hat Heilfürsorgeanspruch wie Bundespolizisten, für die Angehörigen gilt das Gleiche wie bei Bundespolizisten.

zurück: Heilfürsorge

Baden-Württemberg

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Baden-Württemberg	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeibeamte des Landes Baden-Württemberg • Beamte des technischen Dienstes der Landesfeuerwehrschulen • Beamte des Einsatzdienstes der Feuerwehr auch in Ausbildung Justizvollzugsbeamte (Justizvollzug, Werkdienst, Abschiebehaft) können vor Verbeamtung auf Widerruf bzw. auf Probe/Lebenszeit einmalig und unwiderruflich Heilfürsorge (statt Beihilfe) wählen
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Baden-Württemberg. (Wahlleist. nur mit Gehaltsabzug 22 Euro mtl.) Bemessungssatz Versorg.empf.: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Baden-Württemberg Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%), Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	Keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	ja, für Pflege, sowie für Leistungen nach Beihilfe BaWü für • Inlays, • Kosten bei Heilpraktikerbehandlung • Wahlleistungen bei stationärer Behandlung gem. BVO (nur, wenn Einverständnis mit mtl. Abzug von den Bezügen v. 22 Euro erklärt) Bemessungssatz: 50 % (70% ab 2 berücks.fähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich. beide kombinieren.)	
Polizei- und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
Beamte, heilfürsorgeberechtigt	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BX (oder BEX) (Achtung: BKH2 50 / 30 + BKH1 aktiv möglich, s.o.) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BX (oder BEX) (Achtung: BKH2A 50 / 30 + BKH1A aktiv möglich, s.o.) bzw. BKE30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	wenn Wahlleistungen gewählt**: BKH2 30 + BKH1; Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers., wenn BKH 2: auch KBCK möglich

Berücksichtigungsfähige Angehörige **/*** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Baden-Württemberg)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BX (oder BEX) + wenn Wahlleistungen: BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1; bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers.,
wenn GKV, SPV versichert	wenn Wahlleistungen: BKH2 30 (Kind: 20) + BKH1–wenn berücks.fähig; Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers., wenn BKH 2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** **Wahlleistungsbeihilfe abgelehnt – 100% Zusatzversicherung für Wahlleistungen möglich**
Hat sich der Kunde gegen die Wahlleistungsbeihilfe entschieden, möchte zu einem späteren Zeitpunkt aber doch Wahlleistungen beanspruchen, ohne dass ein beamtenrechtlicher Statuswechsel eintritt, können folgende Tarife versichert werden:

- **für Beamte selbst** und
  für berücksichtigungsfähige Angehörige, die GKV, SPV versichert sind:
  KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU),
  wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2) gewählt wird, kann auch KBCK versichert werden.
  Neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH1 möglich, um ggf. beihilfekonforme Restkostenversicherung für eine Wahlerklärung für die Wahlleistungsbeihilfe nach dem nächsten beamtenrechtlichen Statuswechsel sicherzustellen.
  Letzteres gilt für den Beamten selbst nicht, wenn er schon auf Lebenszeit verbeamtet ist, wohl aber für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die noch als Witwe(r) oder Waisen einen eigenen beamtenrechtlichen Status mit Beihilfeberechtigung bekommen können.
- **für berücksichtigungsfähige Angehörige, die nicht GKV, nicht SPV versichert sind:**
  BKH2 100 + BKH 1, wenn die gesamte beihilfeergänzende Restkostenabsicherung bei der DKV versichert ist.

*** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.).
Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Bayern

Heilfürsorge für Polizeibeamte/-beamtinnen in Bayern	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeibeamte der Bereitschaftspolizei in Ausbildung, wenn sie in Gemeinschaftsunterkünften wohnen • Übrige Polizeibeamte nur während eines Einsatzes oder einer Übung Hinweis: Ansonsten erhalten Polizeibeamte Beihilfe
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Bayern Bemessungssatz nach Ausbildung: 50 / 70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Bayern Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	Keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	Keine (Einsatz/Übung: zu kurz für Umstellung in Anwartschaften) zum bedarfsgerechten Versicherungsschutz siehe Beihilfe Bayern Bedarf
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Normale Große Anwartschaft BK 50 / 30 + BKH2 50 / 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE (Empfehlung: Da nur während Ausbildung, reicht grundsätzl. Tarif F) • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.

Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Bayern)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	BKH2 30 (Kind: 20) + BKH1 – wenn berücksichtigungsfähig, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.).
Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Berlin

Heilfürsorge für Polizeibeamte/-beamtinnen in Berlin	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Beamte des einfachen und mittleren Dienstes der Schutzpolizei während der Ausbildung • Übrige Polizeivollzugsbeamte nur während einer besonderen Verwendung oder Bereitstellung Hinweis: Ansonsten erhalten Polizeivollzugsbeamte Beihilfe
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Berlin (**ohne Wahlleistungen**) Bemessungssatz nach Ausbildung: 50 (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Berlin Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	Keine (bes. Verwendung/Bereitstellung: zu kurz für Umstellung in Anwartschaften) zum bedarfsgerechten Versicherungsschutz siehe Beihilfe Berlin Bedarf
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Normale Große Anwartschaft BK 50 / 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE (Empfehlung: Da nur während Ausbildung, reicht grundsätzlich Tarif F) • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 100 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Berlin)	

nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU)), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Brandenburg

Heilfürsorge für Polizeibeamte/-beamtinnen in Brandenburg	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	Heilfürsorge erhalten Polizeivollzugsbeamte • in der Ausbildung • wenn Dienstverhältnis bereits vor dem 01.01.1997 bestand oder • wenn Dienstverhältnis ab dem 01.01.2018 beginnt, können aber nach der Ausbildung unwiderruflich in die Beihilfe wechseln. Beihilfe erhalten alle weiteren Polizeivollzugsbeamten, können aber bis 31.12.2019 in die Heilfürsorge wechseln.
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Brandenburg (**ohne Wahlleistungen**) Bemessungssatz nach Ausbildung: 50 (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern) Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Brandenburg Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	--
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt mit Diensteintritt vor 01.01.1997, wenn nicht Beihilfe gewählt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Normale Große Anwartschaft BK 50 / 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE (Empfehlung: Da nur während Ausbildung, reicht grundsätzlich. Tarif F) • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzversicherung, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 100 / BKH1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.

Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Brandenburg)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzversicherung wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Bremen

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Bremen	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeivollzugsbeamte, auch in Ausbildung • Feuerwehrbeamte, auch in Ausbildung
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge	Beihilfe Bremen (**ohne Wahlleistungen**) Bemessungssatz nach Ausbildung: 50 % (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern) Bei Versorgungsempfängern ist Grundbemessungssatz um 10%-Punkte erhöht, für Ehe-/Lebenspartner mit Beihilfeanspruch +5%-Punkte, für berücksichtigungsfähige Kinder je +5%-Punkte (insgesamt max. 80%); Bemessungssatz für Witwe(r), Waise: je +5%-Punkte (insgesamt max. 85%)
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Bremen Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	Keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche? *	ja, für Pflege, hier Bemessungssatz Pflege: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern); sowie für andere beihilfefähige Leistungen nach Vorleistung / Anrechnung der Heilfürsorge: 70% / 80% (wie oben bei berücks.fähigen Angehörigen)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte	
Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 20-40 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 20-40 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich.
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 20-40 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 20-40 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich.
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB **
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 100 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.

Berücksichtigungsfähige Angehörige *** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Bremen)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kinder 20) + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kinder 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* Familienbeihilfe: gleicher Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
Grundbemessungssatz 50%.

** PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

*** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.).
Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Bremerhaven

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Bremerhaven	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeivollzugsbeamte, auch in Ausbildung • Feuerwehrbeamte, auch in Ausbildung
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Bremen **(ohne Wahlleistungen)** * Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 60-80% Bei Versorgungsempfängern ist Grundbemessungssatz um 10%-Punkte erhöht, für Ehe-/Lebenspartner mit Beihilfeanspruch +5%-Punkte, für berücksichtigungsfähige Kinder je +5%-Punkte (insgesamt max. 80%); Bemessungssatz für Witwe(r), Waise: je +5%-Punkte (insgesamt max. 85%)
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Bremen * Bemessungssatz: 55-70% Bei Ehe-/Lebenspartnern mit Beihilfeanspruch ist Grundbemessungssatz um 5%-Punkte erhöht, für berücksichtigungsfähige Kinder je +5%-Punkte (insgesamt max. 70%)
Beitrag für Heilfürsorge	Keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche? *	ja, für Pflege, hier Bemessungssatz Pflege: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern); sowie für andere beihilfefähige Leistungen nach Vorleistung / Anrechnung der Heilfürsorge: 55-70% (wie oben bei berücks.fähigen Angehörigen)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 20-40 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 20-40 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich.
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 20-40 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 20-40 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich.
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB **
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2°100 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.

Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Bremen)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kinder 20) + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kinder 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* Familienbeihilfe: gleicher Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
Grundbemessungssatz 50%.

** PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

*** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Hamburg

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Hamburg	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Vor 01.01.2005 eingestellte Polizeivollzugs- und Feuerwehrbeamte auch in Ausbildung (Bestandschutz). Seit 01.01.2005 Kürzung Bruttogrundgehalt um 1,4% (außer in der Ausbildung) Feuerwehrbeamte, auch in Ausbildung • Alle ab 01.01.2005 und vor 01.09.2014 neu eingestellten Polizeivollzugs- und Feuerwehrbeamten erhielten keine Heilfürsorge mehr, hatten aber Beihilfeanspruch. Seit 01.10.2014 haben sie ein 18-monatiges Recht auf Wechsel zur Heilfürsorge. Bei erfolgtem Wechsel besteht einmaliges Recht, unwiderruflich zur Beihilfe zurück zu kehren. • Alle, die am 30.09.2014 Polizei- und Feuerwehrbeamten in Hamburg waren oder danach eingestellt wurden bzw. werden, sind seit dem 01.10.2014 wieder heilfürsorgeberechtigt, solange sie Anspruch auf Besoldung haben oder Elternzeit beanspruchen. Sie haben aber einmalig das Recht, unwiderruflich zur Beihilfe zu wechseln.
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Hamburg (**ohne Wahlleistungen**) Bemessungssatz nach Ausbildung: 50 (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern) Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Hamburg Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	Pauschale 1,4% vom Bruttogehalt, s.o., nicht bei Beamte/Beamtinnen auf Widerruf
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	ja, für Pflege, sowie für Leistungen nach Beihilfe Hamburg nach Vorleistung / Anrechnung Heilfürsorge Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücks.fähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt (Diensteintritt vor 01.01.2005, Diensteintritt ab 30.09.2014, Diensteintritt 01.01.2005 bis vor 30.09.2014: 18 Mon. Wechselre.)**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger BK 50 / 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) BKE 50 / 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *

Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich' neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2°100 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Hamburg)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Hessen

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Hessen	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Heilfürsorge Polizei ist fast ausgelaufen. Sie erhalten nur noch: - Polizeihauptwachtmeisteranwärter der Bereitschaftspolizei - Polizeihauptwachtmeister der Bereitschaftspolizei - Polizeimeister der Bereitschaftspolizei • Nur Frankfurt: Feuerwehrleute in Ausbild. bzw. als Beamte auf Probe eingestellt erhalten bis Verbeamtung auf Lebenszeit (mind. bis 27. Lebensjahr, Heilfürsorge. Hinweis: Ansonsten erhalten Polizei- und Berufsfeuerwehrleute Beihilfe, sind aber in der Regel über die freie Arzt- und Medizinkasse Frankfurt, einer Mischung aus Beihilfestelle und PKV, versichert.
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Hessen * - Bemess.satz Versorg.empf.: 60% (75% stat.) bis 80% (85% stat.) Bei Versorgungsempfängern ist Grundbemessungssatz um 10%-Punkte erhöht, für Ehe-/Lebenspartner mit Beihilfeanspruch +5%-Punkte, für berücksichtigungsfähige Kinder je +5%-Punkte (insgesamt max. 80%); für stationär jeweils zusätzlich +15%-Punkte (insgesamt max. 85%). Bemessungssatz für Witwe(r), Waise: je +5%-Punkte (insgesamt max. 85%); für stationär jeweils zusätzlich +15%-Punkte (insgesamt max. 85%)
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Hessen * Bemessungssatz: 55 % (70% stat.) bis 70 % (85% stat.) Bei Ehe-/Lebenspartnern mit Beihilfeanspruch ist Grundbemessungssatz um 5%-Punkte erhöht, für berücksichtigungsfähige Kinder je +5%-Punkte (insgesamt max. 70%); für stationär jeweils zusätzlich +15%-Punkte (insgesamt max. 85%).
Beitrag für Heilfürsorge	Keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche? *	ja, für Pflege, hier Bemessungssatz Pflege: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern); sowie für andere beihilfefähige Leistungen nach Vorleistung / Anrechnung der Heilfürsorge: 55% (70% stat.) bis 70% (85% stat.) (wie oben bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Hessen)	
Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK15-25 +BKHE15 +BX (oder BEX) (Achtung: BKH2 15-35 + BKH1 aktiv möglich, s.u.) –bzw. BKE 15-25 + BKEH 15 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich

• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** (in Ausbildung“)	Keine - Ausnahme Feuerwehr Frankfurt: • Tarif F oder • Normale große Anwartschaft BK 15-35 + BKHE 15 + BX (oder BEX) (Achtung: BKH2A 15-35 + BKH1A aktiv möglich, s.u.) bzw. BKE 15-35 + BKEH 15 + BEXE (Empfehlung: Da nur während Ausbildung, reicht Tarif F) • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB **
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	Wenn Wahlleistungen gewählt ***: BKH2 15-35 + BKH1, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH 2: auch KBCK möglich
Berücksichtigungsfähige Angehörige ***/*** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Hessen)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 15-30 + BKHE15 + BX (oder BEX) + wenn Wahlleistungen BKH2 15-30 + BKH 1, bzw. • BKE 15-30 + BKEH 15 + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	Wenn Wahlleistungen: BKH2 15-30 + BKH1 – wenn berücksichtigungsfähig, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* Familienbeihilfe –
gleicher Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
Grundbemessungssatz 50%.

** PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

*** **Wahlleistungsbeihilfe abgelehnt – 100% Zusatzversicherung für Wahlleistungen möglich**
Hat sich der Kunde gegen die Wahlleistungsbeihilfe entschieden, möchte zu einem späteren Zeitpunkt aber doch Wahlleistungen beanspruchen, ohne dass ein beamtenrechtlicher Statuswechsel eintritt, können folgende Tarife versichert werden:

- **für Beamte selbst** und
  für berücksichtigungsfähige Angehörige, die GKV, SPV versichert sind:
  KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU),
  wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2) gewählt wird, kann auch KBCK versichert werden.
  Neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH1 möglich, um ggf. beihilfekonforme Restkostenversicherung für eine Wahlerklärung für die Wahlleistungsbeihilfe nach dem nächsten beamtenrechtlichen Statuswechsel sicherzustellen.
  Letzteres gilt für den Beamten selbst nicht, wenn er schon auf Lebenszeit verbeamtet ist, wohl aber für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die noch als Witwe(r) oder Waisen einen eigenen beamtenrechtlichen Status mit Beihilfeberechtigung bekommen können.
- **für berücksichtigungsfähige Angehörige, die nicht GKV, nicht SPV versichert sind:**
  BKH2 100 + BKH 1, wenn die gesamte beihilfeergänzende Restkostenabsicherung bei der DKV versichert ist.

**** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Mecklenburg-Vorpommern

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Mecklenburg-Vorpommern	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeivollzugsbeamte, auch in Ausbildung • Feuerwehrbeamte, auch in Ausbildung
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern (**ohne Wahlleistungen**) Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
Beamte, heilfürsorgeberechtigt	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich Neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 100 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX), bzw. • BK 30 (Kind: 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,

wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Niedersachsen

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen im Einsatzdienst in Niedersachsen	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Alle Polizeivollzugsbeamte, deren Dienstverhältnis bereits vor dem 01.02.1999 bestand oder die vor dem 01.01.2006 mit bestehender Heilfürsorgeberechtigung in den Dienst von Niedersachsen versetzt wurden, sind heilfürsorgeberechtigt, wenn sie nicht vom Recht auf Wechsel in die Beihilfe Gebrauch gemacht haben (und dabei bleiben). • Alle ab dem 01.01.2006 und vor dem 01.01.2017 neu eingestellten Polizeivollzugsbeamten erhielten keine Heilfürsorge mehr, hatten aber Beihilfeanspruch, Vom 01.01.-31.12.2017 haben sie und alle anderen Polizeivollzugsbeamten, die in die Beihilfe gewechselt sind, das Recht, in die Heilfürsorge zu wechseln. • Alle ab 01.01.2017 neu eingestellten Polizeivollzugsbeamten sind heilfürsorgeberechtigt • Aktive Feuerwehrbeamte/-beamtinnen des Einsatzdienstes sind unabhängig vom Beginn des Dienstverhältnisses heilfürsorgeberechtigt, auch in Ausbildung • Heilfürsorge kann auch künftig von Polizeivollzugsbeamten jederzeit unwiderruflich zugunsten der Beihilfe abgelehnt werden. Wenn Kommunen es vorsehen, gilt das auch für Feuerwehrbeamte (§§ 114,115 NBG)
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Niedersachsen **(ohne Wahlleistungen)** Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Niedersachsen Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	1,3 % vom Gehalt (bei Polizeivollzugsbeamten)
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte	
Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter Feuerwehr heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich

Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB*
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 100 / BKH1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Niedersachsen)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 100 (Kind: 100) + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kind 20) – BEXE, KKHT, KKUR, wenn BKH2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Nordrhein-Westfalen

Heilfürsorge für Polizeibeamte/-beamtinnen in Nordrhein – Westfalen	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	Polizeivollzugsbeamte, auch in Ausbildung
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe NRW Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe NRW Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	ja, für Pflege, sowie für Leistungen nach Beihilfe Nordrhein - Westfalen nach Vorleistung / Anrechnung Heilfürsorge Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücks.fähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BX (oder BEX) (Achtung: BKH2 50 / 30 + BKH1 aktiv möglich, s.u.) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BX (oder BEX) (Achtung: BKH2A 50 / 30 + BKH1A aktiv möglich, s.u.) bzw. BKE 30 + BEXE) • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB*
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	BKH2 50 / 30 + BKH1, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH 2: auch KBCK möglich
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Nordrhein-Westfalen)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,

wenn GKV, SPV versichert	BKH2 30 (Kind: 20) + BKH1 – wenn berücksichtigungsfähig, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Rheinland-Pfalz

Heilfürsorge für Polizeibeamte/-beamtinnen in Rheinland-Pfalz	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	Polizeibeamte der Bereitschaftspolizei, auch in Ausbildung, die bereits am 30.09.2017 heilfürsorgeberechtigt waren, alle anderen erhalten Beihilfe.
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Rhld.-Pf. (Wahlleist. nur mit Gehaltsabzug 26 Euro mtl.) Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Rheinland-Pf. Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	ja, für Pflege, sowie für Leistungen nach Beihilfe Rheinland - Pfalz nach Vorleistung / Anrechnung Heilfürsorge Wahlleistungen bei stationärer Behandlung (nur, wenn Einverständnis mit mtl. Abzug von den Bezügen v. 26 Euro erklärt) Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücks.fähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BX (oder BEX) (Achtung: BKH2 50 / 30 + BKH1 aktiv möglich, s.u.) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BX (oder BEX) (Achtung: BKH2A 50 / 30 + BKH1A aktiv möglich, s.u. bzw. BKE 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB*
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	wenn Wahlleistungen gewählt **: BKH2 50 / 30 + BKH 1; Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH 2: auch KBCK möglich
Berücksichtigungsfähige Angehörige **/* (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Rheinland-Pfalz)	

nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BX (oder BEX) + wenn Wahlleistungen: BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	wenn Wahlleistungen: BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 – wenn berücksichtigungsfähig; Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH 2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** **Wahlleistungsbeihilfe abgelehnt – 100% Zusatzversicherung für Wahlleistungen möglich**
Hat sich der Kunde gegen die Wahlleistungsbeihilfe entschieden, möchte zu einem späteren Zeitpunkt aber doch Wahlleistungen beanspruchen, ohne dass ein beamtenrechtlicher Statuswechsel eintritt, können folgende Tarife versichert werden:

- **für Beamte selbst** und
  für berücksichtigungsfähige Angehörige, die GKV, SPV versichert sind:
  KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU),
  wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2) gewählt wird, kann auch KBCK versichert werden.
  Neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH1 möglich, um ggf. beihilfekonforme Restkostenversicherung für eine Wahlerklärung für die Wahlleistungsbeihilfe nach dem nächsten beamtenrechtlichen Statuswechsel sicherzustellen.
  Letzteres gilt für den Beamten selbst nicht, wenn er schon auf Lebenszeit verbeamtet ist, wohl aber für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die noch als Witwe(r) oder Waisen einen eigenen beamtenrechtlichen Status mit Beihilfeberechtigung bekommen können.
- **für berücksichtigungsfähige Angehörige, die nicht GKV, nicht SPV versichert sind:**
  BKH2 100 + BKH 1, wenn die gesamte beihilfeergänzende Restkostenabsicherung bei der DKV versichert ist.

*** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Saarland

Polizeibeamte/-beamtinnen und Berufsfeuerwehrleute des Saarlandes erhalten keine Heilfürsorge, sondern Beihilfe.

zurück: Heilfürsorge

Sachsen

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Sachsen	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeibeamte, auch in Ausbildung • Technische Feuerwehrbeamte, auch in Ausbildung
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Sachsen. Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Sachsen. Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Sachsen)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 10 + BKH2 10 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 10 + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,

wenn GKV, SPV versichert	BKH2 10 + BKH 1 – wenn berücksichtigungsfähig Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH2: auch KBCK möglich, bei Bedarf Krankentagegeld

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Sachsen-Anhalt

Heilfürsorge für Polizei- und Feuerwehrbeamte/-beamtinnen in Sachsen – Anhalt	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeivollzugsbeamte, auch in Ausbildung • Beamte des feuerwehrtechn. Dienstes im Einsatzdienst, auch in Ausbildung
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge? **Hinweis** **Wechselrecht in Beihilfe beachten**	Beihilfe Sachsen-Anhalt Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70% - Beamtenanwärter haben nach Abschluss der Ausbildung zur Verbeamtung auf Probe oder Lebenszeit ein einmaliges Recht, in die Beihilfe zu wechseln. - Neu eingestellte, heilfürsorgeberechtigte Beamte oder heilfürsorgeberechtigte Beamte, die nach Sachsen-Anhalt wechseln, haben sofort ein einmaliges Recht, statt Heilfürsorge die Beihilfe zu wählen. Anders als Heilfürsorgeberechtigte haben Beihilfeberechtigte in Sachsen-Anhalt Beihilfeanspruch auf stationäre Wahlleistungen.
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Sachsen-Anhalt Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	Mtl. Besoldungseinbehalt vom Bruttogrundgehalt - nach Besoldungsgruppen in fünf Stufen gestaffelte Festbeträge monatlich vom Bruttogehalt einbehalten. Sie bewegen sich in einer Bandbreite zwischen 6,67 und 36,67 Euro. Gilt nicht für Berücksichtigungsfähige Angehörige, Heilfürsorgeempfänger in Elternzeit und freiwillig gesetzlich krankenversicherte Heilfürsorgeberechtigte Je Kind, das am 01.01. des jeweiligen Jahres berücksichtigungsfähig ist, vermindert sich der Betrag um 2,10 Euro.
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücks.fähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 30 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 30 / 50 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Wechselrecht in Beihilfe beachten	s.o. unter Allgemeines
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *

Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Sachsen-Anhalt)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 (Kind 20) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	BKH2 30 (Kind: 20) + BKH1 – wenn berücksichtigungsfähig Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Schleswig-Holstein

Heilfürsorge für Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte in Schleswig – Holstein	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	• Polizeivollzugsbeamte, auch in Ausbildung (Alleinerziehende auch während sich an Elternzeit anschließender Beurlaubung ohne Besoldung, wenn nicht unwiderruflich Beihilfe gewählt wird) **Hinweis** (siehe § 212 und 195 Abs. 3 LBG-SH): ○ Polizeibeamte konnten bis 30.06.2006 statt Heilfürsorge unwiderruflich Beihilfe wählen. ○ Neueinstellungen ab 07/2006 wählen innerhalb 6 Monaten. ○ Nach der Ausbildung besteht dieses Wahlrecht erneut. • Beamte des feuerwehrtechnischen Dienstes/Einsatzdienstes
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Schleswig-Holstein **(ohne Wahlleistungen)** Bemessungssatz Versorgungsempfänger: 70%
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Schleswig - Holst. Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner (mit Beihilfeanspruch) 70% (bei 2 und mehr berücks.f. Kindern 90%), Kinder 80% (bei 3 und mehr berücks.f. Kindern 90)
Beitrag für Heilfürsorge	Bei Wahl der Heilfürsorge werden 1,4% des Grundgehaltes (bzw. des Anwärtergrundbetrages) mtl. abgezogen
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	• Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE oder • Tarif F Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Große Anwartschaft für Heilfürsorgeempfänger (Empfehlung bei langen Zeiträumen) BK 30 + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. BKE 30 + BEXE • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 100 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.

Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Schleswig-Holstein)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 / 10*** (Kind: 20 / 10****) + BKH2 100 + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 / 10*** (Kind 20 / 10****) + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH 2 100: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,
wenn GKV, SPV versichert	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), ~~,~~ Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/2 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

*** bei 2 und mehr gleichzeitig berücksichtigungsfähigen Kindern

**** bei 3 und mehr gleichzeitig berücksichtigungsfähigen Kindern

zurück: Heilfürsorge

Thüringen

Heilfürsorge für Polizeibeamte/-beamtinnen in Thüringen	
Allgemeines (Heilfürsorgeanspruch setzt grundsätzlich Anspruch auf Besoldung voraus)	
Wer erhält Heilfürsorge während der aktiven Dienstzeit?	Polizeivollzugsbeamte in der Ausbildung (im Bildungszentrum und an der Verwaltungsfachhochschule - Fachbereich Polizei) Hinweis: Ansonsten erhalten Polizeivollzugsbeamte Beihilfe
Welche Krankenversorgung besteht nach Entfall Heilfürsorge?	Beihilfe Thüringen Bemessungssatz aktiver Dienst: 50% / 70% ab 2 berücksichtigungsfähigen Kindern
Welche Krankenversorgung besteht für die Angehörigen?	Sie gelten als berücksichtigungsfähig nach Beihilfe Thüringen. Bemessungssatz: Ehe-/Lebenspartner 70%, Kinder 80%
Beitrag für Heilfürsorge	keiner
Bestehen über die Heilfürsorge hinaus Beihilfeansprüche?	nein, außer für Pflege, hier: Bemessungssatz: 50% (70% ab 2 berücks.fähigen Kindern)
Anwartschaft/Versicherungsschutz (Kein F solo. Kein PVB solo. Grundsätzlich beide kombinieren.)	
Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte **Anwartschaftsversicherung für den Versicherungsschutz nach Entfall Heilfürsorge**	
• **Beamte, heilfürsorgeberechtigt**	Keine zum bedarfsgerechten Versicherungsschutz siehe Beihilfe Thüringen Bedarf
• **Beamtenanwärter, heilfürsorgeberechtigt** („in Ausbildung“)	• Tarif F oder • Normale Große Anwartschaft BK 50 / 30 + BKH2 50 / 30 + BKH 1 + BEX bzw. BKE 50 / 30 + BEXE (Empfehlung: Da nur während Ausbildung, reicht grundsätzlich Tarif F) • Umstellung von Tarif F in Große Anwartschaft ist möglich
Pflege (neben Heilfürsorge)	PVB *
Zusätzlich versicherbar (neben Heilfürsorge)	KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU), Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn KGZ1/22 (bzw. KS1/2): auch KBCK möglich neben KGZ1/2 (bzw. KS1/2 bzw. UZ1/2 bzw. KSU) ist Anwartschaft auf BKH2 30 / BKH 1 möglich, um beihilfekonforme Restkostenversicherung für stationäre Wahlleistungen nach Ende Heilfürsorgeberechtigung sicher zu stellen.
Berücksichtigungsfähige Angehörige ** (zu den Voraussetzungen der Berücksichtigungsfähigkeit siehe unter Beihilfe Thüringen)	
nicht GKV, nicht SPV versichert	• BK 30 (Kind: 20) + BKH2 30 (Kind: 20) + BKH 1 + BX (oder BEX) bzw. • BKE 30 + BEXE KKHT, KKUR, wenn BKH2: auch KBCK möglich, PVB, Pflegezusatzvers,

wenn GKV, SPV versichert	BKH2 30 (Kind: 20) + BKH1 – wenn berücksichtigungsfähig, Z80 / Z90 / Z100, PLS, KABN/Z / KHMR / KSHR, KAZM, KKHT, KKUR, Pflegezusatzvers, wenn BKH2: auch KBCK möglich, (bei Bedarf Krankentagegeld)

* PVB: Die Ausbildungsvariante ist PVK mit Formular A44/1

** Ist der Heilfürsorgeberechtigte in Ausbildung, können er und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch BKA ff. statt BK ff. bzw. BKEA ff. statt BKE ff. wählen (Kinder jedoch nur BKA ff. bzw. BKE ff.). Bei Anwartschaft zu Ausbildungstarifen immer normale Große AW wählen, da sie nur 5% beträgt, weil keine Alterungsrückstellungen gebildet werden.

zurück: Heilfürsorge

Höchstbeiträge GKV / SPV

Der Höchstbeitrag zur GKV wird ermittelt durch die Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze mit dem durchschnittlichen Beitragssatz. Der Höchstbeitrag der GKV beträgt heute gegenüber dem Höchstbeitrag von 1970 mehr als das 15fache.
Zusätzlich zum GKV-Beitrag ist seit 1995 der Beitrag für die Pflegepflichtversicherung (SPV) zu zahlen.

Entwicklung der Höchstbeiträge in der GKV seit 1970 und in der SPV (seit 1995) (Stand jeweils aktuell)

Jahr	mtl. Beitr.-bemess.-grenze	Ø allg. Beitr.satz GKV	Ø mtl. Höchst-beitrag GKV	Steige-rung	Beitr.-satz SPV	mtl. Höchst-beitrag SPV	mtl. Höchst-beitrag SPV mit Kin-derlosen-zuschlag	Ø mtl. Gesamt-Höchst-beitrag GKV	Steige-rung
	(in DM)	(in %)	(in DM)	(in %)	(in %)	(in DM)	(in DM)	(in DM)	(in %)
1970	1.200	8,20	98,40	16,93					
1971	1.425	8,20	116,85	18,75					
1972	1.575	8,40	132,30	13,22					
1973	1.725	9,20	158,70	19,95					
1974	1.875	9,50	178,13	12,24					
1975	2.100	10,50	220,50	23,79					
1976	2.325	11,30	262,73	19,15					
1977	2.550	11,40	290,70	10,65					
1978	2.775	11,40	316,35	8,82					
1979	3.000	11,30	339,00	7,16					
1980	3.150	11,50	362,25	6,86					
1981	3.300	11,80	389,40	7,49					
1982	3.525	12,00	423,00	8,63					
1983	3.750	11,80	442,50	4,61					
1984	3.900	11,40	444,60	0,47					
1985	4.050	11,80	477,90	7,49					
1986	4.200	12,20	512,40	7,22					
1987	4.275	12,60	538,65	5,12					
1988	4.500	12,90	580,50	7,77					
1989	4.575	12,90	590,18	1,67					
1990	4.725	12,80	604,80	2,46					
1991	4.875	12,20	594,75	-1,66					
1992	5.100	12,50	637,50	7,19					
1993	5.400	13,40	723,60	13,51					
1994	5.700	13,40	763,80	5,56					
					Einf. SPV				
1995	5.850	13,20	772,20	1,10	1,00	99,45		871,65	14,12
1996	6.000	13,40	804,00	4,10	1,70	102,00		906,00	3,94
1997	6.150	13,30	817,95	1,74	1,70	104,55		922,50	1,82
1998	6.300	13,60	856,80	4,75	1,70	107,10		963,90	4,49
1999	6.375	13,50	860,63	0,45	1,70	108,38		969,01	0,53
2000	6.450	13,50	870,79	1,18	1,70	109,65		980,44	1,18
2001	6.525	13,50	880,88	1,16	1,70	110,93		991,81	1,16

Jahr	mtl. Beitr.-bemess.-grenze	Ø allg. Beitr.satz GKV	Ø mtl. Höchst-beitrag GKV	Steige-rung ggü. Vor-wert	allg. Beitr.-satz SPV	mtl. allg Höchst-beitrag SPV	mtl. Höchst-beitrag SPV mit Kin-derlosen-zuschlag	Ø mtl. Gesamt-Höchst-beitrag GKV	Steige-rung ggü. Vor-wert
	(in Euro)	(in %)	(in Euro)	(in %)	(in %)	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in %)
2002	3.375,00	14,00	472,50	4,91	1,70	57,38		529,88	4,49
2003	3.450,00	14,30	493,25	4,39	1,70	58,65		552,00	4,18
2004	3.487,50	14,30	498,12	0,99	1,70	59,29		558,00	1,09
							Einf. Kin-derlosen-zuschlag		
1 - 6.2005	3.525,00	14,20	500,55	0,50	1,70	59,93	68,74	569,29	2,02
		Einf. Sonder-beitr.Satz (in %)							
7 - 12.2005	3.525,00	13,30 + 0,90	468,82 + 31,73	0,50	1,70	59,93	68,74	569,29	2,02
2006	3.562,50	13,30 + 0,90	473,81 + 32,06	1,01	1,70	60,56	69,47	575,34	1,06
2007	3.562,50	13,30 + 0,90	473,81 + 32,06	0,00	1,70	60,56	69,47	575,34	1,06
2008	3.600,00	13,90 + 0,90	500,40 + 32,40	5,30	1,95	70,20	79,20	612,00	6,37
01.01.2009		**Einf. einheitl. allg. Beitr. satz** (in %)							
1-6.2009	3.675,00	15,50	569,63	6,9	1,95	71,66	80,85	650,48	6,29
7 - 12.2009	3.675,00	14,90	547,58	- 3,87	1,95	71,66	80,85	628,43	-3,39
2010	3.750,00	14,90	558,75	2,04	1,95	73,13	82,50	641,25	2,04
2011	3.712,50	15,50	575,44	2,99	1,95	72,39	81,68	657,11	2,47
2012	3.825,00	15,50	592,86	3,03	1,95	74,59	84,15	677,03	3,03
2013	3.937,50	15,50	610,32	2,94	2,05	80,72	90,56	700,88	3,52
2014	4.050,00	15,50	627,75	2,86	2,05	83,03	93,15	720,90	2,86
01.01.2015		**Einf. kassen-indiv. Zusatz-beitr.satz, hier Ø** (in %)							
2015	4.125,00	14,60 + 0,9	639,38	1,85	2,35	96,94	107,25	746,63	3,57
2016	4.237,50	14,60 + 1,1	665,21	4,04	2,35	99,58	110,18	775,46	3,86
2017	4.350,00	14,60 + 1,1	682,95	2,67	2,55	110,93	121,80	804,75	3,78
2018	4.425,00	14,60 + 1,0	690,30	1,08	2,55	112,84	123,90	814,20	1,17
2019	4.537,50	14,60 + 0,9	703,31	1,02	3,05	138,39	149,74	853,05	4,77
2020	4.687,50	14,60 + 1,1	735,94	4,64	3,05	142,97	154,69	890,63	4,40
2021	4.837,50	14,60 + 1,3	769,16	4,51	3,05	147,54	159,64	928,80	4,29
2022	4.837,50	14,60 + 1,3	769,16	0,00	3,05	147,54	164,48	933,64	0,00
01-06.2023	4.987,50	14,60 + 1,6	807,98	5,05	3,05	152,12	169,58	977,56	3,37
07-12.2023	4.987,50	14,60 + 1,6	807,98	0,00	3,40	169,58	199,50	1.007,48	1,82
2024	5.175,00	14,60 + 1,7	843,53	4,40	3,40	175,96	207,00	1.050,53	4,29
2025	5.512,50	14,6 + 2,5	942,64	11,75	3,60	198,46	231,53	1.174,17	11,77

Insolvenzgeld

Bei festgestellter **Zahlungsunfähigkeit** eines Arbeitgebers (Insolvenz) haben Arbeitnehmer Anspruch auf Insolvenzgeld.
Dieses wird von der Bundesagentur für Arbeit gemäß § 183 ff. SGB III in Höhe des ausstehenden Nettoarbeitsentgeltes für die letzten drei Monate vor

- der gerichtlichen Eröffnung des Insolvenzverfahrens bzw.
- deren Abweisung mangels Masse zur Deckung der Verfahrenskosten bzw.
- bei vollständiger Einstellung der Betriebstätigkeit im Inland

gezahlt.
Insolvenzgeld ist steuer- und beitragsfrei, unterliegt aber dem Progressionsvorbehalt.
Die Zahlung des Insolvenzgeldes **löst keine Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung aus**, auch wenn es in der Regel unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Höhe des Insolvenzgeldes

Das Insolvenzgeld wird in Höhe des Nettoarbeitsentgelts gewährt, das sich ergibt, wenn das auf die monatliche Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung begrenzte Bruttoarbeitsentgelt um die gesetzlichen Abzüge vermindert wird. Hierzu gehören anteilig auch Sonderzahlungen, wie z.B. Weihnachtsgeld, zusätzliche Urlaubsgelder, Jubiläumszuwendungen und Provisionen.

Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Neben dem Insolvenzgeld, das der Arbeitnehmer erhält, zahlt die Agentur für Arbeit gem. § 28d SGB IV auf Antrag der zuständigen Einzugsstelle (Krankenkasse) auch die für den Insolvenzgeld-Zeitraum rückständigen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung sowie die Beiträge zur Arbeitsförderung.

Beitragszuschüsse des Arbeitgebers

Beitragszuschüsse des Arbeitgebers für **freiwillig oder privat Kranken- und/oder Pflegeversicherte** (nach § 257 SGB V bzw. nach § 61 SGB XI), sowie Beitragszuschüsse zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung für von der Rentenversicherungspflicht befreite Arbeitnehmer (nach § 172 Abs. 2 SGB VI) gehören ebenfalls zum Arbeitsentgelt und werden zusätzlich zum Insolvenzgeld ausgezahlt. Für die Beitragszahlung sind die Versicherten selbst verantwortlich.

Anträge auf Insolvenzgeld

werden an die Bundesagentur für Arbeit gerichtet.

Hinweise

- Gesetzliche Grundlage: § 3 Abs. 1 Nr. 10, § 116 Nr. 5, §§ 183 ff., §§ 323 ff. SGB III.
- Antrag auf Insolvenzgeld, Insolvenzgeldbescheinigung und weitere Formulare finden sich im Arbeitsagentur-Merkblatt 10 "Insolvenzgeld für Arbeitnehmer“

Jahresarbeitsentgelt (JAE) - Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Jahresarbeitsentgelt (JAE)

Welche Einkommen zählen zum JAE?
Zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt gehören alle Bezüge, die Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung darstellen und mindestens einmal jährlich gezahlt werden. Es kommt grundsätzlich auf die Regelmäßigkeit der Einkünfte an.

Im Einzelnen (Aufzählung nicht abschließend)**:**
- Bereitschaftsdienstvergütungen,
- Erfolgsbeteiligungen,
- Grundgehalt,
- Gewinnanteile,
- Lebensversicherungsprämien aufgrund von Gehaltsverzicht zu den sog. Direktversicherungen, wenn sie 4% der Beitragsbemessungsgrundlage RV übersteigen.
  (umstritten ist die Einbeziehung, wenn diese aus einer Sonderzahlung finanziert wird),
- Leistungsprämien,
- Pauschalierte Mehrarbeitsvergütungen (arbeitsvertraglich festgelegt),
- regelmäßig wiederkehrende Provisionszahlungen im Rahmen des Arbeitsverhältnisses,
- Sachbezüge, z.B. Eigennutzung eines Dienst-Kfz,
- Schichtzulagen,
- Urlaubsgeld,
- Vergütung für vertraglich fest vereinbarte Überstunden,
- Vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers,
- Weihnachts- und Neujahrszuwendungen, 13. und 14. Monatsgehalt und ähnliche Gratifikationen, auf die ein Rechtsanspruch besteht.
- Zuschuss des Arbeitgebers zu einer privaten Kranken-Zusatzversicherung des Arbeitnehmers

Nicht dazu zählen:
- Übergangsgebührnisse nach § 11 SVG (BSG-Urteil vom 13. 6. 2007 – B 12 KR 14/06 R)
- nicht pauschal vergütete Überstunden

Aufstockungsbetrag bei Altersteilzeit
Zum Jahresarbeitsentgelt gehört nicht der sogenannte Aufstockungsbetrag, den ein Arbeitnehmer im Rahmen einer Altersteilzeit-Tätigkeit erhält.

Zusammenrechnung bei mehreren Beschäftigungen
Übt der Arbeitnehmer mehrere Beschäftigungen aus, so sind die Entgelte hierfür bei der Berechnung zu addieren.

Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) bestimmt, ab welcher Höhe des jährlichen Brutto-Arbeitsentgelts ein Arbeitnehmer nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, weshalb sie auch als Versicherungspflichtgrenze bezeichnet wird. Sie unterliegt einer jährlichen Überprüfung und ggf. Anpassung. Sie wird unterscheiden in:

Allgemeine JAEG
Dieser Wert gilt zur Ermittlung der Versicherungsfreiheit von Personen, die nicht bereits am 31.12.2002 als Beschäftigte wegen Überschreitens der JAEG privat vollversichert waren.

Besondere JAEG
Dieser (niedrigere) Wert gilt für Personen, die am 31.12.2002 (Stichtag) als Arbeitnehmer wegen Überschreitens privat krankenvollversichert waren. Dies gilt für ihr gesamtes Erwerbsleben, auch dann, wenn sie zwischenzeitlich in der GKV versichert sind oder waren.

Die besondere JAEG entspricht auch der Beitragsbemessungsgrenze (BBG).

Informationen zur Entwicklung der JAEG seit 2002 finden Sie hier.

Kindergeld

Ohne Einschränkung besteht Kindergeld-Anspruch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes.

Berücksichtigt werden:
- leibliche Kinder
- Stiefkinder
- Pflegekinder (im Haushalt lebend)
- Enkel und Geschwister, die im Haushalt des Berechtigten leben.

Kindergeld-Anspruch für Kinder über 18 Jahre besteht nur,
- bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, wenn sie arbeitslos gemeldet sind
-. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie
  - in Schul- oder Berufsausbildung oder im Studium stehen oder
  - sich im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr befinden oder
  - ausbildungssuchend sind, aber nachweislich keinen Ausbildungsplatz haben oder
  - sich in einer Zwischenzeit bis zu vier Monaten zwischen zwei Ausbildungsabschnitten befinden

  und keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Dabei ist Teilzeitarbeit bis zu 20 Wochenarbeitsstunden, ein Ausbildungsverhältnis oder ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis im Sinne der §§ 8 und 8a SGB IV unschädlich.
  Diese Regelung gilt auch nach Abschluss der ersten Berufsausbildung bzw. eines Erststudiums bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres weiter, solange eines der vier genannten Kriterien weiter erfüllt ist.

Zeiten des freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres hingegen verlängern die Bezugsdauer nicht, da während dieser Zeit der Kindergeld-Anspruch fortbesteht.
Ohne Einschränkung und altersmäßige Begrenzung besteht Kindergeld-Anspruch, wenn das betreffende Kind behindert und außerstande ist, für sich selbst zu sorgen.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Kostenerstattung

Kostenerstattung bedeutet, dass der Versicherer die durch Heilbehandlung entstandenen Kosten nach Vorlage der Rechnung ganz oder teilweise erstattet. Eine Kostenerstattung kann auch bei unbezahlten Rechnungen erfolgen.
Private Krankenversicherungsunternehmen erstatten grundsätzlich nach diesem Verfahren.

Kostenerstattung bei der GKV

In der GKV gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip, jedoch können die Versicherten auch die Kostenerstattung wählen. Dies gilt für alle Versicherten, wobei jeder Versicherte - also auch Familienversicherte - die Entscheidung für sich selbst treffen kann. Die Kostenerstattung kann einzeln gewählt werden für

- ambulante Leistungen
- zahnärztliche Leistungen
- stationäre Leistungen
- verordnete Leistungen (Medikamente, Heil- und Hilfsmittel).

An die Wahl der Kostenerstattung ist der Versicherte drei Monate gebunden. Die Satzung der jeweiligen Krankenkasse hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln.

Grundsätzlich müssen Leistungserbringer mit Kassenzulassung aufgesucht werden. Sollen Leistungserbringer ohne Kassenzulassung in Anspruch genommen werden, ist vorher einer Genehmigung der Kasse erforderlich.

Wie funktioniert die GKV-Kostenerstattung?

Bei den Behandlern tritt man –wie privat Versicherte- als Selbstzahler auf.

Nach Abschluss der Heilbehandlung erhält man eine Rechnung, die auf der Basis der GOÄ oder GOZ (Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte) erstellt worden ist. Es ist die gleiche Rechnung, die auch privat Vollversicherte erhalten würden. Vom Arzt verordnete Medikamente sind in der Apotheke zunächst voll zu zahlen, ähnlich ist die Abwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln.

Alle erhaltenen Rechnungen werden der GKV zur Erstattung eingereicht. Die GKV muss den Anteil erstatten, den sie auch übernommen hätte, wenn der Versicherte sich nicht für Kostenerstattung entschieden hätte. Davon muss sie allerdings Abschläge für Verwaltungskosten und für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung, insgesamt 7,5% (mind. 2,50 EUR, max. 40 EUR) abziehen.

Darüber hinaus muss die Krankenkasse den Erstattungsbetrag um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen reduzieren.

Welche Kosten kommen auf GKV-Mitglieder bei Kostenerstattung zu?

Eine allgemeine Aussage über alle Leistungsbereiche ist nicht möglich. Durch die relativ geringe Erstattung seitens der Krankenkasse verbleibt aber ein erheblicher Eigenanteil beim Versicherten. Dieser kann, je nach Art der Rechnung, über 60% liegen. Sehhilfen oder Medikamente, die keine Kassenleistung sind, werden auch beim Kostenerstattungsverfahren nicht bezuschusst und müssen von den Versicherten selbst bezahlt werden.

Die Vereinbarung einer Kostenerstattung sollte nur erfolgen, wenn GKV- Versicherten ihren GKV-Schutz um private Zusatzversicherungen (Kostenerstattungstarife) ergänzen.

Krankengeld (GKV)

Arbeitsunfähigkeit (AU)

Arbeitsunfähigkeit ist im Arbeits- und Sozialrecht ein unbestimmter Rechtsbegriff.
Gemeint ist, dass ein Arbeitnehmer wegen Krankheit seine zuletzt ausgeübten Arbeitsaufgaben aktuell nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann.

Anspruch auf Krankengeld

Das Krankengeld der GKV ersetzt das das durch eine Arbeitsunfähigkeit (AU) entgangene Arbeitsentgelt (Arbeitnehmer) oder Arbeitseinkommen (Selbstständige; Freiberufler). Arbeitnehmer haben nach Ablauf der Entgeltfortzahlung, gemäß gesetzlicher Regelung also nach sechs Wochen, einen Anspruch auf Krankengeld.

Gewährt der Arbeitgeber freiwillig eine längere volle Entgeltfortzahlung, setzt die Krankengeldzahlung entsprechend später ein.

Höhe des Krankengeldes

Das Krankengeld beträgt 70% des wegen Arbeitsunfähigkeit entgangenen regelmäßigen Bruttoentgelts bis zur mtl. Beitragsbemessungsgrenze.

Des Weiteren ist die Höhe des Krankengeldes begrenzt auf max. 90% des Nettoeinkommens, das im Berechnungszeitraum (letzte 4 Wochen vor AU) erzielt wurde. Sonderzahlungen wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld der letzten 12 Monate werden einbezogen. Insgesamt darf aber hierdurch das Nettoentgelt ohne Sonderzahlungen nicht überschritten werden.

Hier können Sie die Krankengeldhöhe berechnen.

Bezugsdauer

Für dieselbe Krankheit wird Krankengeld für längstens 78 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren, gerechnet ab dem 1. Tag der AU gezahlt. Für die Dauer der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung ruht die Krankengeldzahlung.

Nach Ablauf der 3-Jahres-Frist entsteht ein neuer Anspruch nur noch dann, wenn

- der Versicherte zu Beginn der neuen Arbeitsunfähigkeit (AU) mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist
- und er nach Ende des Bezuges von Krankengeld mindestens sechs Monate wegen dieser Krankheit nicht arbeitsunfähig war,
- und er nach Ende des Krankengeldbezuges mindestens sechs Monate erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Für Personen, die durchgehend arbeitsunfähig sind, entsteht somit kein neuer Leistungsanspruch.

Aussteuerung

Nach Ablauf von 78 Wochen Krankengeld-Bezugsdauer erfolgt die so genannte Aussteuerung.
Im schlimmsten Fall sind GKV-Versicherte dann ohne Einkünfte, weil z.B. eine Rentenanerkennung (noch) nicht vorliegt.

Sozialversicherungsbeiträge vom Krankengeld

Mit Inkrafttreten des Haushaltsbegleitgesetzes 1984 werden Beiträge zur Renten- Arbeitslosen- und Pflegeversicherung (seit 1995), vom Krankengeld einbehalten.

Hier können Sie die Höhe des Krankengeldes berechnen und die Abzüge erkennen.

Freiwillig versicherte Selbstständige erhalten ihr Krankengeld ungekürzt. Das Krankengeld ist aber auch für sie beitragspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Ihren Beitrag zur Rentenversicherung bezahlen sie weiterhin selbst. Durch diese Zahlungen wird die Zeit der AU für die Sozialversicherung als Beitragszeit gewertet, was z.B. für den Anspruch auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente von Bedeutung ist.

Handwerkern, die nach dem Handwerkerversicherungsgesetz in der Rentenversicherung pflichtversichert sind, wird der entsprechende Anteil zur Renten- und Pflegeversicherung vom Krankengeld abgezogen.

Steuerliche Behandlung des Krankengeldes

Das Krankengeld selbst ist steuerfrei, unterliegt aber dem so genannten Progressionsvorbehalt. Das heißt, es
wird für die Ermittlung des Steuersatzes für die übrigen Einkünfte dem Bruttoeinkommen zugerechnet. Auf dieses somit „künstlich erhöhte“ Einkommen wird der Steuersatz ermittelt. Anschließend wird das Krankengeld wieder abgezogen. Der erhöhte Steuersatz gilt dann für die übrigen Einkünfte. Damit bleibt das Krankengeld selbst zwar steuerfrei, bewirkt aber indirekt eine höhere Einkommenssteuer.
Die Zahlungen von Krankengeld müssen beim Lohnsteuerjahresausgleich oder der Einkommensteuer-Erklärung angegeben werden.

Krankengeld bei Wiedereingliederung

Anspruch auf Krankengeld besteht grundsätzlich auch in einer Wiedereingliederungsphase.

Kann ein arbeitsunfähiger Arbeitnehmer nach ärztlicher Einschätzung langsam an die Aufnahme der Beschäftigung herangeführt werden, ist eine stufenweise Wiedereingliederung möglich – zur Erleichterung des Übergangs zur vollen Berufstätigkeit. Der Arbeitnehmer bleibt zunächst arbeitsunfähig und bezieht weiterhin Krankengeld statt Arbeitsentgelt.

Besonderheiten bei Selbstständigen, unständig bzw. kurzzeitig Beschäftigten

1. Absicherung von Krankengeld als „gesetzliche Regelleistung“ der GKV

Selbstständige sowie unständig bzw. kurzzeitig Beschäftigte können Krankengeld durch eine Wahlerklärung mit Leistungsbeginn am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit absichern, wie es auch Arbeitnehmern zusteht. Durch diese Wahlerklärung legen sie sich für 3 Jahre auf dieses Krankengeld fest. Die Möglichkeit zur Kündigung des Versicherungsverhältnisses bei der betreffenden Krankenkasse in diesem Zeitraum ist jedoch nicht zugleich ausgeschlossen. Liegen die erforderlichen Voraussetzungen vor, könnte dann auch nach entsprechender Kündigung während dieses Zeitraumes eine Krankenvollversicherung bei der PKV abgeschlossen werden.

2. Absicherung von Krankengeld über Wahltarife der GKV

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen in ihrer Satzung Krankengeld-Wahltarife mit früherem oder späteren Leistungsbeginn und ohne Differenzierung nach Krankheitsrisiko, Alter und Geschlecht anbieten. Im Vergleich zum Krankengeld als gesetzliche Leistung kann dabei auch höheres oder niedrigeres Krankengeld angeboten werden. Für diese Wahltarife gilt wieder eine Mindestbindungsfrist von 3 Jahren, die zugleich mit einer Bindung an die betreffende Krankenkasse für diesen Zeitraum verbunden ist.

Besonderheiten bei Versicherten der Künstlersozialkasse

Versicherte der Künstlersozialkasse haben grundsätzlich Anspruch auf Krankengeld als „gesetzliche“ Leistung der GKV ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Soll die Leistung früher einsetzen, können die Betroffenen weiterhin einen entsprechenden Wahltarif abschließen. Dadurch kann die Karenzzeit auf höchstens 2 Wochen verkürzt werden.

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

GKV - Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie wegen der Beaufsichtigung, der Betreuung oder der Pflege ihres erkrankten Kindes oder ihrer Kinder ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen können.

Voraussetzungen

- Der GKV-Versicherte ist berufstätig und erhält in der Zeit, in der er sein Kind pflegt, kein Arbeitsentgelt.
- Sein Kind lebt im gleichen Haushalt und ist gesetzlich versichert.
- Im Haushalt des GKV-Versicherten gibt es niemanden, der an seiner Stelle das Kind pflegen könnte.
- Der GKV-Versicherte hat selbst einen Anspruch auf Krankengeld.
- Ein ärztliches Attest muss die Notwendigkeit der Pflege des Kindes bestätigen.
- Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet.
  Vollendet das Kind während der Erkrankung das 12. Lebensjahr, so endet mit dem darauffolgenden Tag sofort der Anspruch auf das Krankengeld.
  Diese Altersgrenze gilt nicht, wenn das Kind aufgrund einer Behinderung gepflegt wird, die innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung eingetreten ist.
- Für Auszahlung des Krankengeldes durch die Krankenkasse wurde ein Antrag ausgefüllt und eingereicht.

Hinweis:
Ist nur das betreuende Elternteil gesetzlich, das zu betreuende Kind jedoch privat krankenversichert, besteht nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (Aktenzeichen: B 1 KR 9/96) kein Anspruch auf dieses so genannte Kinderpflege-Krankengeld. In diesen Fällen greifen häufig Tarifverträge oder Betriebsvereinbarungen, die eine Freistellung zur Betreuung erkrankter naher Angehöriger ermöglichen.

Dauer

Die Dauer der Krankengeldzahlung beträgt pro Kind 15 Tage, insgesamt jedoch maximal 35 Tage pro Kalenderjahr. Bei Alleinerziehenden verdoppelt sich die Dauer auf 30 bzw. 70 Tage. Mit dem Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld ist auch der Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit verbunden.

Für die Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder ist die Befristung der Anspruchsdauer aufgehoben. Voraussetzung ist, dass das Kind an einer schweren, lebensbedrohenden Krankheit leidet und in der GKV versichert ist. Der Arbeitgeber ist zur Freistellung verpflichtet, auch wenn das Elternteil privat krankenversichert ist.

Krankentagegeld (PKV)

Zur Absicherung des Verdienstausfalles bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit (AU) infolge von Krankheit oder Unfallfolgen ist der Abschluss einer Krankentagegeldversicherung nötig.
Mit der Krankentagegeldversicherung sind nur die Einkünfte aus der beruflichen Tätigkeit abgesichert, Einkommen aus anderen Einkunftsarten, die durch die Arbeitsunfähigkeit nicht geschmälert werden, z.B. Einkommen aus Vermögen und Verpachtung, sind damit nicht versichert.

Allgemeines

Versichert sind Geldleistungen in der vereinbarten Höhe. Diese werden im Versicherungsfall ohne Kostennachweis als Tagessatz ausgezahlt.
Dem Krankentagegeldversicherten obliegt es zur Wahrung seiner Ansprüche, eine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich dem Versicherer zu melden (d.h. bis spätestens drei Tage nach Eintritt des Versicherungsfalls).
Hier gilt, dass das Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit resultierende, Nettoeinkommen nicht übersteigen darf.

Als Monatsnettoeinkommen wird der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung zugrunde gelegt.
Bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern wird der Krankentagegeld-Bedarf ermittelt, indem vom Nettoeinkommen das Krankengeld sowie die Sozialversicherungsbeiträge abgezogen werden.
Für Selbstständige und Freiberufler gilt als Nettoeinkommen der Gewinn gemäß § 2 Abs. 2.1 Einkommenssteuergesetz (ESTG) aus der im Antrag angegebenen Tätigkeit.
Der Versicherungsnehmer muss in der Krankentagegeldversicherung jede nicht nur vorübergehende Minderung des Nettoeinkommens dem Versicherer mitteilen.

In der Regel stehen Tarife mit unterschiedlicher Karenzzeit zur Verfügung. Die Karenzzeit bezieht sich auf jeden einzelnen Versicherungsfall und beginnt mit seinem Eintreten, auch dann, wenn der Versicherungsfall schon während der Wartezeit eintritt.
Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person endet (§ 196 Abs. 1 SGB V).

Das Krankentagegeld der privaten Krankenversicherung ist zum einen selbst steuerfrei, führt aber zum anderen – im Gegensatz zum Krankengeld der GKV – nicht über den Weg des Progressionsvorbehalts zu einem höheren Steuersatz für das Bruttogehalt bzw. Selbständigen-Einkommen.

Pflichtversicherte Mitglieder der GKV

GKV-Versicherte erhalten als Ersatz für ihren Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld von der Krankenkasse.

Durch die Kürzung des Krankengeldes auf 90% des Nettoentgelts (max. 100% des laufenden Entgelts ohne Einmalzahlungen) und den Abzug von zurzeit 12,4 % (Stand 01.01.2025), bei Kinderlosen ab Alter 23 sind es 13,0 % (Stand 01.01.2025) vom Krankengeld der GKV [für Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Arbeitslosenversicherung (ALV) und Pflegeversicherung (SPV)] entsteht bei den Versicherten eine Versorgungslücke, die durch eine entsprechende Krankentagegeldversicherung ausgeglichen werden kann.

Beispiel: Arbeitnehmer mit Kind (Stand 01.01.2025)

	Pflichtversichertes Mitglied (Arbeitnehmer)	
Bruttoeinkommen	2.400,00 Euromtl.	
Nettoeinkommen	1.800,00 Euro mtl.	
Krankengeld*	1.620,00 Euro mtl.	29,16
./. 9,3 % Rentenversicherungsbeitrag (RV)	150,66 Euro mtl.	
./. 1,3 % Arbeitslosenversicherungsbeitrag (AV)	21,06 Euro mtl.	
./. 1,8 % Pflegeversicherungsbeitrag (SPV) **	29,16 Euro mtl.	
monatliches Netto-Krankengeld	1.419,12 Euro mtl.	
monatliche Versorgungslücke	380,88 Euro mtl**.**	
	: 30 Tage	
Absicherungsbedarf (täglich) (auf nächst höhere, versicherbare Stufe runden)	12,70 Euro tgl.	

***** 70% des Bruttoeinkommens, hier 1.680 Euro mtl.
max. der Beitragsbemessungsgrenze: 5.512,50 Euro x 0,7 = 3.858,75 Euro (Stand 01.01.2025)
aber maximal 90% des Nettoeinkommens, hier 1.620,00 Euro mtl.
Es ist der niedrigere Wert zu Grunde zu legen.
In diesem Beispiel greift also die 2. Grenze: max. 90% des Nettoeinkommens.

****** ggf. 2,4 % (statt 1,8 %) bei Kinderlosenab Alter 23 (Stand seit 01.01.2025).

Freiwillige Mitglieder der GKV

GKV-Versicherte erhalten als Ersatz für ihren Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld von der Krankenkasse. Bei Arbeitnehmern erfolgt ein Abzug von zurzeit 12,4 % (Stand 01.01.2025), bei Kinderlosen ab Alter 23 sind es 13,0 % (Stand 01.01.2025) vom Krankengeld der GKV. Außerdem ist bedeutsam, dass das Krankengeld maximal 70% der Beitragsbemessungsgrenze, höchstens jedoch 90% des Nettoentgelts (inkl. Sonderzahlungen), betragen darf. Je höher das Einkommen über dieser Grenze liegt, desto größer wird die Versorgungslücke.

1. Arbeitnehmer

Beispiel: Arbeitnehmer mit Kind (Stand 01.01.2025)

	Freiwilliges Mitglied (Arbeitnehmer)	
Bruttoeinkommen	5.062,50 Euro mtl.	
x 80% = Nettoeinkommen	4.050,00 Euro mtl.	
Krankengeld brutto*, davon gehen ab:	3.543,75 Euro mtl.	63,79
./. 9,3 % Rentenversicherungsbeitrag (RV)	329,57 Euro mtl.	
./. 1,3 % Arbeitslosenversicherungsbeitrag (AV)	46,07 Euro mtl.	
./. 1,8 % Pflegeversicherungsbeitrag (SPV) **	63,79 Euro mtl.	
monatliches Netto-Krankengeld	3.104,32 Euro mtl.	
monatliche Versorgungslücke	945,68 Euro mtl.	
	: 30 Tage	
Absicherungsbedarf (täglich) (auf nächst höhere, versicherbare Stufe runden)	31,52 Euro	

***** 70% des Bruttoeinkommens, hier 3543,75 Euro mtl.
max. der Beitragsbemessungsgrenze: 5.512,50 Euro x 0,7 = 3.858,75 Euro (Stand 01.01.2025)
aber maximal 90% des Nettoeinkommens, hier 3645,00 Euro mtl.
Es ist der niedrigere Wert zu Grunde zu legen
In diesem Beispiel greift also die 1. Grenze: 70 % des Bruttoeinkommens.

****** ggf. 2,4 % (statt 1,8 %) bei Kinderlosenab Alter 23 (Stand seit 01.01.2025).

2. Selbstständiger

Bei **Selbstständigen** ist zu beachten:
Selbstständige können in der GKV mit oder ohne Krankengeld versichert sein.
- Es erfolgt kein Abzug vom Krankengeld der GKV für Renten- und Arbeitslosenversicherung (Ausnahme: In der Rentenversicherung pflichtversicherte Handwerker).
- Anschaffungskosten für Waren, Rohstoffe, Halb- und Fertigprodukte können ggf. bei der Ermittlung des für ein privatversichertes Krankentagegeld abgezogen werden (dazu siehe Annahmerichtlinien)

Bei **Selbstständigen** erfolgt für die Ermittlung des Bedarfs an Krankentagegeld die Berechnung des Nettoverdienstes wie folgt:

Betriebseinnahmen ./. Betriebsausgaben = Gewinn

Das **Krankengeld der GKV** richtet sich nicht nach diesem Wert, sondern zunächst danach, wie der Selbstständige eingestuft wurde. In der Regel soll ein Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zu Grunde gelegt werden.

Vom Krankengeld der GKV werden für Renten- und Arbeitslosenversicherung in der Regel keine Beiträge einbehalten (Ausnahme: In der Rentenversicherung pflichtversicherte Handwerker).
Lediglich die Beiträge zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung werden einbehalten, und zwar in Höhe von 3,6 % (Stand seit 01.01.2025 – kein Arbeitgeberzuschuss, weil selbständig).

Die Karenzzeit kann i.d.R. weitgehend nach dem Bedarf gewählt werden.

Beispiel: Selbstständiger mit einem Kind (Stand 01.01.2025)

Freiwilliges Mitglied (Selbstständiger)	
Bruttoeinkommen	4.987,50 Euro mtl.
Nettoeinkommen	4.000,00 Euro mtl.
Krankengeld brutto *	3.491,25 Euro mtl.
./. 3,6 % Pflegeversicherungsbeitrag (SPV) **	125,68 Euro mtl.
monatliches Netto-Krankengeld	3.365,57 Euro mtl.
monatliche Versorgungslücke	634,43 Euro mtl.
	: 30 Tage
Absicherungsbedarf (täglich) (auf nächst höhere, versicherbare Stufe runden)	21,15 Euro mtl.

***** 70% des Bruttoeinkommens, hier: 3.491,25 Euro mtl.
max. der Beitragsbemessungsgrenze: 5.512,50 Euro x 0,7 = 3.858,75 Euro (Stand 01.01.2025)
aber maximal 90% des Nettoeinkommens, hier 3.600 Euro
Es ist der niedrigere Wert zu Grunde zu legen
In diesem Beispiel greift also die 1. Grenze: 70 % des Bruttoeinkommens.

** ggf. 4,2 % (statt 3,6 %) bei Kinderlosen (Stand seit 01.01.2025).

Vollversicherte der privaten Krankenversicherung

Zu einer privaten Krankheitskostenvollversicherung gehört auch die Versicherung des Krankentagegeldes

1. Arbeitnehmer (Einzelversicherung)

Zu einer Vollversicherung gehört immer ein Krankentagegeld zur Absicherung des Verdienstausfalls bei AU. Bei Arbeitnehmern kann der Nettoverdienst für die weitere Dauer der AU (nach Ende der Entgeltfortzahlung) durch eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von 42 Tagen abgesichert werden. Besteht eine tarifliche oder vertraglich vereinbarte längere Entgeltfortzahlung ist die Karenzzeit des Krankentagegeldes daran anzupassen. Gleiches gilt für vom Arbeitgeber gezahlte Krankengeldzuschüsse

Das Rentenreformgesetz 1992 ermöglicht für die Dauer einer AU eine **"Pflichtversicherung auf Antrag"**. Dabei können privat Krankenversicherte, die in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind, bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit auf Antrag Pflichtbeiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen. Das ist für die Dauer von maximal 18 Monaten möglich, bei Arbeitnehmern gerechnet vom Ende der Entgeltfortzahlung an.
Zur Erhaltung der Rentenansprüche beträgt der Beitrag für die Pflichtversicherung auf Antrag:
Bruttogehalt (bis BBG der GRV) x 80% x 18,6% (Beitragssatz der GRV- Stand seit 01.01.2018).

Die Zahlung der Pflichtbeiträge ist u.a. wichtig, um die Voraussetzungen zur Erlangung der Erwerbsminderungsrente zu erfüllen. Denn hierzu ist zum einen die Erfüllung der Wartezeit von fünf Jahren erforderlich, zum anderen müssen in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung mindestens drei Jahre mit Pflichtbeiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung belegt sein.

Bei exakter Berechnung des tatsächlichen Nettoeinkommens können die Beiträge für diese Pflichtversicherung auf Antrag ebenso wie der Arbeitgeberanteil des Beitrages zur PKV zusätzlich mit über das Krankentagegeld abgesichert werden.

Beispiel (Stand 01.01.2025:

Bruttoverdienst	4.000,00 Euro mtl.
Nettoverdienst	2.750,00 Euro mtl.
KKV-/PPV-Beitrag (nur AG-Anteil)*	210,00 Euro mtl.
GRV-Beitrag**	595,20 Euro mtl.
Insgesamt	3.555,20 Euro mtl.
: 30 = tägl.	118,51 Euro tägl.
Tagegeldbedarf (: 30, gerundet)	120,00 Euro

* fiktiver Beitrag
** Zur Erhaltung der Rentenansprüche = Beitrag für die Pflichtversicherung auf Antrag
Euro 4.000 x 80% x 18,6% (Beitragssatz – Stand seit: 01.01.2018)

Wenn in einer pauschalen Form der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes das Nettoeinkommen bereits entsprechend höher berechnet ist, können Beiträge zur PKV und zur Rentenversicherung nicht mehr eigens berücksichtigt werden.
Es werden 80% des durchschnittlichen Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate **ohne Abzug** von Sozialversicherungsbeiträgen als Nettoeinkommen zugrunde gelegt. Mit den 80% des Bruttoeinkommens werden bei einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit die erhöhten Aufwendungen für eine private Krankheitskostenvoll- und private Pflegepflichtversicherung sowie die eventuellen freiwilligen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgedeckt.

	Beispiel 1	Beispiel 2
Bruttoverdienst	4.250,00 Euro mtl.	4.000,00 Euro mtl.
Nettoverdienst (80% vom Brutto)	3.400,00 Euro mtl.	3.200,00 Euro mtl.
Tagegeldbedarf (: 30, gerundet)	115,00 Euro	110,00 Euro

Hinweis: Beitrag zur Arbeitslosenversicherung wird von PKV übernommen.
Der Bezug von Krankentagegeld aus einem privaten Versicherungsvertrag durch Angestellte und Arbeiter löst grundsätzlich Beitragspflicht in der Arbeitslosenversicherung aus (§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB III). Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung überweisen den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zugunsten der bei ihnen vollversicherten Arbeitnehmer direkt an die Bundesagentur für Arbeit.
Damit kommt Privatversicherten der gleiche Arbeitslosenversicherungsschutz zu, wie Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen, ohne dass sie selbst Beiträge dafür aufwenden müssen.

2. Selbstständige und Freiberufler (Einzelversicherung)

Bei Selbstständigen können kürzere Karenzzeiten als 6 Wochen gewählt werden, da keine Entgeltfortzahlung durch einen Arbeitgeber besteht.
Beiträge zu Kranken- oder Rentenversicherungen brauchen nicht gesondert versichert zu werden, da sie stets aus dem Nettoeinkommen gezahlt werden.
Zudem fällt der Beitrag für die gesetzliche Rentenversicherung hier in der Regel nicht an.

Die Berechnung zur Ermittlung der KT Höhe erfolgt nach den Bestimmungen der AVB:
Absicherung des Nettoeinkommens gemäß AVB (EV) = **Gewinn vor Steuern**:

Gewinn vor Steuern:
Betriebseinnahmen (aus Geschäftsbetrieb bzw. Praxis)
./. Betriebsausgaben (aus Geschäftsbetrieb bzw. Praxis)
= Gewinn (nach § 2 Abs. 2.1 EStG)
: 12 = monatlicher Bedarf
: 30 = Tagesbedarf

Alternativ kann auch das Nettoeinkommen mit 80% des Bruttoeinkommens angesetzt werden:

Beispiel:

Steuern (20 %)	Euro 510 mtl.
Nettoeinkommen	Euro 2.040 mtl.
Bruttoeinkommen	Euro 2.550 mtl.
insgesamt	Euro 2.040 mtl. (= Euro 68,00 täglich)

3. Arbeitnehmer (Gruppenversicherung)

Die bekannte Bemessungsgrundlage für die KT-Absicherung bei Arbeitnehmern ändert sich nicht. Hier kann die Berechnung weiterhin wie folgt durchgeführt werden:

- **Privat vollversicherte Arbeitnehmer – Gruppenvertrag**
  Für die Berechnung des Nettoeinkommens werden bei Personen, die in einem festen Arbeits- oder Dienstverhältnis stehen und bei der DKV voll versichert sind oder werden, bis zu 80 % des durchschnittlichen Bruttoverdienstes der letzten 12 Monate als Bemessungsgrundlage akzeptiert.
  Erhält der Versicherte Sonderbezüge, die im Falle der Arbeitsunfähigkeit nicht oder nur teilweise weitergezahlt werden (z. B. 13. oder 14. Monatsgehalt, Gratifikationen etc.) so sind diese bei der Berechnung des zu versichernden Krankentagegeldes zu berücksichtigen.
  Mit dieser Faustformel werden bei einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit die erhöhten Aufwendungen für eine private KKV und PPV und die evtl. freiwilligen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgedeckt.

- **GKV-versicherte Arbeitnehmer – Gruppenvertrag**
  Bei der KT-Absicherung für GKV-Versicherte Arbeitnehmer wird ebenfalls die o. g. Faustformel akzeptiert, wobei das Netto-Krankengeld der Kasse in Abzug zu bringen ist und die einkommensabhängigen Höchstsätze für GKV- Pflichtversicherte zu berücksichtigen sind.

Kündigung der GKV-Mitgliedschaft

Pflichtmitglieder und freiwillig Versicherte der GKV können ihre Mitgliedschaft unter bestimmten Voraussetzungen kündigen. Pflichtmitglieder müssen in eine andere Krankenkasse eintreten, freiwillig Versicherte können eine andere Kasse oder die PKV wählen.

Bei Wechsel innerhalb des GKV-Systems von einer Krankenkasse zu einer anderen, besteht seit 01.01.2021 ein vereinfachtes Verfahren:
Für den, der seine GKV-Mitgliedschaft kündigt, um einer anderen Krankenkasse beizutreten, genügt es, der aufnehmenden Krankenkasse gegenüber den Beitritt zu erklären. Alles Weitere, nämlich
- Kündigung gegenüber der abgebenden Krankenkasse,
- Nachweis über die anschließende Krankenversicherung gegenüber der abgebenden Krankenkasse,
- Kündigungsbestätigung seitens der abgebenden Krankenkasse

geschieht im Austausch zwischen den beiden Krankenkassen im Rahmen des elektronischen Meldeverfahrens.

Bei einer Kündigung der GKV-Mitgliedschaft mit dem Ziel, in die PKV zu wechseln, gilt weiterhin das herkömmliche Verfahren.
- Die Kündigung erfolgt schriftlich zum Ende des übernächsten Monats gegenüber der bisherigen Krankenkasse.
- Voraussetzung für die Wirksamkeit der Kündigung ist, dass das ausscheidende Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist einen Nachweis über die anschließende Krankenversicherung gegenüber der bisherigen Krankenkasse erbringt.
- Zudem muss die bisherige Krankenkasse zügig (innerhalb von 2 Wochen) eine Kündigungsbestätigung ausstellen, die der PKV vorzulegen ist, damit die Krankheitskostenvollversicherung dort zustande kommen kann.

Auch beim Wechsel in eine private Krankenversicherung muss die Kündigungsbestätigung dem aufnehmenden privaten Krankenversicherungsunternehmen vorgelegt werden.

Hinweis: Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzanhebungen
Bei einer Beitragssatzanhebung hat man ein Sonderkündigungsrecht. Die Kündigung muss zum Ende des Monats, in dem die Erhöhung wirksam wird, oder zum Ende des drauf folgenden Monats erfolgen. Dieses Sonderkündigungsrecht hat man auch, wenn man sich nach Kassenwechsel noch in der 12-monatigen Bindungsfrist (Stand seit 01.01.2021) an die Kasse befindet oder wenn man noch durch Bindungsfrist an die bisherige Krankenkasse gebunden wäre, außer wenn man durch einen Wahltarif Krankengeld der dreijährigen Bindungsfrist unterliegt.
Die Kündigung wird nur wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Die Frist beträgt 2 Monate.
Beispiel:

Beitragssatzerhöhung ab dem	01.01.2021
Kündigungsfrist	01.01.-31.01.2021
Ende der Mitgliedschaft am	31.03.2021
Beginn bei anderer Krankenkasse oder PKV zum	01.04.2021

Weitere Hinweise:
- Erfolgt in diesem Fall ein Wechsel zur PKV und wird später festgestellt, dass der neue Krankenversicherungsvertrag bei der PKV wegen arglistiger Täuschung von Beginn an nichtig ist, so besteht gemäß höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (B 12 KR 23/14 R) keine Rücknahmeverpflichtung seitens der GKV gemäß obligatorischer Anschlussversicherung, obwohl nie ein Vertrag bei der PKV bestanden hat. Der Betreffende hat dann nur das Recht, sich in einem Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens zu versichern.
- Bei Arbeitgeberwechsel gilt die 12-monatige Bindefrist der Krankenkassenwahl, ebenso die ein- bzw. dreijährige Bindefrist der Wahltarife. Steht keine Bindefrist einem Krankenkassenwechsel im Weg, kann die Krankenkasse ohne Kündigung gewechselt werden.

Wechsel zur PKV

Entsteht Versicherungsfreiheit und damit die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln, muss die Kündigungsfrist nicht beachtet werden, ebenso muss die Mindestbindungsfrist von 12 Monaten nicht eingehalten werden.

Bindungsfrist bei Wahltarifen

Für die von den Krankenkassen angebotenen Wahltarife gilt eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren bzw. einem Jahr. Vor Ablauf dieser Zeit kann die Krankenkasse nur in Härtefällen (z. B. Arbeitslosigkeit, nicht aber bei Beitragserhöhungen) gewechselt werden.

Kündigung der PKV/PPV durch Versicherer

Ausschlusstatbestände

Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung durch den Versicherer ist generell ausgeschlossen, wenn sie die allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung erfüllt (§193 Abs. 3 Satz 1)
Darüber hinaus verzichtet die PKV auf eine ordentliche Kündigung, wenn es sich um eine substitutive Krankheitskostenversicherung gem. § 195 Abs. 1 handelt, die mindestens Tarife beinhaltet, welche Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen.
Die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann.
Sie ist auch ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
Hingegen kann der Versicherer eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

Ausnahme

Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die o.a. Voraussetzungen nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

Fortsetzungsrecht

Wird eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegekrankenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Die Prämie ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Die versicherten Personen müssen vom Versicherer über die Kündigung und dieses Recht schriftlich informiert werden. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person davon Kenntnis Recht erlangt hat.

Pflegeversicherung

Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist in der Pflegepflichtversicherung ausgeschlossen, wenn der Versicherte versicherungspflichtig in der PPV ist. Ist eine besondere Vereinbarung getroffen, verzichtet die PKV auf ihr ordentliches Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsschutz wegen eines Auslandsaufenthaltes ruht. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende des Versicherungsjahres

Gruppenversicherung

Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 3 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.

Kündigung der PKV/PPV durch Versicherten

Die Kündigung der PKV/PPV durch Versicherte kann nur für einzelne Personen oder Tarife erfolgen.

Bei ordentlicher Kündigung beträgt die Kündigungsfrist nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer seitens des Versicherungsnehmers 3 Monate zum Ende des Versicherungsjahres.

Eine außerordentliche Kündigung
der PKV seitens des Versicherungsnehmers ist z.B. möglich bei
- Eintritt von Versicherungspflicht.
- Beitragsumstufung
- Beitragserhöhung oder Leistungsminderung
- Anfechtung, Rücktritt oder Kündigung von Teilen des Versicherungsschutzes durch den Versicherer

der PPV zusätzlich bei
- Kündigung der PKV (mindestens mit allgemeinen Krankenhausleistungen)
- Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz – wenn keine besondere Vereinbarung zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer getroffen wurde

Die Kündigung wird gem. § 205 Abs. 6 S. 2 VVG nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. D.h. solange eine solche Bescheinigung noch nicht vorgelegt ist, bleibt die Kündigung schwebend unwirksam, wird die Bescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt, wird sie endgültig wirksam, wenn nicht, wird die Kündigung mit Ablauf der Frist endgültig unwirksam. Für den Fall, dass der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung liegt, muss der Nachweis bis zu dem Termin, zu dem gekündigt wurde, erbracht werden.

Ordentliche Kündigung

Grundsätzlich beträgt die Kündigungsfrist nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer seitens des Versicherungsnehmers 3 Monate zum Ende des Versicherungsjahres (ordentliche Kündigung).
Die Kündigung kann nur für einzelne Personen oder Tarife erfolgen

Eine private Krankenversicherung, die gem. § 193 Abs. 3 S. 1 VVG der Erfüllung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht für nicht in der GKV versicherungspflichtige Personen seit 01.01.2009 dient, darf vom Versicherungsnehmer nur gekündigt werden, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt.

Seit 2008 sind nur noch Mindestlaufzeiten von maximal 2 Jahren zulässig.
Daher beträgt die Mindestlaufzeit für Verträge bei der DKV in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zwei Versicherungsjahre, wobei ein Rumpfjahr als ganzes Versicherungsjahr gilt.

Die Krankentagegeldversicherungen können idR. bereits zum Ende des 1. Versicherungsjahres gekündigt werden.
Für Auslandsreise-Krankenversicherungen gelten je nach Tarif andere Kündigungsfristen.

Außerordentliche Kündigung

Eine außerordentliche Kündigung seitens des Versicherungsnehmers ist z.B. möglich bei:

- Eintritt von Versicherungspflicht.
  Hier wird die Kündigung nicht erst mit dem Nachweis des Eintritts der Sozialversicherungspflicht, sondern bereits mit deren Eintritt wirksam. Die Kündigung muss innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht erfolgen. Dem Versicherer steht der Beitrag dann auch nur bis zu diesem Zeitpunkt zu.
  Später kann der Versicherungsnehmer zum Ende des Monats kündigen, in dem der Eintritt der Versicherungspflicht u. ä. nachgewiesen wird.
  Das Gleiche gilt bei Eintritt von Familienversicherung.

- Beitragsumstufung
  wegen Beginns der Bildung von Alterungsrückstellung (Ausscheiden aus einem Tarif für Beamtenanwärter) oder Wechsel einer Altersgruppe (Kinder- und Jugendlichen-Umstufung)

- Beitragserhöhung oder Leistungsminderung
  Erhöht der Versicherer den Beitrag oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung (Beitragsanpassung nach § 205 Abs. 4 VVG) mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
  Bei einer Beitragserhöhung kann auch bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung gekündigt werden.

- Anfechtung, Rücktritt oder Kündigung von Teilen des Versicherungsschutzes durch den Versicherer
  Frist: Innerhalb von 14 Tagen.
  Zu beachten ist, dass der Versicherungsnehmer in den Fällen, in denen er das Vertragsverhältnis insgesamt oder für einzelne Personen kündigt, nachweisen muss, dass die Betroffenen davon Kenntnis erlangt haben. Andernfalls wird die Kündigung für die betroffenen Personen nicht wirksam. Wird der Nachweis erbracht, können sich die Betroffenen innerhalb zweier Monate für die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses auch ohne den "alten" Versicherungsnehmer entscheiden

Besonderheiten in der PPV

In der PPV besteht auch außerordentliches Kündigungsrecht

- bei Beendigung einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für die allgemeinen Krankenhausleistungen zum Jahresende mit einer Frist von drei Monaten.
  Weist die Person nicht innerhalb eines halben Jahres den Abschluss einer anderen privaten Pflegepflichtversicherung nach, hat der Versicherer dies dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu melden.

- bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz, es sei denn, es ist eine besondere Vereinbarung zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer getroffen worden (§15 Abs. 3 & 4 AVB PPV). Die Frist für die Beantragung der besonderen Vereinbarung beträgt einen Monat (§ 13 Abs. 2 AVB PPV). Ist diese erfüllt, muss der Versicherer kontrahieren. Allerdings ist der Beitrag während der Zeit der besonderen Vereinbarung weiterhin zu entrichten. Wird der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in andere EU-Staaten, in Staaten des EWR oder in die Schweiz verlegt, besteht Leistungspflicht in dem Umfang, in dem auch in Deutschland hätte geleistet werden müssen. In dieser Zeit besteht jedoch keine Leistungspflicht, wenn es sich um Länder außerhalb der genannten Staaten handelt

Rückkehrrecht in die PKV

Kommt nach der Kündigung der PKV eine Versicherung in der GKV gemäß Versicherungspflicht kraft Gesetzes, als freiwillige Versicherung oder als Familienversicherung nicht zu Stande, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben. Die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen werden dem Vertrag zugeschrieben
.
Fallgestaltungen:

- Nichtzustandekommen einer Pflichtversicherung nach § 5, einer freiwilligen Versicherung nach §§ 9, 188 oder einer Familienversicherung nach § 10 SGB V.
  In diesem Fall wird die erklärte Kündigung rückgängig gemacht und der alte Vertrag tritt am Tag nach seiner Beendigung wieder in Kraft (Rücknahmepflicht 3 Monate)
- Ende einer Pflichtversicherung nach § 5 oder einer Familienversicherung nach § 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9 für eine freiwillige Weiterversicherung.
  In diesem Fall wird der (alte) Vertrag neu abgeschlossen (wiederhergestellt) und tritt nach Beendigung der GKV neu in Kraft (Rücknahmepflicht 12 Monate)

Diese Regelungen zum Versicherungsvertrag werden auch auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung angewendet.

Hinweis:
Diese gesetzliche Pflicht der Wiederaufnahme in die PKV hatte früher größere Bedeutung, wenn eine GKV-Pflichtversicherung kraft Gesetzes oder eine Familienversicherung endete, bevor die Vorversicherungszeit von 12 Monaten (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) erfüllt war, so dass keine freiwillige Weiterversicherung in der GKV möglich war.
Da in diesen Fällen seit dem 01.08.2013 die obligatorische Anschlussversicherung greift, so dass eine freiwillige Weiterversicherung möglich ist, kommt es nur noch zur Rückkehrrecht in die PKV, wenn die GKV freiwillig wieder verlassen wird.

Künstler und Publizisten

Künstler oder Publizist ist, wer selbstständig erwerbstätig Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt, oder als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig ist oder Publizistik lehrt, also z.B. Maler, Bildhauer, Tänzer, Sänger, Musiker, Schauspieler, Musiklehrer.

In diesem Formular der Künstlersozialkasse finden Sie eine Auflistung der künstlerischen / publizistischen Tätigkeiten, die vom Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) erfasst werden.

Die Krankenversicherung für Künstler ist im Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) geregelt. Nach diesem Gesetz sind selbstständige Künstler und Publizisten versicherungspflichtig in der Krankenversicherung, wenn sie

- die künstlerische oder publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausüben,
- im Zusammenhang mit dieser Tätigkeit nicht mehr als einen Arbeitnehmer beschäftigen (Ausnahmen: Auszubildende und geringfügig Beschäftigte) und
- ein Einkommen oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze haben.

Nicht versicherungspflichtig im Sinne dieses Gesetzes

sind Künstler,

- die mehr als einen künstlerischen oder publizistisch tätigen Arbeitnehmer ständig beschäftigen,
- die aufgrund einer abhängigen Beschäftigung in der GKV pflichtversichert sind,
- die nach § 6 SGB V versicherungsfrei sind (z.B. bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, bei Status als Beamter).
- Unständig Beschäftigte

Möglichkeiten zum Wechsel in die PKV

Trotz Versicherungspflicht gibt es für Künstler zwei Möglichkeiten, zur PKV zu wechseln:

- **bei Aufnahme der künstlerischen bzw. publizistischen Tätigkeit**
  Für selbstständige Künstler bzw. Publizisten besteht in der Berufsanfängerzeit, d.h. in den ersten 3 Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit die Pflicht zur Krankenversicherung, auch bei Unterschreiten der Geringfügigkeitsgrenze. Dieser Zeitraum verlängert sich durch Mutterschafts- und Elternzeit oder wegen einer anderweitigen Arbeitnehmerschaft um die entsprechenden Zeiten. Innerhalb der ersten 3 Monate nach Feststellung der Versicherungspflicht kann der Künstler wählen, ob er sich der GKV oder der PKV anschließen will.
  Entscheidet er sich für die PKV, muss er sich von der Versicherungspflicht befreien lassen. Hierfür ist der Nachweis einer PKV erforderlich. Die Versicherung muss auch für seine Angehörigen bestehen. Der Antrag auf Befreiung kann nur in den ersten drei Monaten nach Feststellung der Versicherungspflicht in der Künstlersozialkasse gestellt werden. Diese Befreiung kann nur innerhalb der ersten 3 Jahre widerrufen werden. Wird die Befreiung nicht widerrufen, endet sie drei Jahre nach dem Ende der Berufsanfängerzeit mit Ablauf des nächstfolgenden 31. März. Ab dem Folgetag tritt Kranken- und Pflegeversicherungspflicht nach dem KSVG ein. Sie gilt, solange eine Tätigkeit im Sinne des KSVG ausgeübt wird. Eine Befreiungsmöglichkeit besteht auf Antrag als Höherverdienender.

- **durch Befreiung auf Antrag als Höherverdienender**
  Der Künstler kann sich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sein Einkommen in 3 aufeinanderfolgenden Jahren der Summe nach über der Summe der jeweils geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenzen liegt.

Beispiel (Stand: 01.01.2025)

Jahr	JAE-Grenze	Einkommen
2023	66.600,00 Euro	65.000,00 Euro
2024	69.300,00 Euro	69.000,00 Euro
2025	73.800,00 Euro	77.000,00 Euro
Summe	**209.700,00 Euro**	**211.000,00 Euro**

In diesem Beispiel ist die Befreiung möglich, da es nicht erforderlich ist, in jedem Jahr die JAE-Grenze zu überschreiten. Maßgebend ist immer der 3-Jahres-Zeitraum.

Zu beachten:
Eine Pflichtversicherung nach KSVG hat Vorrang vor einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV.

Wer seine künstlerische bzw. publizistische Tätigkeit nicht erwerbsmäßig oder nur vorübergehend ausübt, kann sich auch privat versichern.

Beitragszuschuss zum PKV- und PPV-Beitrag für Künstler und Publizisten

Die Regelung des Beitragszuschusses entspricht der des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 SGB V bzw. § 61 SGB XI. Der Zuschuss wird jedoch von der Künstlersozialkasse gezahlt.
Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach den tatsächlichen Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung und nach dem erzielten Jahresarbeitseinkommen. In der Regel wird der Beitragsanteil als Zuschuss gezahlt, den die KSK bei (fiktiver) Kranken- und Pflegeversicherungspflicht zu tragen hätte, höchstens jedoch die Hälfte der tatsächlichen Versicherungsprämie.

Die Künstlersozialkasse selbst ist kein Leistungsträger. Leistungen nach dem KSVG erbringen in der Krankenversicherung die örtliche zuständige AOK oder eine andere Krankenkasse. Die vom Künstler oder Publizisten gewählte Krankenkasse ist zuständig, wenn eine Bescheinigung der Kasse vorgelegt wird, wonach diese bereit ist, die Pflichtversicherung nach KSVG durchzuführen. Ansonsten ist die örtliche AOK zuständig.

Sie erreichen die Künstlersozialkasse
per Post: Gökerstr.14, 26380 Wilhelmshaven,
telefonisch: 04421 / 75439 bzw. 04421 / 97340515 00 - im Internet: https://www.kuenstlersozialkasse.de//

Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen

Die wichtigsten Kostenträger für Kuren sind die gesetzlichen Rentenversicherungsträger.
Nicht berufstätige Personen können Kurleistungen von der GKV erhalten.
Beihilfeberechtigte Personen erhalten Leistungen für Kuren in Höhe ihres Beihilfebemessungssatzes.
Vollversicherungstarife der PKV bieten häufig nur eine eingeschränkte Absicherung von Rehabilitationsleistungen.

Arten von Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen

Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen lassen sich nach ihrem Zweck unterscheiden:

Medizinische Rehabilitation (Heilkur)
Sie soll eine bereits bestehende Krankheit oder Behinderung lindern. Sie trägt dazu bei, die Gesundheit wiederherzustellen, also eine bereits bestehende Krankheit oder Behinderung zu beseitigen oder zu mindern. Rehabilitationsmaßnahmen können ambulant oder stationär durchgeführt werden. Normalerweise findet sie nach einem Kurplan in einem Kurort ambulant statt. Wird die Kur als stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt, gehören Unterkunft und Verpflegung zur Behandlung dazu.
Medizinische Vorsorgemaßnahme (Vorsorgekur)
Sie sollen vorsorgend helfen, eine geschwächte Gesundheit zu stärken. Vorsorgekuren werden ambulant durchgeführt. Der Patient sorgt selbst für Unterkunft und Verpflegung.

Kuren können ambulant oder stationär durchgeführt werden:
Ambulante Kur
Die Patienten sind außerhalb der Einrichtungen untergebracht, in denen die Behandlungen stattfinden. Sie müssen selbst für ihre Unterkunft und Verpflegung sorgen.
Stationäre Kur
Die Patienten sind innerhalb der Einrichtungen untergebracht, in denen die Behandlungen stattfinden. Hier zählen Verpflegung und Unterkunft zur Behandlung dazu.

Besondere Formen:

Die „Mutter-/Vater-Kind-Kur“.
Sie ist eine besondere Form der Kur. Sie dient als Heil- oder Vorsorgekur für Väter bzw. Mütter. Ihre Kinder nehmen sie bis zum Alter von 12 Jahren zur Kur mit, in besonderen Fällen bis 14. Bei behinderten Kindern besteht keine Altersbeschränkung. Eine „Mutter-/Vater-Kind-Kur“ wird immer stationär durchgeführt.
Gesundheitlich geschwächte oder kranke Kinder werden nur dann im Rahmen einer Mutter-/Vater-Kind-Kur behandelt, wenn der entsprechende Elternteil selbst behandelt wird.

Die „Anschluss -Heilbehandlung“ (AHB).
Sie ist eine besondere Form der Rehabilitation/Heilkur. Die Besonderheit besteht darin, dass sie sich auf eine vorherige stationäre Behandlung bezieht. An diese muss sich die AHB unmittelbar anschließen. Geht z.B. eine Operation voraus, beginnt sich die AHB spätestens zwei Wochen nach der Entlassung aus der Akutklinik. Eine AHB kann sich ambulant gestalten. Vielfach findet sie auch in teilstationärer oder stationärer Form statt.

Die Dauer der Maßnahmen ist zeitlich begrenzt, im Normalfall erfolgt eine Zusage für drei Wochen. Ein erneuter Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen für Kuren besteht i.d.R. nach vier Jahren, das gilt für Kuren, die die GRV trägt, und für Kuren, die die GKV trägt.

Leistungen des Rentenversicherungsträgers

Der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung übernimmt die Kosten einer Kur, wenn sie der Wiederherstellung der Arbeitskraft dient. Er leistet daher nur für Reha-Kuren, nicht hingegen für Vorsorgemaßnahmen. Die Reha-Maßnahme muss in der Regel stationär erfolgen. Ambulante und teilstationäre Maßnahmen werden nur in Ausnahmefällen erstattet.
Die Leistungen sind in der Regel auf drei Wochen beschränkt. Bei stationären Kuren tragen Patienten einen eigenen Anteil von 10 Euro/Tag – i.d.R. für 42 Tage, bei AHB nur für 14 Tage.
Der Kuranspruch für gesundheitlich geschwächte oder kranke Kinder gestaltet sich analog zum Kuranspruch für Erwachsene. Solche Kuren werden auch von der Rentenversicherung der Eltern übernommen.

Anspruchsvoraussetzungen:
Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die
- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllen (Mindestbeitragszahlung genügt), auch wenn sie danach nicht mehr rentenversichert sind (z.B. als Selbstständige aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschieden sind).
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine pflichtversicherte Beschäftigung oder Selbstständige Tätigkeit mit Pflichtbeitragen zur Rentenversicherung (ggf. Pflichtversicherung auf Antrag) aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
- vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben.

Besonderheiten
- Rentenversicherungsträger zahlen normalerweise keine Heilkur für Rentner. Einzige Ausnahme sind hier Heilkuren für onkologische Befunde.
- Rentenversicherungsträger zahlen nicht für Vorsorgekuren.

GKV-Leistungen für Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen

Vielfach geht es bei einer Kur nicht darum, die Arbeitskraft wiederherzustellen. Das gilt z.B. auch für Rentner. Die GKV erstattet Kurkosten aber nur, soweit eine Erstattung durch den Rentenversicherungsträger nicht in Betracht kommt. Voraussetzung ist, dass eine normale ärztliche Behandlung nicht ausreicht, um den gewünschten Behandlungserfolg zu erzielen.
Bei ambulanten Kuren müssen Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung grundsätzlich selbst getragen werden. Die Krankenkasse kann einen Zuschuss von maximal 13 Euro /Tag (chronisch Kranke: 16 Euro) zahlen.
Bei stationären Kuren trägt die GKV alle Kosten. Der Versicherte muss jedoch 10 Euro pro Tag zuzahlen, sowohl bei Rehabilitations- als auch für Vorsorgekuren. Die gleichen Zuzahlungen gelten für Eltern-Kind-Kuren.

- Bei **ambulanten Kuren** werden die Behandlungs- und Arztkosten in voller Höhe erstattet. Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung müssen vom Patienten selbst tragen. Die Krankenkasse kann einen Zuschuss von 13 EUR/Tag zahlen, für chronisch kranke Kleinkinder bis zu 21 EUR/Tag.
- Bei **stationären Kuren** trägt die GKV neben den Behandlungs- und Arztkosten auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Versicherten müssen jedoch 10 EUR pro Tag zuzahlen (bei Anschlussheilbehandlungen längstens für 28 Tage).
- **Vorsorge- und Rehabilitationskuren für Mütter bzw. Väter (Mutter-/Vater-Kind-Kur**) werden ebenfalls von der GKV erstattet. Auch hier beträgt die Zuzahlung 10 EUR pro Tag.

Sämtliche gesetzliche Leistungen für Kuren können nur nach Ablauf von vier Jahren erneut in Anspruch genommen werden und sind zeitlich begrenzt, in der Regel auf die Dauer von drei Wochen.

Leistungen der Beihilfe für Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Beihilfestellen erstatten in der Regel folgende Leistungen:

- bei einem Sanatoriumsaufenthalt (entspricht einer stationären Kur):
  für den Beihilfeberechtigten selbst und seine Angehörigen
  - ärztliche Leistungen einschl. Heilpraktikerbehandlung
  - im Rahmen der Kur anfallende Arznei- und Verbandsmittel abzüglich der üblichen Zuzahlungen
  - ärztliche verordnete Heilbehandlungen (Bäder, Massagen etc.)
  - Unterkunft, Verpflegung und Pflege für max. 3 Wochen
  - Fahrtkosten und Kurtaxe
- bei einer ambulanten Heilkur:
  nur für den aktiven Beihilfeberechtigten
  - ärztliche Leistungen einschl. Heilpraktikerbehandlung
  - im Rahmen der Kur anfallende Arznei- und Verbandmittel abzüglich der üblichen Zuzahlungen
  - ärztliche verordnete Heilbehandlungen (s.o.)
  - Unterkunft und Verpflegung für max. 23 Tage
  - Fahrtkosten und Kurtaxe

Diese Leistungen werden selbstverständlich nur in Höhe des jeweiligen Bemessungssatzes erstattet.

Leistungen der PKV

- Ist ein privat Krankenversichertes Mitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung, leiten sich hieraus die entsprechenden Ansprüche ab (s.o.).
- Kurleistungen stehen darüber hinaus den privat Krankenversicherten zu, soweit die abgeschlossenen Tarife solche Leistungen vorsehen. Zumindest der Leistungsanspruch für AHB gehört regelmäßig dazu.
- Sehen die abgeschlossenen Tarife über die AHB hinaus keine weiteren Kurleistungen vor, kann ein eigener Kurtarif abgeschlossen werden.
- Die Leistungslücken der GRV bzw. GKV können durch den Abschluss einer Kurtagegeldversicherung in der PKV geschlossen werden.

Pflegebedürftigkeit (Begriff)

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Dabei werden 5 Grade der Pflegebedürftigkeit unterschieden, die so genannten Pflegegrade:

Pflegegrad 1:
geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

Pflegegrad 2:
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

Pflegegrad 3:
schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

Pflegegrad 4::
schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

Pflegegrad 5.
schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Bei Kindern
Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Pflegeversicherung (SPV/PPV)

Seit dem 01.01.1995 besteht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten die Pflicht zum Abschluss einer Pflegeversicherung. Die Träger der Pflegeversicherung sind die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen.

Diese gesetzliche Pflegeversicherung gliedert sich in die "Soziale Pflegeversicherung" (SPV) für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung und die "Private Pflegepflichtversicherung" (PPV) für privat Versicherte.
Die PKV leistet im Rahmen der Pflegeversicherung im Versicherungsfall Ersatz für Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige mit der Pflege in Verbindung stehender Leistungen. Die Leistung erfolgt jeweils im vertraglich festgelegten Umfang. Die private Pflegepflichtversicherung ist damit das Äquivalent zur sozialen Pflegeversicherung bei der GKV.

Die Frage, wer sich wo pflegeversichern muss, folgt dem Grundsatz:

„Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung"

Dabei spielt es keine Rolle, ob sie als Freiberufler, Selbstständige, Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder als Beamte versichert sind, d.h. alle Privatversicherten mit Anspruch auf Kostenerstattung für Allgemeine Krankenhausleistungen müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschließen.
Beamte, Versorgungsempfänger und Heilfürsorgeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige müssen eine, die Beihilfe ergänzende private Pflegepflichtversicherung abschließen. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte können eine private Pflegeversicherung abschließen.

Soziale Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung

Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind alle versicherungspflichtigen und freiwilligen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Zeitsoldaten.

2. Befreiung von der Versicherungspflicht

Freiwillige Mitglieder der GKV können sich jedoch auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Dafür ist jedoch der Nachweis des Abschlusses der privaten Pflegepflichtversicherung erforderlich, und zwar auch für ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht in der Familienversicherung versichert wären.

Der Antrag auf diese unwiderrufliche Befreiung kann nur innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht (= Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft) bei der zuständigen gesetzlichen Krankenversicherung (Pflegekasse) gestellt werden.

Ausnahme:
Bestand die freiwillige Mitgliedschaft bereits am 01.01.1995 und dauerte darüber hinaus an, konnte dieser Personenkreis die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bis zum 30.06.1995 beantragen. Diese Befreiungsmöglichkeit kann von besonderer Bedeutung für die Beitragslimitierung in der PPV bei einem späteren Wechsel von der GKV zur PKV sein.

3. Familienversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert, wenn sie:
- nicht selbst versicherungspflichtig sind,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen von mehr als mtl. 1/7 der mtl. Bezugsgröße der Sozialversicherung haben.

Bei Kindern gilt dies zusätzlich
- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert, darüber hinaus
- bis zum 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind oder
- bis zum 25. Lebensjahr, wenn sie sich in der Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten.
- Diese Frist erhöht sich ggf. durch einen freiwilligen Wehrdienst oder einen Bundesfreiwilligendienstes,
  darüber hinaus ggf. auch bei einer Unterbrechung durch freiwilligen Wehrdienstes, durch einen Freiwilligendienst, einen Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder aber durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer für die Dauer von höchstens 12 Monaten.
- Ohne Altersgrenze sind körperlich, geistig oder seelisch behinderte Kinder mitversichert, die sich aufgrund der Behinderung nicht selbst unterhalten können. Voraussetzung ist, dass bei Eintritt der Behinderung bereits ein Anspruch auf Beitragsfreiheit nach den erwähnten Kriterien bestanden hat.

Kinder können dann nicht im Rahmen der Familienversicherung mitversichert werden, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des SPV-Mitglieds in der PPV versichert ist, ein Einkommen oberhalb der JAE-Grenze hat und mehr verdient als der SPV versicherte Ehegatte. Diese Regelung entspricht inhaltlich der für die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

4. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Als pflegebedürftig gelten Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Ankleiden, Essen, Trinken, Haarpflege usw.) auf Dauer in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Es wird eine finanzielle Grundabsicherung für häusliche, teilstationäre, vollstationäre Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege zur Verfügung gestellt. Ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung ist die Vermeidung stationärer Pflege. Sofern es möglich ist, sollen Pflegebedürftige in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung weiterleben können.
Ergänzend zur Beihilfe werden die im Pflegeversicherungsgesetz genannten Leistungen für die Beihilfeberechtigten, ihre berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Kinder anteilig gewährt.

5. Wartezeit

Keine Wartezeiten bestehen für die Tarife der privaten Pflegeversicherung PPV, sofern die Mitgliedschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) zum 01.01.1995 begonnen hat und ununterbrochen fortbesteht.

Für Personen, die bei Inkrafttreten der Pflegepflichtversicherung weder pflege- noch krankenversichert waren, gilt grundsätzlich eine Wartezeit von bis zu 2 Jahren.

Zu Tarifen PVN/PVB beträgt die Wartezeit bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre ununterbrochen bestanden haben muss, womit die Wartezeit dann erfüllt ist. Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.
Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet:

- Wechsel in die SPV:
  bei Wechsel aus SPV einer anderen Pflegekasse der GKV werden alle Vorversicherungszeiten der letzten 10 Jahre angerechnet.
  bei Wechsel aus PPV eines privaten Krankenversicherers werden nur die Vorversicherungszeiten der letzten 10 Jahre anerkannt, die mit dem aktuell neuen Versicherungsverhältnis in einem zeitlich ununterbrochenen Zusammenhang stehen.
- Wechsel in die PPV:
  bei Wechsel aus SPV einer Pflegekasse der GKV werden nur die Vorversicherungszeiten der letzten 10 Jahre anerkannt, die mit dem aktuell neuen Versicherungsverhältnis in einem zeitlich ununterbrochenen Zusammenhang stehen.
  bei Wechsel aus PPV eines privaten Krankenversicherers werden alle Vorversicherungszeiten der letzten 10 Jahre angerechnet.

Für die Pflegezusatzversicherung gelten bedingungsgemäß keine Wartezeiten.

6. Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung

Der Beitrag bestimmt sich durch
- auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze
- wird der bundeseinheitlich vom Gesetzgeber festgelegten Beitragssatz angewendet (3,6% – Stand 01.01.2025)
- Der Arbeitgeberzuschuss wird mit der Hälfte des Beitragssatzes berechnet. (Ausnahme: Sachsen, dort Abschlag auf AG-Seite, der dem AN zugeschlagen wird)
- Nur auf AN-Seite: Zuschlag für Kinderlose ab 23 bzw. Abschlag pro Kind ab dem 2. Bis zum 5. Kind

Freiwillig GKV-versicherte Beihilfeberechtigte sind versicherungspflichtig in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Hier erhalten sie die Hälfte der Leistungen, zahlen entsprechend den halben Beitragssatz und erhalten die andere Hälfte der Leistungen von der Beihilfe.

Ausnahmen:
- In Sachsen liegt der Beitragssatz für den Arbeitgeberzuschuss um 0,5 Prozentpunkte niedriger und entsprechend für Arbeitnehmer 0,5 Prozentpunkte höher.
- Für SPV-Mitglieder ohne Kinder wird der Beitragssatz ab Alter 23 um 0,6 Prozentpunkte angehoben.
- Für SPV-Mitglieder wird der Beitragssatz ab dem 2. bis zum 5. Kind, welche das 25 Lebensjahr noch nicht vollendet haben, um 0,25 Prozentpunkte gesenkt

Beitragsfreiheit besteht für:
- Familienangehörige für die Dauer der Familienversicherung,
- Mitglieder für die Dauer des Bezugs von Mutterschafts- oder Elterngeld.

Pflegepflichtversicherung für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

1. Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung

Privat Vollversicherte und deren mitversicherte Angehörige mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind verpflichtet, bei einem Krankenversicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit abzuschließen.

Ebenso sind versicherungspflichtig alle Beamte, Versorgungsempfänger, Heilfürsorgeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Sie müssen eine die Beihilfe ergänzende Pflegepflichtversicherung abschließen.

Der Vertrag muss für sie selbst und ihre Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung Familienversicherung bestünde, 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.
Entsprechend den Kriterien der Familienversicherung sind Kinder beitragsfrei mitversichert.

PKV-Versicherte können den privaten Pflegeschutz entweder bei dem Unternehmen, bei dem sie bereits krankenversichert sind, oder bei einem anderen Unternehmen der PKV abschließen.
Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, müssen - falls sie nicht freiwilliges Mitglied der GKV sind - den ihrem Beihilfeanspruch entsprechenden prozentualen Anteil in der Pflegepflichtversicherung absichern. Dies gilt auch, wenn sie keine private Restkostenversicherung haben. Grundlage sind die Beihilfevorschriften des Bundes mit Erstattungssätzen von 20, 30 und 50 % je nach Personenkreis.

Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge mit lebenslangem Versorgungsanspruch (Berufssoldaten, Angehörige des Bundesgrenzschutzes und in einigen Bundesländern auch Polizeibeamte und Feuerwehrleute) sind - unabhängig vom Bestehen einer Anwartschaftsversicherung zur Ergänzung der Beihilfeansprüche im Ruhestand - in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig.

Soldaten auf Zeit dagegen sind in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, solange sie nicht über eine Anwartschafts-Versicherung bei einem Unternehmen der PKV eine private Pflegepflichtversicherung haben.

2. Besonderheiten der privaten Pflegeversicherung

Für Versicherungsverhältnisse, die an eine am 1. Januar 1995 bestehende Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung anknüpfen, gilt
- Vorerkrankungen der versicherten Personen sind nicht ausgeschlossen,
- bereits pflegebedürftige Personen sind nicht ausgeschlossen,
- es sind keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen,
- die Prämien der versicherten Personen sind nach Alter gestaffelt,
- die Prämienhöhe darf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen. Bei privat krankenvollversicherten Beihilfeberechtigten wurden 50% des Höchstbeitrages in der sozialen Pflegeversicherung nicht überschritten,
- Kinder des Versicherungsnehmers sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert – analog zu den Regelungen der Familienversicherung in der SPV
- für Ehepaare, wenn ein Ehegatte nicht berufstätig ist bzw. ein Einkommen von max. 1/7 der Bezugsgröße der Sozialversicherung hat, wird keine Prämie von mehr als 150% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung erhoben (analog maximal 75 % für Beihilfeberechtigte).

Dies gilt auch, wenn eine Vorversicherungszeit von 5 Jahren in der PPV vorliegt.
Die Höhe des Beitrages ist abhängig vom Eintrittsalter. Die Kalkulation der Beiträge berücksichtigt den Aufbau von Rückstellungen für das höhere Risiko der Pflegebedürftigkeit im Alter. Hierin liegt ein wesentlicher Vorteil der privaten gegenüber der sozialen Pflegeversicherung.

Hinweis:
Gleiches gilt, wenn man nicht pflegeversichert ist, z.B. auf Grund eines Auslandsaufenthaltes, und eine PPV neu abschließt (Pflegeversicherungspflicht setzt bei Rückkehr neu ein).
Achtung:
Dann besteht aber kein Kontrahierungszwang, wenn man bereits pflegebedürftig ist.

Die Privaten Krankenversicherungsunternehmen sind verpflichtet, auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen (Kontrahierungszwang). Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die sich erst nach dem 31. Dezember 1994 privat kranken versichern, gelten die Grundsätze mit Einschränkungen, weil sich die Betroffenen hier leichter auf die Situation einstellen können. Es besteht weiterhin ein Kontrahierungszwang der privaten Pflegeversicherungsträger:
- kein Ausschluss von Vorerkrankungen
- keine Staffelung der Prämien nach dem Geschlecht, es können aber Risikozuschläge vereinbart werden
- beitragsfreie Mitversicherung der Kinder
- keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2 SGB XI).

Verfügen Versicherungsnehmer über eine Vorversicherungszeit von mindestens 5 Jahren in der privaten Pflege- oder Krankenversicherung, darf die Prämienhöhe den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten.

Für Versicherungsnehmer, die sich nach dem 01.01.1995 versichern und keine Vorversicherungszeit von mindestens 5 Jahren in ihrer privaten Pflege- oder Krankenversicherung aufweisen, braucht der Vertrag keine Begrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung vorzusehen, da sie automatisch eine Höchstbeitragsgarantie haben.

Diese Regelung gilt auch für Mitglieder der GKV, die am 01.01.1995 freiwillig versichert waren und sich bis zum 30.06.1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen (zugunsten der PPV).

Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt gem. § 14 KVAV (Übertragungswert) die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne von § 148 VAG (Pflegeversicherung). Dieser wird demnach in vollem Umfang beim Wechsel mitgegeben, einerlei ob es sich um einen vor oder seit dem 01.01.2009 abgeschlossenen Vertrag handelt.

3. Beiträge und Beitragszuschüsse für Privatversicherte

Die Beiträge in der Privatren Pflegepflichtversicherung sind gedeckelt auf den Höchstbeitragecder Sozialen Pflegepflichtversicherung.

Ist der Kunde mit den Beitragszahlungen im Rückstan aus, erfolgeen seitens des Versicherersdie regulären Mahnungen.
Beträgt der Beitragsrückstand 6 Monate oder mehr, sind wir zur Meldung des Falls an das Bundesamt für soziale Sicherung verpflichtet.
Das Bundesamt für soziale Sicherung führt dann ein Bußgeldverfahren durch.
Wir dürfen den Vertrag nicht unsererseits kündigen,
sind aber bei Zahlungsverzug leistungsfrei, wenn ein Versicherungsfall eintritt.

Beschäftigte, die bei der PKV pflegepflichtversichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss ist begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat.
Auch der Beitrag für Familienangehörige wird vom Arbeitgeber mitgetragen, wenn diese nicht selbst versicherungspflichtig sind und wenn der Beitragszuschuss nicht bereits vom Arbeitnehmer voll ausgeschöpft wird. Diese Regelung entspricht inhaltlich der zum Arbeitgeberzuschuss für Vollversicherte in der privaten Krankenversicherung.
Kinder von Privatversicherten sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres kostenlos mitversichert, darüber hinaus ggf. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, etwa bei Studenten.
Darüber hinaus zahlen Studenten bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres den ermäßigten Beitrag für Studierende, bei dessen Berechnung als beitragspflichtige Einnahmen der monatliche Bedarf angesehen, der nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen.

Beamte, Richter, Versorgungsempfänger und Berufssoldaten erhalten keinen Zuschuss, da entsprechende Beihilfeansprüche vorliegen. Sie zahlen in der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechend geringere Beiträge, da die Versicherungsleistungen auf die Ergänzung der umfangreichen Beihilfeansprüche abgestimmt sind.

Versorgungsempfängern wird darüber hinaus ihr Weihnachtsgeld um 1,525% der gesamten Versorgungsbezüge des vergangenen Jahres gekürzt zur Finanzierung der beihilfefähigen Pflege-Aufwendungen.

4. Leistungen der privaten Pflegeversicherung

Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung sind in den AVB für die Private Pflegepflichtversicherung (auf Basis der MB/PPV) sowie in den Tarifen der einzelnen privaten Krankenversicherer festgelegt, allgemein wird unterschieden in private Pflegeversicherung für Vollversicherte und Beihilfeversicherte.

Sie entsprechen inhaltlich denen der sozialen Pflegeversicherung. Statt Sachleistung werden die Leistungen in Form von Kostenerstattung oder Pflegegeld erbracht.

Leistungen werden gewährt für Häusliche Pflege, teilstationäre Pflege, stationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der Einstufung in eine der drei Pflegestufen.

Auch in der verbandseinheitlichen privaten Pflegepflichtversicherung werden die Leistungsansprüche nach den fünf Pflegegraden untergliedert.

5. Wartezeiten

Siehe Abschnitt „Wartezeiten“ unter „Soziale Pflegeversicherung“

6. Geförderte private Pflegezusatzversicherung

Neben Pflegezusatzversicherungen, die seitens der PKV angeboten werden, gibt es seit 01.01.2013 die geförderte private Pflegezusatzversicherung.

Alle Personen,
- die gesetzlich pflegeversichert sind (SPV bzw. PPV),
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
- die bislang aus der SPV bzw. PPV keine Leistungen beziehen oder bezogen haben,
- die eine förderfähige Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen haben und
- mindestens 10 Euro pro Monat für diese Pflege-Zusatzversicherung selbst aufwenden,

haben Anspruch auf eine steuerfinanzierte Pflegevorsorgezulage in Höhe von monatlich 5 Euro.

Zulagenberechtigte Personen haben Anspruch auf Versicherung in einer förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung.

Bei finanzieller Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer den Anspruch, den Vertrag mindestens drei Jahre ruhen zu lassen oder innerhalb von drei Monaten ab Eintritt der Hilfebedürftigkeit zu diesem Zeitpunkt zu kündigen.
Ist der Vertrag ruhend gestellt, beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt.
Nach dem Willen des Gesetzgebers gelten die geförderte Pflege-Zusatzversicherung und andere Pflegezusatzversicherungen aufgrund der gesetzlichen Anforderungen an die Förderfähigkeit nicht als gleichartig im Sinne des § 204 Absatz 1 Nr. 1 VVG. Demnach besteht zwischen diesen Tarifen kein entsprechendes Wechselrecht.

Die Wartezeit beträgt höchstens fünf Jahre.
Bei der Feststellung eines Versicherungsfalles sind die Ergebnisse der Feststellungen der Pflegebedürftigkeit zu Grunde zu legen.

Die geförderte Pflegezusatzversicherung darf keine weiteren Leistungen (bspw. Assistance-Leistungen) vorsehen

PKV-Beiträge

Äquivalenzprinzip

Das Fundament der Beitragskalkulation in der privaten Krankenversicherung ist das Äquivalenzprinzip (Individualversicherungsprinzip). Dabei werden für jeden Versicherten seinem persönlichen Risiko entsprechende Beiträge erhoben. Der ist abhängig von:

- vom Umfang des Versicherungsschutzes, der bedarfsgerecht zusammengestellt werden kann,
- vom Geschlecht,
- vom Lebensalter bei Versicherungsbeginn,
- von Vorerkrankungen und dem Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherung.

Die Beiträge werden so kalkuliert, dass die entstehenden Versicherungsleistungen und die eingehenden Versicherungsbeiträge - über die gesamte Vertragslaufzeit gesehen - in einem Gleichgewicht sind.
Dem Äquivalenzprinzip der PKV steht das Solidaritätsprinzip der GKV gegenüber.

Alterungsrückstellung

In der Regel wächst mit zunehmendem Alter das Krankheitsrisiko des Versicherten. Eine Verminderung der Leistungen oder eine Erhöhung der Beiträge aufgrund des Älterwerdens ist in der privaten Krankenversicherung grundsätzlich jedoch ausgeschlossen. Dies wird den Versicherten, die entsprechende Tarife abgeschlossen haben, vertraglich garantiert (z. B. § 8 a Abs. 2 AVB KKV). Um eine Deckung des mit zunehmendem Lebensalter wachsenden Risikos zu erreichen, wird die sogenannte Alterungsrückstellung gebildet. Dazu wird in der ersten Phase des Versicherungsverhältnisses eine Kapitalansammlung aufgebaut, die in der zweiten, stärker risikobehafteten Phase der Vertragslaufzeit nach und nach zugunsten des Versicherten aufgebraucht wird.

Die Alterungsrückstellung wird aus verschiedenen Quellen gebildet:

- aus den verdienten Bruttobeiträgen (Sparanteil)
- aus dem Rechnungszins (aus dem die Sparbeiträge jährlich erhöht werden)
- aus dem Betrag gem. § 150 (Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift) (90 % aus dem Überzins)
- aus den Limitierungsmitteln

Durch Bildung von Alterungsrückstellungen soll vermieden werden, dass die Beiträge auf Grund der stärkeren Inanspruchnahme von Leistungen im Alter steigen. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie auch bei steigender Inanspruchnahme von Leistungen konstant bleiben.

Mathematisch ist die von den PKV-Unternehmen gebildete Alterungsrückstellung genau der Betrag, der benötigt wird, um die steigende Inanspruchnahme von Leistungen im Alter zu finanzieren. Dadurch bedingt liegt der Beitrag in jungen Lebensjahren höher als die tatsächlichen Leistungsausgaben (Ansparphase). In späteren Lebensjahren werden die durch höhere Leistungsinanspruchnahme bedingten Leistungsausgaben aus der Alterungsrückstellung gedeckt (Entsparphase).
Die privaten Krankenversicherer haben in den letzten Jahren die Alterungsrückstellungen für ihre Versicherten massiv erhöht. Zurzeit stehen über 200 Mrd. Euro als Zukunftsvorsorge zur Verfügung.

Portabilität der Alterungsrückstellung

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird seit dem 01.01.2009 ein Mitnahmerecht für Alterungsrückstellungen geschaffen.

Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung in der KKV

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird seit dem 1.1.2009 ein Mitnahmerecht für Alterungsrückstellungen geschaffen.

Bei nach dem 1.1.2009 abgeschlossenen privaten Krankenversicherungsverträgen werden bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer die Alterungsrückstellung in Höhe des Basistarifs sowie der gesetzliche Beitragszuschlag (10 %-Zuschlag) übertragen (§ 146 Abs 1 Nr. 5 VAG). Diesen Gesamtwert nennt man Übertragungswert.

Für die Pflegepflichtversicherung hingegen ist die Mitnahme der Alterungsrückstellungen in § 14 Abs. 6 KVAV (Übertragungswert) folgendermaßen geregelt:
„Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 VAGdes Versicherungsaufsichts-Gesetzes“ Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt gem. § 14 KVAV die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 VAG. Dieser wird demnach in vollem Umfang beim Wechsel mitgegeben.
Das gilt sowohl für Pflegepflichtversicherungsverträge, die vor dem 1.1.2009 abgeschlossen wurden, als auch für solche Pflegepflichtversicherungsverträge, die erst nach dem 1.1.2009 abgeschlossen worden sind. Es spielt also keine Rolle, ob es sich um einen „Alte-Welt“- oder „Neue-Welt“-Vertrag handelt.
Bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer sollte, wenn der Vorversicherer dies nicht von sich aus veranlasst, die Übertragungswertbescheinigung (ÜWB) dort angefordert und beim neuen privaten Krankenversicherer eingereicht werden. Anschließend wird die mitgebrachte Alterungsrückstellung auf den PPV-Beitrag angerechnet. Dies führt dazu, dass der neue Beitrag im Wesentlichen dem des Vorversicherers entspricht. Kleinere Abweichungen können wegen unterschiedlich einkalkulierter Verwaltungskosten auftreten.

Beim Wechsel von einem höherwertigen Tarif in den Basistarif verbleibt die über den Übertragungswert hinausgehende Alterungsrückstellung beim bisherigen Versicherer und kann in einer Zusatzversicherung angerechnet werden.
Bei einem Wechsel in die GKV erfolgt keine Mitgabe der Alterungsrückstellung.
Der Versicherungsnehmer kann auf das Recht zur Portabilität ab 1.1.2009 nicht verzichten.

Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen in der PPV

Für die Pflegepflichtversicherung hingegen ist die Mitnahme der Alterungsrückstellungen in § 14 Abs. 6 KVAV (Übertragungswert) folgendermaßen geregelt:
„Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 VAG des Versicherungsaufsichts-Gesetzes“
Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt gem. § 14 KVAV die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 VAG. Dieser wird demnach in vollem Umfang beim Wechsel mitgegeben.
Das gilt sowohl für Pflegepflichtversicherungsverträge, die vor dem 01.01.2009 abgeschlossen wurden, als auch für solche Pflegepflichtversicherungsverträge, die erst nach dem 01.01.2009 abgeschlossen worden sind. Es spielt also keine Rolle, ob es sich um einen „Alte-Welt“- oder „Neue-Welt“-Vertrag handelt.

Rechtsanspruch auf Mitteilung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde Folgendes festgelegt: Kunden mit Übertragungswert in der KKV (sog. 'Neue Welt'-Tarife) muss dieser Übertragungswert ab dem Jahr 2013 jährlich mitgeteilt werden. Kunden, für die nur eine PPV besteht, wird der Übertragungswert nicht mitgeteilt, da dieser der Alterungsrückstellung entspricht. In folgenden Fällen wird eine versicherte Person mit einer Krankheitskostenvollversicherung nicht aufgeführt:
- Der Tarif sieht keine übertragbare Alterungsrückstellung vor.
- Für den Tarif hat sich noch kein Übertragungswert gebildet. Dies betrifft in der Regel Kinder.
- Tarif ist zur Beendigung vorgemerkt

Hinweise

- Bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer sollte, wenn der Vorversicherer dies nicht von sich aus veranlasst, die Übertragungswertbescheinigung (ÜWB) dort angefordert und beim neuen privaten Krankenversicherer eingereicht werden. Anschließend wird die mitgebrachte Alterungsrückstellung auf den PPV-Beitrag angerechnet. Dies führt dazu, dass der neue Beitrag im Wesentlichen dem des Vorversicherers entspricht. Kleinere Abweichungen können wegen unterschiedlich einkalkulierter Verwaltungskosten auftreten.
- Beim Wechsel von einem höherwertigen Tarif in den Basistarif verbleibt die über den Übertragungswert hinausgehende Alterungsrückstellung beim bisherigen Versicherer und kann in einer Zusatzversicherung angerechnet werden.
- Bei einem Wechsel in die GKV erfolgt keine Mitgabe der Alterungsrückstellung.
- Der Versicherungsnehmer kann auf das Recht zur Portabilität ab 01.01.2009 nicht verzichten.

Anwartschaftsdeckungsverfahren

Bei dem in der Privaten Krankenversicherung verwendeten Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren wird der Beitrag bei Versicherungsbeginn so kalkuliert, dass er unter ansonsten gleichen Voraussetzungen grundsätzlich über die gesamte Vertragslaufzeit konstant bleibt.

Vereinfacht ausgedrückt heißt dies:
Der Versicherte erwirbt in jüngeren Jahren eine Anwartschaft darauf, dass sein Beitrag im Grundsatz über die gesamte Vertragslaufzeit unverändert bleibt.
Dazu wird in den Anfangsjahren der Laufzeit eines Krankenversicherungsvertrags ein Beitrag erhoben, der höher ist als das augenblickliche Risiko der betreffenden Person.
Diese Differenz, der sogenannte Sparbeitrag, wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angesammelt. Später, wenn der zu entrichtende Beitrag aufgrund des gestiegenen Lebensalters - und damit in der Regel auch einer verstärkten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen - nicht mehr für die benötigten Versicherungsleistungen ausreicht, werden die in der Alterungsrückstellung angesammelten Mittel - für den Versicherten unbemerkt - zur Abdeckung dieser Finanzierungslücke eingesetzt. Damit werden Beitragssteigerungen aufgrund des Älterwerdens grundsätzlich ausgeschlossen.

Da jeder Versicherte die später fälligen Leistungen selber anspart, sorgt - anders als beim Umlageverfahren der Sozialversicherungen - jeder Versicherte im Prinzip für sich selbst vor. Dies macht die PKV gegenüber der demographischen Entwicklung weitgehend unempfindlich.

Allerdings kann auch das Anwartschaftsdeckungsverfahren unvorhersehbare Entwicklungen, wie z. B. die überdurchschnittlichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und die nicht vorhersehbaren Steigerungen der Lebenserwartung nicht auffangen.

Verantwortlicher Aktuar

Ein Krankenversicherer, der die substitutive Krankenversicherung betreibt, muss einen verantwortlichen Aktuar bestellen.
Dies ist ein beim Versicherer angestellter Versicherungsmathematiker. Er hat sicherzustellen, dass die Berechnung der Beiträge sowie der Alterungsrückstellungen nach versicherungsathematischen Methoden und gemäß rechtlicher Vorgaben erfolgt.
Darüber hinaus hat er die Finanzlage des Unternehmens zu prüfen (§ 156 VAG (Verantwortlicher Aktuar in der Krankenversicherung)

Anrechnungsbetrag

Der Anrechnungsbetrag des Versicherten stellt den Gegenwert für die gebildete Alterungsrückstellung dar. Er wird als monatliche Differenz zwischen dem aktuell zu zahlenden Beitrag und dem Beitrag, den der Kunde auf Grund seines derzeitigen Alters bei einem Neuabschluss zu zahlen hätte, berechnet.

Beispiel:
Ein Versicherter wechselt beispielsweise mit 50 Jahren den Tarif.
Sein zuletzt gezahlter Monatsbeitrag war 140 Euro.
Ein neu eingetretener 50jähriger würde für denselben Tarif 155 Euro Monatsbeitrag bezahlen.
Der Anrechnungsbetrag würde in diesem Fall 15 Euro betragen.

Anwartschaftsversicherung

In begründeten Fällen kann der Versicherungsschutz für eine bestimmte Zeit gegen einen geringen Beitrag ruhen. Dabei kann durch eine Anwartschaftsversicherung das Recht auf Inkrafttreten bzw. Wiederaufleben einer Krankenversicherung sichergestellt werden. Sie dient damit der Wahrung von Rechten in Zeiten, in denen der Versicherte die Leistungen aus seiner Krankenversicherung nicht benötigt.

Gründe für eine Anwartschaftsversicherung

können z.B. sein:
- Vorübergehende Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenkasse,
- Vorübergehender Auslandsaufenthalt,
- Freie Heilfürsorge
- Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung für Wehrdienstleistende, Berufssoldaten, Feuerwehrbeamte

Bei Wiederbeginn der Leistungspflicht wird der Versicherte dann so behandelt, als habe sein Krankenversicherungsschutz die ganze Zeit hindurch bestanden.

Formen der Anwartschaftsversicherung

Kleine Anwartschaftsversicherung
Sie stellt sicher, dass während dieser Zeit aufgetretene Krankheiten in den Versicherungsschutz einbezogen werden

Große Anwartschaftsversicherung
Sie stellt sicher,
dass während dieser Zeit aufgetretene Krankheiten in den Versicherungsschutz einbezogen werden und dass die Berechnung des Beitrags nach dem ursprünglichen Eintrittsalter geschieht.

Kinder-/Jugendlichenbeiträge (PKV)

Die Beiträge für Kinder- und Jugendliche enthalten bei der PKV i.d.R. keinen bzw. einen reduzierten Alterungsrückstellungsanteil.

I.d.R. gibt es eine Beitragsumstufung vom Kinderbeitrag (ohne Alterungsrückstellung) zum Jugendlichenbeitrag (in der Regel ohne Alterungsrückstellung) sowie vom Jugendlichenbeitrag zum Erwachsenenbeitrag (mit voller Alterungsrückstellung). Die entsprechenden Altersgrenzen werden von den Unternehmen der PKV individuell festgelegt.
Nach der Umstellung auf Erwachsenenbeitrag erfolgt keine Beitragsänderung auf Grund des Alters mehr.

Gemäß § 205 Abs. 3 VVG besteht bei der Kinder-/Jugendlichenumstufung ein außerordentliches Kündigungsrecht, sofern sich der Beitrag erhöht oder mit der Bildung von Alterungsrückstellungen begonnen wird. Das Kündigungsrecht kann bis 2 Monate nach dem Umstellungstermin wahrgenommen werden.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist eine verbindlich vorgeschriebene Mindestverzinsung pro Jahr, um die die Alterungsrückstellungen erhöht werden (§ 150 VAG - Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift).

Sparbeitrag

Der Sparbeitrag gleicht die unterschiedliche Verteilung des Risikos über die gesamte Vertragslaufzeit aus, um den kalkulierten Beitrag konstant zu halten.

Der Sparbeitrag nimmt über die gesamte Vertragsdauer kontinuierlich ab, bis er für einen „gedanklichen Augenblick“ Null wird. Danach übersteigt der benötigte Risikobeitrag den vom Versicherten tatsächlich gezahlten Nettobeitrag. Die sich bildende Lücke wird dann aus der unter anderem durch den Sparbeitrag gebildeten Reserve (Alterungsrückstellung) geschlossen.

Damit sind Beitragssteigerungen in der PKV aufgrund des Älterwerdens der Versicherten grundsätzlich ausgeschlossen.

Überschussbeteiligung

Eine Überschussbeteiligung bei der PKV kann auf verschiedene Arten erfolgen:

- Beitragsrückerstattung entweder als einmalige Barleistung oder durch ein Bonussystem zur dauerhaften Beitragssenkung (Gesundheitsbonus).
- Milderung (= Limitierung) von Beitragsanpassungen.
- Limitierung der Beiträge, insbesondere der über 65- Jährigen in den Krankheitskostentarifen gemäß § 150 (3) VAG - Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift.

Übertragungswert PKV

Der Übertragungswert ist eine im Rahmen des GKV-WSG eingeführte Kenngröße zur Bestimmung der Mitnahme der Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer nach dem 01.01.2009. Der Übertragungswert wird gebildet aus der Summe von Alterungsrückstellungen auf dem Niveau des Basistarifs und dem GBZ.

Die Regelung gilt für Verträge, die ab 2009 neu abgeschlossen wurden oder bei entsprechender Umstellung älterer Tarife.

Übertragungswert PPV

Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt gem. § 14 Abs. 6 KVAV (Übertragungswert) die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des §148 VAG. Dieser wird demnach in vollem Umfang beim Wechsel mitgegeben, einerlei ob es sich um einen vor oder seit dem 01.01.2009 abgeschlossenen Vertrag handelt.

Zahlungsverzug

Die Folgen des Zahlungsverzuges sind im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt. Zu unterscheiden ist zwischen der Nichtzahlung des Erstbeitrages (§ 37 VVG) und der Nichtzahlung des Folgebeitrages (§ 38 VVG).

1. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Wird der Erstbeitrag nicht gezahlt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Zahlt der Versicherungsnehmer (VN) den ersten Beitrag nicht, erhält er zunächst eine Mahnung, und zwar frühestens Ende des ersten, spätestens Ende des zweiten Rückstandsmonats.

Wird ein Vertrag, dessen Beginndatum früher als die Policierung liegt, bis einschließlich des 10. des laufenden Monats policiert, erfolgt die Mahnung am Monatsende. Kunden, deren Verträge nach dem genannten Datum ausgefertigt werden, erhalten die Mahnung erst Ende des Folgemonats.

Zahlt der VN nicht innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Mahnung, kann entweder Rücktritt nach § 37 VVG ausgesprochen und der Vertrag per Beginn beendet werden oder der Erstbeitrag kann gerichtlich geltend gemacht werden.

2. Nichtzahlung des Folgebeitrages bei Zusatzversicherung

Bei Nichtzahlung eines Folgebeitrages wird der VN Ende des 2. Rückstandsmonats nach §38 VVG gemahnt, wenn der Beitragsrückstand höher als ein Monatsbeitrag ist.

Ab Zugang dieses Schreibens hat der Kunde zwei Wochen Zeit, den angeforderten Rückstand zu bezahlen, da ansonsten der Versicherungsschutz erlischt.

Wenn der mit § 38 VVG angemahnte Betrag bis Ende des 3. Rückstandsmonats nicht voll bezahlt wurde, wird der Vertrag mit einem kombinierten Mahn- und Kündigungsschreiben gekündigt.

Wird der geschuldete Betrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der erneuten, 2-wöchigen Zahlungsfrist bezahlt, ist der Vertrag damit reaktiviert (Voraussetzung: es darf kein Leistungsfall eingetreten sein). Verstreicht diese Frist ohne vollständige Zahlung des angeforderten Rückstandes, endet der Vertrag zum Ende des Monats, in dem gekündigt wurde.

Die genannten Regeln werden in der Krankenversicherung mitlaufender Beitragszahlung angewandt. Für die Auslandsreise - Krankenversicherung gegen Einmalbeitrag gilt die Regelung, dass der Vertrag nur bei Zahlung des Beitrags zu Stande kommt. Eine Mahnung erfolgt daher ebenso wenig wie ein Rücktritt.

3. Nichtzahlung des Folgebeitrages bei Krankheitskostenpflichtversicherung

Unter Krankheitskostenpflichtversicherung versteht man eine Krankheitskostenversicherung, mit der die Pflicht zum Abschluss und Erhalt einer privaten Krankheitskostenversicherung aus § 193 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt ist. Beihilfetarife sind eingeschlossen. Sowohl bei Kompakttarifen als auch bei den Modultarifen werden die Leistungen für das Ein-/Zweibettzimmer und chefärztliche Behandlung aufgrund der Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlages zur Krankheitskostenpflichtversicherung gezählt.

Seit dem 01.01.2009 darf als Auswirkung der allgemeinen Versicherungspflicht eine Krankheitskostenpflichtversicherung nicht mehr wegen Zahlungsverzugs gekündigt werden.
Stattdessen wird vom Versicherer zunächst gemahnt, wenn der Versicherte mit zwei Monatsbeiträgen in Rückstand ist. Zwei Wochen nach der Mahnung wird das Ruhen der Leistungen festgestellt, wenn der Versicherte weiterhin mit mehr als einem Monatsbeitrag in Rückstand ist. Während des Ruhens hat der Kunde weiterhin Anspruch auf Erstattung der Kosten für akute und schmerzlindernde Maßnahmen sowie für Schwangerschaft und Mutterschaft. Dieses Ruhen endet erst mit dem Ausgleich des gesamten Rückstandes einschl. aller Säumniszuschläge.
Zwölf Monate nach Feststellen des Ruhens wird der Vertrag in den Notlagentarif umgestellt.
Für ergänzende Tarife (Kranken-, Krankenhaus-und Kurtagegelder, Pflegezusatzversicherungen u.ä.), die neben einer Krankheitskostenversicherung bestehen, gelten jedoch die Regelungen der Zusatzversicherung.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

Alle Unternehmen der PKV sind verpflichtet, für die bei ihnen zumindest mit einer Krankentagegeld-Versicherung versicherten Arbeitnehmer (also nicht für Beamte, Selbstständige, Freiberufler, Rentner u.a.),

Beiträge an die Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen, wenn diese arbeitsunfähig werden und während der Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld erhalten (§ 186 Arbeitsförderungsgesetz). Im Gegensatz zur GKV, bei der von den Arbeitnehmern die Hälfte des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung durch Kürzung des Krankengeldes einbehalten wird, bleibt die Krankentagegeldzahlung für PKV-Versicherte ungekürzt.

Rentner

KVdR (Krankenversicherung der Rentner) bedeutet GKV- Versicherungspflicht als Rentner. Daneben kann es auch die freiwillige Mitgliedschaft von Rentnern in der GKV geben, wenn die KVdR-Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Privat Versicherte können mit Renteneintritt nicht in die GKV wechseln.

Die KVdR ist keine eigene Krankenversicherung, sondern beschreibt nur die Regelungen für die GKV-Pflichtmitgliedschaft von Rentnern.

Voraussetzungen für die KVdR-Mitgliedschaft

In der KVdR wird als Mitglied pflichtversichert kraft Gesetzes, wer
- einen Rentenantrag bei der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt,
- einen Rentenanspruch hat und
- die Vorversicherungszeit erfüllt.

Die Vorversicherungszeit ist erfüllt, wenn man zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung bei der Gesetzlichen Rentenversicherung mindestens 9/10 (Vorversicherungszeit) der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in der GKV krankenversichert war. Die Art der Zugehörigkeit zur GKV (versicherungspflichtiges oder freiwilliges Mitglied oder aber familienversicherter Angehöriger) ist dabei unerheblich.

Die Zeit des Erwerbslebens (Rahmenfrist) reicht dabei vom Beginn der ersten Erwerbstätigkeit, einschließlich Berufsausbildung und Selbstständigkeit, bis zum Zeitpunkt des Antrags auf gesetzliche Rente. Wird (zunächst) keine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen, gilt entweder die Vollendung des 18. Lebensjahrs oder der Tag der Heirat als Beginn der Rahmenfrist.

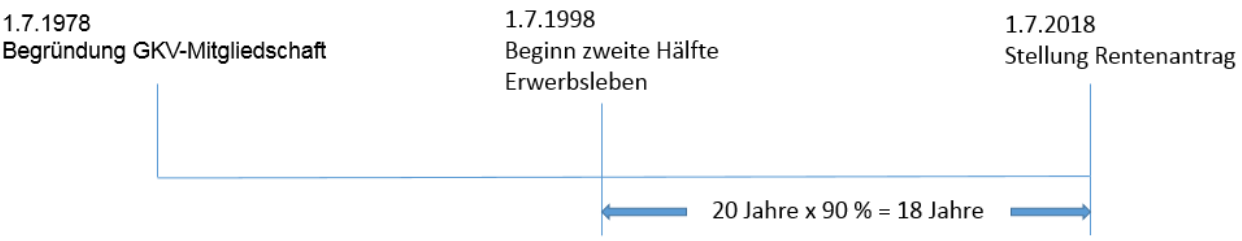
Unabhängig von der Krankenversicherung des Ehe- und Lebenspartners werden seit dem 01.08.2017 jeweils pauschal drei Jahre pro Kind auf die Vorversicherungszeit für die KVdR zur Erfüllung der 9/10-Regelung angerechnet. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Zeiten in der ersten oder zweiten Erwerbshälfte liegen. Berücksichtigt werden leibliche Kinder sowie Stief- und Pflegekinder. Die Anrechnung erfolgt bei beiden Elternteilen.
Grundsätzlich können auch Privatversicherte durch diese Neuregelung KVdR-Mitglied werden. In der Praxis dürfte das allerdings eher selten vorkommen.

Wer das 55. Lebensjahr vollendet hat und die letzten fünf Jahre vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht Mitglied einer GKV war, wird grundsätzlich nicht mehr versicherungspflichtig, also auch nicht in der KVdR (es sei denn, die Vorversicherungszeit wird erfüllt über den verstorbenen Ehepartner). Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als Selbständige nicht versicherungspflichtig waren.

Eine KVdR - Mitgliedschaft entsteht auch nicht, wenn ein Rentenantrag bei der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht gestellt werden kann, wenn etwa statt der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Versorgungsbezüge aus einem berufsständischen Versorgungswerk bezogen werden.

Fallbeispiele zur Berechnung KVdR-9/10-Regelung

Fallbeispiel 1: durchgängige GKV Mitgliedschaft

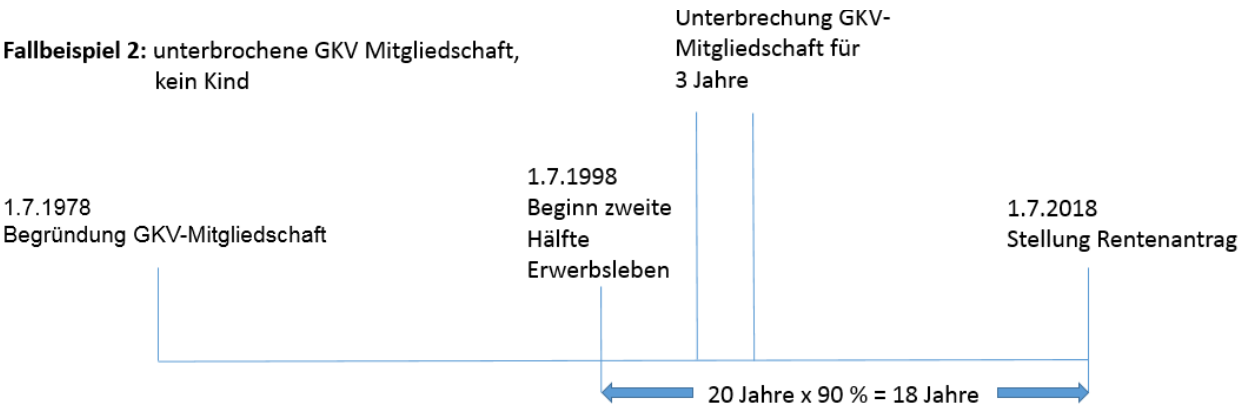


Voraussetzung für KVdR erfüllt, da 90% der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in der GKV

Konsequenz: KVdR-Mitgliedschaft

Änderung zum 1.8.2017: nein

Fallbeispiel 2: unterbrochene GKV Mitgliedschaft, kein Kind

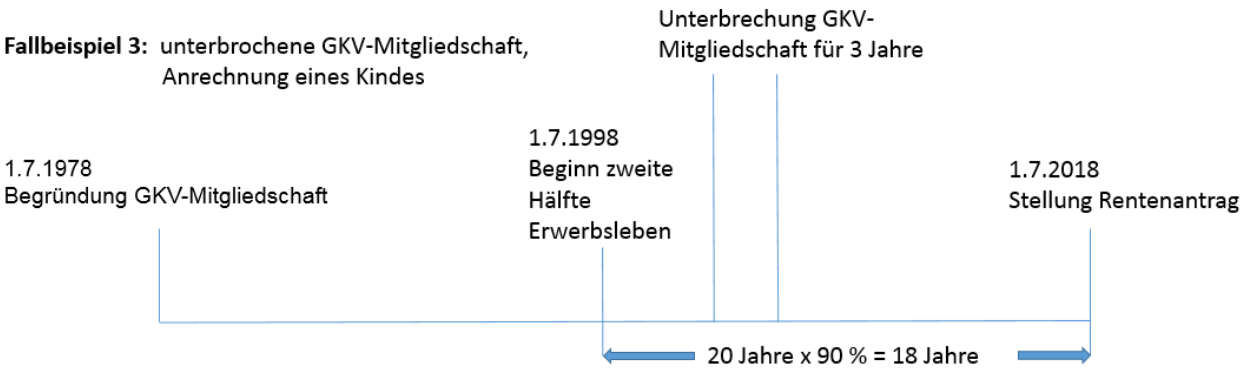


Voraussetzung für KVdR **nicht** erfüllt, da nicht 90% der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in der GKV. Erforderlich sind 18 Jahre, Mitgliedschaft in der GKV bestand nur für 17 Jahre.

Konsequenz: freiwillige GKV-Mitgliedschaft

Änderung zum 1.8.2017: nein

Fallbeispiel 3: unterbrochene GKV-Mitgliedschaft, Anrechnung eines Kindes

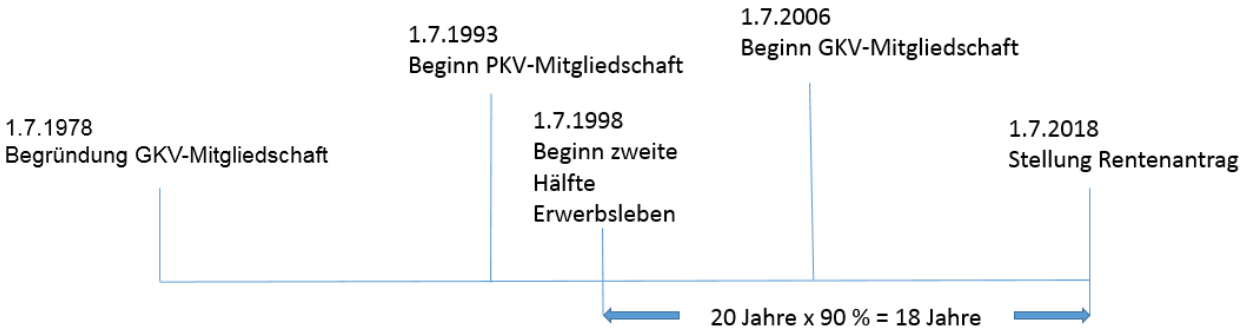


Voraussetzung für KVdR erfüllt, da 90% der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in der GKV. Erforderlich sind 18 Jahre, angerechnet werden 17 Jahre plus 3 Jahre für ein Kind, insgesamt also mehr als 18 Jahre.

Konsequenz: KVdR-Mitgliedschaft

Änderung zum 1.8.2017: ja

Fallbeispiel 4: GKV-Rückkehrer vor 55, Anrechnung zweier Kinder

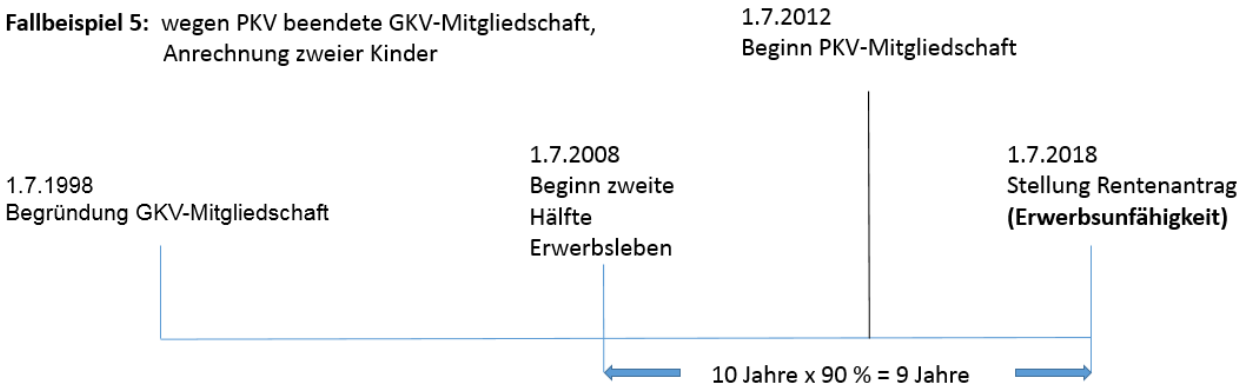


Voraussetzung für KVdR erfüllt, da 90% der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in der GKV. Erforderlich sind 18 Jahre, angerechnet werden 12 Jahre plus 6 Jahre für zwei Kinder, insgesamt also 18 Jahre.

Konsequenz: KVdR-Mitgliedschaft

Änderung zum 1.8.2017: ja

Fallbeispiel 5: wegen PKV beendete GKV-Mitgliedschaft, Anrechnung zweier Kinder



Voraussetzung für KVdR erfüllt, da 90% der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in der GKV. Erforderlich sind 9 Jahre, angerechnet werden 4 Jahre plus 6 Jahre für zwei Kinder, insgesamt also 10 Jahre.

Konsequenz: KVdR-Mitgliedschaft

Änderung zum 1.8.2017: ja

Besonderheiten bei Witwen und Waisen

§ 5 Abs 2 SGB V:
„Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte." - in Verbindung mit
§ 5 Abs 1 Nr. 11 SGB V
„Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren."

Hinweise:
1.
Die Vorversicherungszeit gilt über den verstorbenen Ehepartner auch dann als erfüllt, wenn dieser zwar die 9/10 Regelung erfüllt, aber wegen eines Ausschlusstatbestandes oder einer Vorrangversicherung nicht Mitglied der KVdR war.
2.
Die Vorversicherungszeit gilt über den verstorbenen Ehepartner auch als erfüllt, wenn dieser vor Eintritt des Ruhestandes verstirbt, aber zu diesem Zeitpunkt die 9/10 Regelung erfüllt.
Ist dies nicht der Fall, hat die Witwe kein Zutrittsrecht zur KVdR.
3.
Damit dies bei Waisen nicht passieren kann, hat der Gesetzgeber für Waisen eine mit Waisenrentenantragstellung beginnenden Versicherungspflicht in der KVdR aus eigenem Recht geschaffen, die von keiner Vorversicherungszeit mehr abhängig ist, siehe § 5 Abs 11b SGB V.
4.
Die Versicherungspflicht der Witwen in der KVdR wird nicht durch § 6 Abs 3a SGB V (= Versicherungspflicht tritt nicht mehr ein ab Vollendung des 55. Lebensjahres) ausgeschlossen, soweit die Vorversicherungszeit über den verstorbenen Ehepartner erfüllt wird.
5.
Zu Fragen der KVdR und Beihilfe siehe
„**Hinweis: Beihilfe im Ruhestand, Hinterbliebenen und KVdR bei GKV-versicherten Angehörigen" unter Beihilfe / Allgemeines / 2 Berücksichtigungsfähige Angehörige**

Befreiung von der Versicherungspflicht

Wer mit Antrag auf Rente versicherungspflichtig in der KVdR wird, kann sich innerhalb von drei Monaten nach dem Beginn der Versicherungspflicht befreien lassen.

Sollte eine sozialversicherungsrechtlich irrelevante Unterbrechung (kleiner als 1 Monat, ohne dass in der Zeit ein anderer Versicherungspflichttatbestand eingetreten ist) des zur Befreiung führenden Rentenanspruchs eintreten, ist von einer Fortwirkung der Befreiung auszugehen.
Ein nahtloser Wechsel der Rentenart löst kein neues Recht auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V aus. Das gilt sowohl für den Fall einer durchgehend bestehenden Versicherungspflicht als auch für den Fall einer ausgesprochenen und fortwirkenden Befreiung von der Versicherungspflicht.

Beiträge der Rentner in der GKV und in der SPV

1. KVdR-Mitglieder

Zum Beitrag des **versicherungspflichtigen Rentners** werden folgende Einkünfte angerechnet:
- Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- Zahlbetrag der Rente (sowohl deutsche gesetzliche Rentenversicherung als auch gesetzliche Renten aus dem Ausland)
- Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrenten)
- Arbeitseinkommen, das neben dem Zahlbetrag der Rente und den Versorgungsbezügen erzielt wird (= i.d.R. Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit)

Alle sonstigen Einnahmen (z.B. Vermietung, Kapitalerträge) haben auf die Beitragsberechnung keinen Einfluss. Auch gibt es in der KVdR keine sogenannte Mindestbemessungsgrundlage, so dass Beiträge nur aus den tatsächlichen Brutto-Einkünften berechnet werden.

Auf die Rente zahlt der Rentner
- die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes
- den halben kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz
- den vollen SPV-Beitrag

Der Abzug der Beiträge erfolgt bereits mit der Rentenzahlung.

Auf die beiden anderen genannten Einkunftsarten (Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen) zahlt er **den vollen allgemeinen** Beitragssatz zur GKV (plus vollen SPV-Beitrag), zuzüglich des **vollen kassenindividuellen Zusatzbeitrages.**

Mindesteinkommen wird bei KVdR-versicherten Rentnern nicht zur Beitragsberechnung angesetzt

Die Zahlstellen der Versorgungsbezüge führen die Beiträge direkt an die Krankenkasse ab.
In der GKV gilt gemäß § 226 SGB V ein Freibetrag für die zur Beitragsbemessung herangezogene Summe aus Versorgungsbezüge (darunter Betriebsrenten und alle anderen Formen der betrieblichen Altersversorgung) und Arbeitseinkommen.
Er beträgt 1/20 der Bezugsgröße der Sozialversicherung:
3.745,00 Euro mtl. : 20 = 187,25 Euro mtl. - Stand 01.01.2025
Wird dieser Betrag überstiegen, werden Beiträge auf die übersteigende Summe der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens fällig.
Auch in der SPV gilt gemäß § 226 SGB V in Verbindung mit § 57 Absatz 1 Satz 1 SGB XI ein Freibetrag für die zur Beitragsbemessung herangezogene Summe aus Versorgungsbezügen (darunter Betriebsrenten und alle anderen Formen der betrieblichen Altersversorgung) und Arbeitseinkommen.
Er beträgt 1/20 der Bezugsgröße der Sozialversicherung:
3.535,00 Euro mtl. : 20 = 187,50 Euro mtl. - Stand 01.01.2025
Wird dieser Betrag überstiegen, werden Beiträge auf die übersteigende Summe der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens fällig.

Beitragsfreiheit bei Bezug von Waisenrente
Waisen zahlen bis zum Erreichen der Altersgrenzen für eine Familienversicherung in der GKV aus ihrer Waisenrente keine Beiträge, wenn sie nur wegen Bezugs ihrer Waisenrente in der GKV und SPV versicherungspflichtig sind.
Dies gilt unabhängig davon, ob sie die Voraussetzungen einer Familienversicherung ohne Rentenbezug erfüllen würden.
Diese Beitragsfreiheit endet, wenn die betreffende Waise aus anderen Gründen versicherungspflichtig wird (z.B. durch Aufnahme einer Beschäftigung oder Berufsausbildung, studentische Versicherungspflicht greift jedoch nicht vor) oder die maßgebenden Altersgrenzen für eine Familienversicherung überschreitet.
Die Beitragsfreiheit betrifft nur den Beitragsanteil des Rentenbeziehers. Der Rentenversicherungsträger entrichtet seinen Beitragsanteil unverändert.
Hinweis: Regelung bei studierenden Waisen:
Während des Studiums an einer staatlich oder staatlich anerkannten Hochschule erfüllen die Bezieher einer Waisenrente auch die Voraussetzungen der Krankenversicherung als Student (KVdS). Die KVdS kommt nicht zum Tragen, solange die gleichzeitig bestehende Versicherung als Rentner beitragsfrei gestellt ist.
Wird die Waisenrente über die zuvor beschriebenen Altersgrenzen hinaus gezahlt, endet die Beitragsfreiheit. Nach den gesetzlichen Regelungen kommt dann die KVdS mit den daraus resultierenden beitragsrechtlichen Regelungen zum Tragen. Erfüllt der Studierende jedoch die Voraussetzungen der KVdS nicht (z. B. bei einem Studium an einer privaten Hochschule) wird die Versicherung mit Beitragszahlung in der KVdR durchgeführt.

2. Freiwillig GKV-versicherte Rentner

Personen, die die **9/10-Regelung nicht** erfüllen, können freiwillige Mitglieder werden, wenn sie entweder die Vorversicherungszeiten erfüllen oder es sich um die zwangsweise Fortführung der bisherigen Mitgliedschaft handelt.
Das gilt auch für Personen, die hauptberuflich selbständig bleiben und auf Grund von § 5 Abs. 5 i.V.m. § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGBV nicht in die KVdR können, solange die hauptberufliche Selbständigkeit besteht.

Freiwillig versicherte Rentner zahlen
den **allgemeinen Beitragssatz** zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages auf
- Rente und
- Versorgungsbezüge,

sowie den **ermäßigten Beitragssatz** zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf **weitere Einkünften** (wie z.B. Arbeits-, Zins- oder Mieteinkünfte),

Für die SPV wird stets der volle Beitragssatz zugrunde gelegt.

Für freiwillig versicherte Rentner wird bei der Mindest-Beitragsberechnung 1/3 der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung angesetzt, d.h. 3.745,00 Euro : 3 = 1.248,33 Euro (Stand: 01.01.2025)

Wie immer bei freiwillig GKV-Versicherten werden auch hier **alle Einnahmen** des Rentners bis zur Beitragsbemessungsgrenze für die **Beitragsberechnung** herangezogen. Zur Berechnung des Beitrages werden also Rente, Versorgungsbezüge und alle anderen Einkünfte gemäß § 2 EStG zu Grunde gelegt, wie z.B.
- Einkünfte aus Gewerbetrieb
- Einkünfte aus Landwirtschaft
- Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit
- Einkünfte aus selbstständiger Arbeit
- Einkünfte aus Kapitalvermögen,
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie
- Renten aus privaten Rentenversicherungen (Zahlbetrag, nicht Ertragsanteil)

Dies bedeutet, dass freiwillig versicherte Rentner, die neben ihrer Rente Zinseinkünfte (z.B. aus angelegten Ablaufsummen einer Lebensversicherung) oder Mieteinnahmen haben, auch einen entsprechend hohen GKV-Beitrag zu zahlen haben.

Hinweis:
Bei Kapitalleistungen aus Lebens-/Rentenversicherungen sind folgende Differenzierungen zu beachten:
- Kapitalleistungen von Lebensversicherungen sind mit ihrem Kapitalertrag
  im Erlebensfall mit ihrem Kapitalertrag für 12 Monate zu 1/12 beitragspflichtig
  im Todesfall nicht beitragspflichtig, allerdings sind mögliche Kapitalerträge daraus beitragspflichtig
- Einmalige Kapitalleistung (anstelle wiederkehrender Rentenleistungen) aus Rentenversicherungen und
- Todesfallleistungen von Risikolebensversicherungen bzw. Unfallversicherungen sind
  für 10 Jahre zu 1/120 beitragspflichtig

Nach Urteilen des BSG vom 17.05.2001 (Az.: B12 KR31/00 R) und LSG Hessen vom 21.06.2007 (Az.: L8 KR159/06) dürfen bei der Beitragsbemessung freiwillig GKV-versicherter Rentner, die keine oder nur geringe eigene Einkünfte haben, in gewissen Grenzen auch die höheren Einnahmen des privat krankenversicherten Ehegatten herangezogen werden (i.d.R. bis zu 50%). Inwieweit dies geschieht, ist abhängig von der Satzung der jeweiligen Krankenkasse. Ändert die Krankenkasse dahingehend ihre Satzung, dürfen solche Regelungen auch auf bereits bestehende Versicherungsverhältnisse angewendet werden.

Beitragszuschuss des Rententrägers

Bezieher von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem der deutschen Aufsicht unterliegenden privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhalten vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu ihren Aufwendungen für die Krankenversicherung.
Dieser Beitragszuschuss entspricht der Höhe nach dem Betrag, den der Rentenversicherungsträger bei pflichtversicherten Rentnern als Beitragsanteil zu leisten hat. Dabei darf der Zuschuss zugleich auch nicht höher sein als die Hälfte des tatsächlich gezahlten Beitrages für den PKV-Schutz,
Bezieht ein freiwillig versicherter Rentner mehrere Renten (z. B. Versicherten- und Witwenrente), erhält er für jede dieser Renten den gesetzlich vorgesehenen Beitragszuschuss.

Der Beitragszuschuss für freiwillig krankenversicherte Rentner bemisst sich am Zahlbetrag der Rente. Er wird monatlich geleistet und richtet sich nach dem allgemeinen Beitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 %. Der Beitragszuschuss ist nach dem halben allgemeinen Beitragssatz – also mit 7,3 % – zu berechnen. Der vom Rentner zu zahlende Zusatzbeitragssatz seiner zuständigen Krankenkasse fließt in die Berechnung des Beitragszuschusses des Rentners ebenfalls mit ein. Der Rentenversicherungsträger hat vom individuellen, in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegten Zusatzbeitragssatz die Hälfte zu übernehmen.

Ein Beitragszuschuss für die Aufwendungen zur Pflegeversicherung wird nicht gezahlt, da auch bei pflichtversicherten Rentnern eine Beteiligung des Rentenversicherungsträgers an den Beiträgen zur Pflegeversicherung nicht vorgesehen ist.

Zusammenfassung:
Auf Antrag zahlt der Rententräger einen Zuschuss zum freiwilligen GKV-Beitrag, nicht aber auf den Pflegeversicherngsbeitrag.
Der Zuschuss basiert auf der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes einschließlich des halben kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes und wird **nur auf den Zahlbetrag der Rente** gezahlt.

3. Beiträge der Rentner in der PKV und in der PPV

Privat krankenvollversicherte Rentner zahlen ihre Beiträge - vermindert um die jetzt nicht mehr notwendige Krankentagegeld-Versicherung - weiter wie bisher. Der Arbeitgeberzuschuss entfällt.

Beitragszuschuss des Rententrägers

Der Zuschuss basiert auf der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV einschließlich des halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und wird nur auf den Zahlbetrag der Rente gezahlt.

Sofern ein Rentner zugleich freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der privaten Krankenversicherung versichert ist, erhält er einen Beitragszuschuss ausschließlich für die Aufwendungen seiner freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ein Beitragszuschuss für die Aufwendungen zur Pflegeversicherung wird nicht gezahlt, da auch bei pflichtversicherten Rentnern eine Beteiligung des Rentenversicherungsträgers an den Beiträgen zur Pflegeversicherung nicht vorgesehen ist.

Arbeitgeberzuschuss

Ein Rentner, der wegen Überschreiten der Krankenversicherungspflichtgrenze freiwilliges Mitglied in der Krankenkasse ist, hat gegen seinen Arbeitgeber Anspruch auf den Beitragszuschuss. Allerdings nur berechnet aus dem ermäßigten Beitragssatz.

Sabbatical (Sabbatjahr)

Der Begriff stammt aus der biblischen Tradition (sabbat = innehalten). Als Sabbatjahr wird jedes 7. Jahr bezeichnet, in dem das Land brach liegen-, der natürliche Ertrag den Armen überlassen- und alle Schulden unter Israeliten erlassen werden sollten (vgl. z.B. Ex 20,8-11; Dtn 5,12-15).

Neuerdings wurde der Begriff zur Bezeichnung von Forschungsfreisemestern aufgegriffen und wird heute auch in der Arbeitswelt verwendet. Hier beschreibt Sabbatical/Sabbatjahr (oder auch „gap year“) im weiteren Sinn einen Zeitraum der Teilzeitarbeit oder Auszeit, näher hin ein Arbeitszeitmodell für einen längeren Sonderurlaub.

Regelungsbedarf

Da es keinen Rechtsanspruch auf ein Sabbatical gibt (außer bei Beamten, dazu s.u.) und demnach auch keine rechtlichen Regelungen dafür, muss das Sabbatical arbeitsvertraglich geregelt werden, wobei einige rechtliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind.

- Wie kann der Arbeitnehmer den Freizeitanspruch für das Sabbatical aufbauen? Möglichkeiten sind z.B. Lohnverzicht bzw. der Aufbau von Überstunden (Langzeitkonto) etc.
- Besteht neben dem Sabbatical weiterhin Anspruch auf bezahlten Urlaub oder ist dieser abgegolten?
- Bleibt das Einkommen während des Sabbaticals gleich oder ist es dann höher/niedriger?
- Sozialversicherungsrechtliche Folgen, z.B. Erhalt der Versicherungspflicht und Umgang mit Krankheitszeiten im Sabbatical.

Grundsätzliches

1. Sabbatical mit Dauer bis zu einem Monat

Bei einer Freistellung bis zu einem Monat besteht der Beschäftigungsstatus von Gesetzes wegen fort. Das gilt sowohl bei einer bezahlten als auch bei einer unbezahlten Freistellung.
Der Sozialversicherungsschutz ist daher nicht gefährdet.

2. Sabbatical mit längerer Dauer

- **Grundsatz: Der Sozialversicherungsschutz endet**
  Bei einer unbezahlten Freistellung, die länger als einen Monat dauert, endet grundsätzlich der Sozialversicherungsschutz. Wurden keine abweichenden arbeitsvertraglichen Regelungen getroffen, werden Mitarbeiter dann die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung in der Regel selbst zahlen müssen. Jedenfalls empfiehlt es sich, in die gesetzliche Rentenversicherung mindestens den monatlichen Mindestbeitrag einzuzahlen, um Beitragslücken zu vermeiden.
  Berechnung des monatlichen Mindestbeitrages:
  Minijobgrenze 556,00 Euro x RV-Satz 18,6% = 103,42 Euro - Stand: 01.01.2025

- **Beschäftigungsfiktion zum Erhalt des Sozialversicherungsschutzes**
  Bei einem bezahlten Sabbatical kann der Beschäftigungsstatus – und damit der Sozialversicherungsschutz – auch erhalten bleiben, wenn die Freistellung länger als einen Monat dauert.
  Da der Arbeitnehmer während des Sabbaticals nicht im klassischen Sinne beim Arbeitgeber beschäftigt ist, gibt es Gestaltungsmöglichkeiten zum Fortbestand des Sozialversicherungsschutzes während eines bezahlten Sabbaticals von mehr als einem Monat. Der Gesetzgeber hat dazu Möglichkeiten für eine sogenannte „Beschäftigungsfiktion“ vorgesehen. Bewährt haben sich dabei besonders die Modelle „Wertguthabenvereinbarung“ und „Abbau von Arbeitszeitguthaben“.

Modelle

1. Wertguhabenvereinbarung

Dauert die Freistellung länger als ein Monat, ist für Arbeitnehmer die Wertguthabenvereinbarung mit dem Arbeitgeber am günstigsten und sichersten.
Besonders wichtig für den Arbeitnehmer ist, dass der Arbeitgeber bei einer Wertguthabenvereinbarung gesetzlich dazu verpflichtet ist, angespartes Guthaben für den Insolvenzfall zu schützen (§ 7e SGB IV).

Funktionsweise

- **Aufbau des Wertguthabens**
  Entgelt- und Zeitbestandteile (aus laufendem Arbeitsentgelt, Sonder- bzw. Einmalzahlungen, Boni, Mehrarbeitsvergütungen, Überstunden nicht in Anspruch genommener Urlaub, zusätzliche Arbeitgeberleistungen) werden nicht ausgezahlt, sondern als Wertguthaben auf einem eigens dafür eingerichteten Zeitwertkonto in Geldwert angesammelt.

- **Abbau im Sabbatical**
  Die angesparten Anteile werden im Rahmen der Freistellung in Bezahlung umgewandelt. So wird zu Gunsten des Arbeitnehmers während des Sabbaticals eine Beschäftigung fingiert: Er wird während des Sabbaticals aus diesem Guthaben bezahlt, sodass auch die Sozialversicherungsbeiträge weiter abgeführt werden.

  Hinweis:
  Berechnungsgrundlage für das Elterngeld ist immer der Verdienst in den letzten 12 Monaten vor der Geburt. Sabbatical-Monate werden in diesem Zusammenhang als Monate mit Verdienst = 0 Euro gewertet

Gesetzliche Voraussetzungen

Eine wirksame Wertguthabenvereinbarung unterliegt gesetzlichen Voraussetzungen:

- **Schriftform**
  Die Grundlagen für den Aufbau des Guthabens müssen schriftlich im Tarifvertrag, in einer Betriebsvereinbarung oder einem Einzelvertrag fixiert werden. In der Wertgutvereinbarung sollte auch festgelegt werden, aus welchem Grund man sich später freistellen lässt.

- **Ziel**
  Die Wertguthabenvereinbarung darf nicht dem Ziel der Arbeitszeitflexibilisierung oder des Ausgleichs von betrieblichen Produktionsschwankungen dienen. Die Freistellung selbst muss Ziel der Vereinbarung sein.

- **Einbringen von Arbeitsentgelt**
  In das Wertguthaben muss Arbeitsentgelt eingebracht werden.
  Dabei kann das aus dem Wertguthaben fällige Arbeitsentgelt auch nach der Freistellungsphase erarbeitet werden, doch spielt diese Möglichkeit in der Praxis kaum eine Rolle.

- **Finanzielle Untergrenze**
  Das aus dem Wertguthaben fällige Arbeitsentgelt muss während der Freistellung Geringfügigkeitsgrenze von 556 Euro monatlich übersteigen (Stand: 01.01.2025).
  Ausnahme: Bei geringfügiger Beschäftigung vor der Freistellung gilt diese Untergrenze nicht.

Jedenfalls darf das Arbeitsentgelt während des Sabbaticals nicht unangemessen vom zuvor erzielten Arbeitsentgelt abweichen, d.h. das im Sabbatical monatlich fällig Arbeitsentgelt in einem Korridor von 70% bis 130% des durchschnittlichen Arbeitsentgeltes in den unmittelbar vorausgegangenen 12 Monaten liegen.

2. Abbau von Arbeitszeitguthaben

Bei kürzeren Freistellungszeiträumen kann auch das mit weniger administrativem Aufwand verbundene Modell des Abbaus von Arbeitszeitguthaben gewählt werden. Denn die Freistellung für ein Sabbatical zwischen einem und drei Monaten durch Abbau von Arbeitszeitguthaben, etwa von einem Gleitzeitkonto, führt auch zur Fiktion des Beschäftigungsstatus, wenn die Freistellung zum Abbau von Arbeitszeitguthaben höchstens drei Monate beträgt. Damit bleibt der Sozialversicherungsschutz während der Freistellung erhalten (§ 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).
Auch in diesem Modell darf das Arbeitsentgelt während des Sabbaticals nicht unangemessen vom zuvor erzielten Arbeitsentgelt abweichen, d.h. das im Sabbatical monatlich fällige Arbeitsentgelt muss in einem Korridor von 70% bis 130% des durchschnittlichen Arbeitsentgeltes in den unmittelbar vorausgegangenen 12 Monaten liegen.
Im Modell des Abbaus von Arbeitszeitguthaben entfällt für den Arbeitgeber die gesetzliche Pflicht zum Insolvenzschutz.

3. Bei Beamten

Bei Beamten besteht die Möglichkeit, für die Dauer von zwei bis sechs Jahren für zwei Drittel bis sechs Siebtel des normalen Gehaltes zu arbeiten. Dafür kann man sich anschließend für ein Jahr völlig freistellen lassen und bekommt in diesem Jahr ebenfalls zwei Drittel bis sechs Siebtel der Dienstbezüge.

Beispiele:

- **2 Jahre Ansparzeit**
  Man arbeitet 2 Jahre lang voll, erhält aber nur jeweils 2/3 der Dienstbezüge.
  In beiden Jahren hat man jeweils 1/3 der Jahresdienstbezüge eingespart, insgesamt 2/3.
  Im folgenden Jahr lässt man sich freistellen und erhält auch in diesem Jahr 2/3 der Dienstbezüge – genau die Summe, die man in den beiden Jahren davor eingespart hat.

- **Analog dazu sind weitere Gestaltungen der Ansparzeit möglich:**
  3 Jahre voll arbeiten zu je 3/4 des Jahresdienstbezugs – 3x 1/4 des Jahresdienstbezugs werden eingespart, danach Freistellungsjahr: 3/4 des Jahresdienstbezugs sind angespart und werden ausgezahlt.
  4 Jahre voll arbeiten zu je 4/5 des Jahresdienstbezugs – 4x 1/5 des Jahresdienstbezugs werden eingespart, danach Freistellungsjahr: 4/5 des Jahresdienstbezugs sind angespart und werden ausgezahlt.
  5 Jahre voll arbeiten zu je 5/6 des Jahresdienstbezugs - je 5x 1/6 des Jahresdienstbezugs werden eingespart, danach Freistellungsjahr: 5/6 des Jahresdienstbezugs sind angespart und werden ausgezahlt.
  6 Jahre voll arbeiten zu je 6/7 des Jahresdienstbezugs – 6x 1/7 des Jahresdienstbezugs werden eingespart, danach Freistellungsjahr: 6/7 des Jahresdienstbezugs sind angespart und werden ausgezahlt.

Sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen

1. Versicherungsrechtliche Regelungen

Werden entsprechende arbeitsvertragliche Regelungen für das Sabbatical getroffen, gelten in der Sozialversicherung die in den einzelnen Versicherungszweigen allgemeinen Regelungen für Arbeitnehmer. Werden die genannten Fristen eingehalten, ist der Arbeitnehmer während des Sabbaticals weiterhin versicherungspflichtig.
Wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt des Arbeitnehmers jedoch die Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung überschreitet, sind die Arbeitnehmer krankenversicherungsfrei.

2. Beitragsrechtliche Regelungen

Während des Sabbaticals werden die Sozialversicherungsbeiträge bei Wertguthabenvereinbarung aus dem Arbeitsentgelt – konkret dem Wertguthaben – entrichtet.

Im Rahmen von flexiblen Arbeitszeitregelungen werden die Beiträge mit der Auszahlung des Arbeitsentgelts fällig. Die Beiträge werden mit den zum Zeitpunkt der Auszahlung maßgebenden Rechengrößen berechnet (u.a. Beitragsbemessungsgrenzen und die Beitragssätze).
In der GKV wird der allgemeine Beitragssatz zuzüglich kassenindividuellem Zusatzbeitragssatz angewendet, denn es ist davon auszugehen, dass der Arbeitnehmer nach dem Sabbatical die Beschäftigung wiederaufnimmt und deshalb den Krankengeldanspruch nur vorübergehend nicht nutzen kann.

Hinweis:
Beiträge aus dem Wertguthaben fallen auch an, wenn das Wertguthaben aus Arbeitsentgelt herrührt, das zum Zeitpunkt seiner Erwirtschaftung in der Ansparphase die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat.

3. Behandlung von „Störfällen“

Von einem „Störfall“ redet man, wenn das Arbeitsverhältnis (ungeplant) beendet wird
- vor dem Ende des Sabbatical oder
- bevor das Sabbatical beginnt.

Wenn man eine Wertguthabenvereinbarung getroffen hat, hat man in solchen Fällen mehrere Möglichkeiten:
- Auflösung des Wertguthabens
  Das gesamte für eine Freistellung angesparte Kapital wird sofort ausgezahlt. Neben den Beiträgen zur Sozialversicherung werden auch die Steuern unmittelbar in einer Summe abgeführt. Dadurch verringert sich infolge der kalten Progression der tatsächlich nutzbare Nettobetrag.
- Fortführung beim alten Arbeitgeber bis zu 6 Monaten, wenn man noch keinen neuen Arbeitgeber hat.
- Übertragung des Wertguthabens auf den neuen Arbeitgeber.
- Übertragung auf die Deutsche Rentenversicherung Bund,
  wenn man nach 6 Monaten noch keinen neuen Arbeitgeber hat bzw. wenn der neue Arbeitgeber das Guthaben nicht weiter verwaltet. Es kann dann ausgezahlt werden, wenn man sich ganz oder teilweise von der Arbeit freistellen lässt oder zu einer Zeit unmittelbar bevor man eine gesetzliche Altersrente erhalten kann.

Scheidung – Weiterversicherung von Ex-Ehegatten und Kindern

Für die Krankenversicherung von Kindern nach der rechtskräftigen Scheidung der Eltern gelten folgende Regeln:

Vor der Scheidung	Nach der Scheidung
Elternteil 2 und Kinder bisher in der GKV des Elternteils 1 familienversichert. Elternteil 2 verfügt nach der Scheidung über kein eigenes Einkommen.	Elternteil 2 muss sich selbst versichern, entweder freiwillig in der GKV, oder privat. Kinder sind familienversichert, wenn Elternteil 2 oder Elternteil 1 GKV-Mitglieder sind (Wahlmöglichkeit).
Elternteil 2 war berufstätig (Einkommen unter JAEG) mit eigenem Einkommen und die Kinder waren bei Elternteil 1 familienversichert	Wenn Elternteil 2 berufstätig bleibt, kann die Familienversicherung für die Kinder sowohl bei Elternteil 1, als auch bei Elternteil 2 durchgeführt werden.
Elternteil 1 verdient über JAEG und ist privat versichert, Elternteil 2 ist nicht erwerbstätig und freiwillig GKV-versichert, Kinder sind ebenfalls freiwillig versichert.	Elternteil 2 ist weiterhin nicht erwerbstätig und bleibt freiwilliges Mitglied. Kinder können jetzt über sie familienversichert werden. Auch wenn die Elternteil 2 berufstätig wird und in der GKV bleibt, gilt die Familienversicherung weiter.
Elternteil 1 verdient über JAEG und ist privat versichert. Elternteil 2 ist berufstätig und pflichtversichert. Kinder sind privat versichert.	Bleibt die Elternteil 2 berufstätig und in der GKV, können die Kinder über sie familienversichert werden. Beendet Elternteil 2 die Berufstätigkeit und bleibt als freiwilliges Mitglied in der GKV, gilt die Familienversicherung für die Kinder weiter.
Elternteil 1 ist privat versichert (selbständig, unter JAEG. Elternteil 2 ist berufstätig und pflichtversichert. Kinder sind familienversichert bei Elternteil 2.	Bleibt die Elternteil 2 berufstätig und in der GKV, können die Kinder über Elternteil 2 familienversichert werden. Beendet Elternteil 2 die Berufstätigkeit und bleibt als freiwilliges Mitglied in der GKV, gilt die Familienversicherung für die Kinder weiter.
Elternteil 1 ist selbstständig und privat versichert. Elternteil 2 ist ohne Einkünfte und auch privat versichert. Kinder sind ebenfalls privat versichert.	Elternteil 2 und die Kinder bleiben privat versichert. Nimmt die Elternteil 2 eine Erwerbstätigkeit auf und wird Pflichtmitglied der GKV, können die Kinder bei ihr in der Familienversicherung mitversichert werden.

(Genderhinweis: Die Begriffe „Mann“ und „Frau“ sind natürlich umkehrbar)

Ergänzende Hinweise:

Gibt Elternteil 2 die eigene GKV auf, z.B. durch Aufgabe der Berufstätigkeit und/oder Wiederheirat, endet u.U. auch die Familienversicherung der Kinder.
Nur wenn die Kinder bei einer Wiederheirat von dem neuen Ehepartner adoptiert oder von ihm überwiegend als Stiefkinder unterhalten werden, können sieggf. mit dem verbliebenen Elternteil zusammen beim neuen Ehepartner mit familienversichert werden.
Im Scheidungsverfahren kann jedoch auch festgelegt werden, welcher Elternteil für die Versicherungsbeiträge aufzukommen hat, da die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung Teil der Unterhaltspflicht sind. Das o.g. Wahlrecht ist hiervon nicht betroffen.

Kinder eines Beihilfeberechtigten werden nach einer Scheidung beim Beihilfeberechtigten als berücksichtigungsfähige Angehörige weitergeführt, solange der Beihilfeberechtigte den Familienzuschlag erhält und sie im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind.
Dies gilt analog auch für Heilfürsorgeberechtigte.

Selbstbeteiligung (PKV)

In der privaten Krankenversicherung werden Tarife mit und ohne Selbstbeteiligung angeboten. Grundsätzlich wirken Selbstbeteiligungen beitragssenkend.

Arbeitgeber kann sich beteiligen
Unter bestimmten Voraussetzungen können Arbeitgeber über den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V hinaus ihren Mitarbeitern jährlich bis zu 600 Euro der entstandenen Krankheitskosten erstatten. Darin eingeschlossen sind auch die tariflichen Selbstbeteiligungen. Der Zuschuss ist an zwei Voraussetzungen geknüpft:

1. es handelt sich dabei um tatsächlich entstandene Krankheitskosten

2. der Arbeitgeber erfüllt, wenn er mehr als vier Arbeitnehmer beschäftigt, folgende Auflagen:

    - Es muss eine Unterstützungs- oder Hilfskasse eingerichtet werden.
    - Der Einfluss des Arbeitgebers auf den Auszahlungsvertreter (z.B. Betriebsrat) darf nicht maßgeblich sein.
    - Zudem muss einer Auszahlung der Betriebsrat oder ein sonstiger Arbeitnehmervertreter zustimmen.

(Quellen: Finanzministerium NRW, Erlass vom 10.10.1980 - S 2333 - 4 - V B 3;
Lohnsteuerrichtlinien Art. 1 zu § 3 Nr. 11 EStG)

Selbstständige

Selbstständige sind in der Regel nicht versicherungspflichtig in der GKV, auch wenn ihr regelmäßiges Jahreseinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Davon ausgenommen sind Selbstständige, die keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt GKV-versichert waren, sowie für Künstler, Publizisten und Landwirte.

Was heißt “hauptberuflich selbstständig“?

Eine freiberufliche bzw. selbstständige Tätigkeit setzt u. a. voraus, dass für Dritte die selbstständige Tätigkeit zweifelsfrei erkennbar ist bzw. das wirtschaftliche Risiko selbst getragen wird. Dagegen reicht die Tatsache, an keine Weisungen gebunden zu sein, für die Annahme einer selbstständigen / freiberuflichen Tätigkeit nicht aus.

Wer mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt, gilt als hauptberuflich selbständig:
- Der größere Teil des Einkommens wird aus der selbstständigen Tätigkeit bezogen.
- Die selbstständige Tätigkeit wird mehr als halbtags ausgeübt. Das ist der Fall, wenn sie 20 Stunden pro Woche übersteigt.
- Der Betreffende beschäftigt mindestens einen Arbeitnehmer mehr als nur geringfügig, d.h. mit einem Arbeitsentgelt, das die Minijobgrenze von 556 Euro mtl. (Stand 01.01.2025) übersteigt.

Der hauptberuflich Selbstständige
- wird nicht mehr über die Eltern bzw. den/die Partner/in der kostenlosen Familienversicherung versichert
- ist in einer evtl. nebenberuflichen Tätigkeit als Angestellter nicht versicherungspflichtig in der GKV
- kann in der GKV nur freiwilliges Mitglied sein.

Hinweise:
- Selbstständige, die ein Anstellungsverhältnis eingehen, um von der PKV in die GKV zu wechseln, können dies nur tun, wenn sie das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und die angestellte Beschäftigung der Hauptberuf ist.
- Elternzeit:
  Ist das sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnis für eine begrenzte Zeit unterbrochen, während eine nebenberufliche Selbstständigkeit weitergeführt wird, dann gilt diese nicht automatisch als hauptberuflich, es sei denn, sie wird entsprechend ausgeweitet.
- Hauptberuflich freie Journalisten:
  Voraussetzung, um als hauptberuflicher freier Journalist zu gelten, ist ein Monatsverdienst von mindestens 383 Euro (siehe Tarifvertrag für arbeitnehmerähnliche freie Journalisten an Tageszeitungen).
- Bezieht der Selbstständige den kleineren Teil seines Einkommens aus einer abhängigen Beschäftigung, so tragen er und der Arbeitgeber hierfür die Beiträge zur GRV und ALV je zur Hälfte. Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge trägt der Selbstständige alleine.

Scheinselbstständige und Existenzgründer

Die seit 1999 gültigen Kriterien zur Scheinselbstständigkeit sind per Gesetz zum 01.01.2003 wieder aufgehoben worden. Grundsätzlich gibt es jedoch weiterhin sowohl „Scheinselbstständige“ mit Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung als auch „arbeitnehmerähnliche Selbstständige“ mit Versicherungspflicht nur in der gesetzlichen Rentenversicherung. (rentenversicherungspflichtige Selbstständige). Zu den letzteren zählen vor allem Handelsvertreter.

Grundsätzlich gelten die Bezieher von Existenzgründungszuschüssen der Bundesagentur für Arbeit nicht als scheinselbstständig. Sie sind jedoch rentenversicherungspflichtig.

Bezieher des Gründungszuschusses unterliegen nur dann der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die ausgeübte Tätigkeit auch bisher schon der Rentenversicherungspflicht unterlag, oder wenn sie die Pflichtversicherung beantragt haben. Daneben besteht für Selbstständige grundsätzlich auch die Möglichkeit zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung. Unterliegen Existenzgründer im o.a. Sinn der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung, können sie für die Dauer von drei Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit von der Rentenversicherungspflicht befreit werden. Die Befreiung wirkt vom Vorliegen der Befreiungsvoraussetzungen an, wenn die Befreiung innerhalb von drei Monaten beantragt wird, sonst vom Eingang des Antrages an.

Die Beteiligten (Auftragnehmer und -geber) können auf eigenen Wunsch über die BfA eine Statusklärung (abhängige Beschäftigung oder Selbstständigkeit) vornehmen.

Weitere Informationen finden Sie hier

Versicherungsfreiheit und freiwillige Weiterversicherung in der GKV

Selbstständige sind grundsätzlich versicherungsfrei in der GKV. Eine bestehende freiwillige Mitgliedschaft kann fortgeführt werden.
Waren sie gesetzlich pflichtversichert oder familienversichert, setzt eine freiwillige Anschlussversicherung in der GKV ein, ohne dass dazu eine Vorversicherungszeit erfüllt sein muss.
Wenn sie sich dagegen privat versichern möchten, müssen sie nach Erhalt des Schreibens der GKV über ihre Versicherungsfreiheit innerhalb von zwei Wochen ihren Austritt aus der GKV erklären und zudem nachweisen, dass sie unmittelbar anschließend privat versichert sind. Sind sie bereits freiwillig GKV-versichert, gilt die Kündigungsfrist von zwei Monaten.

Beitragseinstufung in der GKV

Selbstständige, die als freiwillige Mitglieder in der GKV bleiben, können für die "Startphase" nach ihrem geschätzten Einkommen zur Beitragszahlung herangezogen werden. Dabei sind die Kassen nach SGB V befugt, Beitragsklassen in der Satzung festzulegen.

Grundsätzlich gilt als beitragspflichtige Einnahme die monatliche Beitragsbemessungsgrenze.
Selbstständigen haben die Möglichkeit, die Bemessungsgrundlage für den Beitrag aufgrund eines nachgewiesenen Einkommens auf bis zu 50% der Bezugsgröße der Sozialversicherung reduziert

Für Bemessung der Beiträge von freiwillig in der GKV versicherten Selbstständigen ist grundsätzlich das steuerpflichtige Einkommen gemäß Einkommensteuerbescheid maßgebend, so dass die Einnahmen auch um die Ausgaben reduziert werden, die durch die mit dieser Einkunftsart verbundene wirtschaftliche Tätigkeit veranlasst sind.

Seit dem 01.01.2018 wird die Beitragsbemessung gem. § 240 Abs. 4a SGB V NF bei freiwillig Versicherten zunächst vorläufig vorgenommen. Dazu wird seit 2018 der zuletzt vorliegende Einkommensteuerbescheid herangezogen.
Die endgültige Beitragsfestsetzung erfolgt erst, wenn der endgültige Einkommensteuerbescheid für das jeweilige Kalenderjahr der Krankenkasse vorliegt. Damit sind Nachzahlungen bzw. Erstattungen möglich.
Legt der Selbstständige nicht innerhalb von drei Kalenderjahren den endgültigen Einkommensteuerbescheid vor, wird rückwirkend der Höchstbeitrag festgelegt. Diese Neuregelung gilt für alle relevanten Einkunftsarten, also nicht nur für das Arbeitseinkommen, sondern auch für weitere Einkünfte, etwa aus Vermietung und Verpachtung.

Freiwillig versicherte Selbstständige werden seit dem 01.01.2019 bei den Mindestbeiträgen den übrigen freiwillig Versicherten in der GKV gleichgestellt. Dafür gilt die einheitliche Mindestbemessungsgrundlage (gemäß GKV-Spitzenverband, Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung …, § 3 Abs 3).
Sie beträgt 1/3 der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung:
3.745,00 Euro : 3 = 1.248,33 Euro (Stand 01.01.2025).
Mit Allgemeinem Beitragssatz mit Krankengeld-Anspruch von 14,6% und
durchschnittlichem Zusatzbeitrag von 2,5%
beträgt der monatliche Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte und Selbstständige
213,47 Euro (Stand: 01.01.2025).

Beitragssatz

Selbstständige können wählen zwischen dem allgemeinen Beitragssatz (mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche einer Arbeitsunfähigkeit), und dem ermäßigten Beitragssatz (ohne Krankengeldanspruch).

Hinzu kommen der kassenabhängige Zusatzbeitrag und der Beitrag für die SPV

Sozialtarife der PKV

Notlagentarif

Durch das zum 01.08.2013 in Kraft getretene „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ werden Versicherte entlastet, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen können. Mit dem Gesetz wurde ein Notlagentarif in der PKV eingeführt. Außerdem wird für einen bestimmten Zeitraum auf den Prämienzuschlag für Nichtversicherte verzichtet.

Allgemeines
Der Notlagentarif (Tarif NLT) ist kein Neugeschäftstarif, sondern gilt nur für Kunden, die mit den Beiträgen zur Krankheitskostenvollversicherung (inkl. Beihilfe) im Rückstand sind.
Die Überführung erfolgt im Rahmen des Mahnverfahrens: Kunden, die mit der Zahlung ihrer Beiträge zur KKV / Beihilfe im Rückstand sind, und deren Vertrag nach erfolglosem Mahnverfahren ruht, werden in den Notlagentarif überführt.

Leistungen des Tarifs NLT
Der Versicherungsschutz des Tarifs NLT sieht einen Leistungsanspruch für Aufwendungen vor, die zur Heilbehandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Für Kinder- und Jugendliche zählen dazu auch Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen.
Eine Aufrechnung von Prämienforderungen gegen Leistungsansprüche des Versicherungsnehmers ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung zulässig (BGH-Urteil vom 05.12.2018, Az.: IV ZR 81/18

Beitrag des Tarifs NLT
Der Beitrag gilt ab dem 01.08.2013 einheitlich für alle Kunden, unabhängig davon, ob es sich um einen KKV-Tarif der Bisex- oder Unisex-Welt handelt. Es wird auch nicht zwischen alter und neuer Welt differenziert.
Der Beitrag wird von den einzelnen Versicherungsunternehmen alters- und geschlechtsunabhängig festgelegt.
Zusätzlich wird der Beitrag ab dem 01.08.2013 um bis zu 25% durch die Anrechnung von Alterungsrückstellung aus dem bisherigen KKV-Tarif gemindert. Dadurch soll ein möglichst niedriger Zahlbeitrag für die Kunden erreicht werden. Der Tarif NLT baut keine eigene Alterungsrückstellung auf.
Der gesetzliche Beitragszuschlag ist für die Dauer der Versicherung im Notlagentarif nicht zu entrichten.
Im Notlagentarif haften Versicherte und Versicherer nun gesamtschuldnerisch**,** d.h. der Arzt, die Zahnärztin und andere Leistungserbringer können ihren Anspruch direkt gegen den Versicherer geltend machen (Direktanspruch). Die PKV übernimmt dann die Behandlungskosten entsprechend ihrer vertraglichen Verpflichtung. Die Versicherten im Notlagentarif müssen nach medizinischen Behandlungen damit nicht mehr in finanzielle Vorleistung gehen.
Der Versicherer wird jedoch von seiner Leistungspflicht gegenüber dem Leistungserbringer frei, soweit er die aus dem Versicherungsverhältnis geschuldete Leistung entweder an den Leistungserbringer oder an den Versicherungsnehmer erbringt.
Zudem ist der Versicherer berechtigt, gegenüber Ansprüchen des Versicherungsnehmers auf Versicherungsleistungen aus dem Notlagentarif mit rückständigen Prämien aufzurechnen.

Umstellung in den Ursprungstarif
Nach Ausgleich der Beitragsschulden wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in den Ursprungstarif umgestellt - nach ursprünglichen Konditionen. Voraussetzung dafür ist, dass in der Zwischenzeit keine erneuten Beitragsschulden entstanden sind.

Beitrag nach Rückkehr in den Ursprungstarif
Der Beitrag des KKV-Tarifs kann höher sein als vorher. Zum einen wird im Tarif NLT keine eigene Alterungsrückstellung aufgebaut und zum anderen baut sich die im Tarif NLT angerechnete ab.

Auch Beitragsanpassungen, Änderungen der Selbstbeteiligung sowie etwaige AVB-Änderungen, die während der Ruhenszeit des KKV Tarifs vorgenommen wurden, gelten ab dem Zeitpunkt der Rückkehr in den Ursprungstarif.

Tarifwechselrecht
Ein Tarifwechsel nach § 204 VVG in den oder aus dem Notlagentarif ist gesetzlich ausgeschlossen.

Tarifcheck
Für die Umstellung in den Notlagentarif gelten die gesetzlichen Vorgaben, daher wird der Notlagentarif im Tarifcheck nicht angezeigt.

Arbeitgeber (AG-) Zuschuss
Maßgebend für den AG-Zuschuss ist der zu zahlende Beitrag des Tarifs NLT.

Bürgerentlastungsgesetz (BEG) Bescheinigung
Abzugsfähig ist nach dem Einkommensteuergesetz nur der getragene Aufwand, d.h. wie bei der Arbeitgeberbescheinigung ist auch in der BEG-Bescheinigung nur der tatsächlich vom Versicherten gezahlte Beitrag ausgewiesen.

Standardtarif

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Krankenversicherungstarif der privaten Krankenversicherung für bestimmte Personengruppen, die jedes private Krankenversicherungsunternehmen zu gleichen Bedingungen anbietet. Charakteristisch für den Standardtarif sind seine Begrenzungen beim Versicherungsschutz (vergleichbar mit demjenigen der GKV) und bei den Beiträgen (gesetzlicher Höchstbeitrag).

Dieser Tarif erfüllt in der PKV vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen. Deshalb ist der Standardtarif auch nur für bestimmte, vom Gesetzgeber definierte Personengruppen geöffnet.
Außerdem darf der Standardtarif nicht mit Zusatzversicherungen verbunden werden (Ausnahmen: Auslandsreisekrankenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung).
Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben ab dem 1. Juli 2007 die ärztliche Versorgung der im Standardtarif Versicherten mit den dort versicherten Leistungen sicherzustellen.

Den Standardtarif gibt es in zwei verschiedenen Varianten:
- als Krankheitskostenvollversicherung (Tarifstufe STN) und
- als Restkostenversicherung für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (Tarifstufe STB).
  Hier zahlt der Dienstherr jeweils einen bestimmten Prozentsatz der Krankheitskosten. Der Umfang des Versicherungsschutzes in diesem Tarif ergibt sich präzise aus dem Prozentsatz der nicht vom Dienstherrn abgedeckten Krankheitskosten.

1. Wer kann im Standardtarif versichert werden?

Ursprüngliche Regelungen

In den Standardtarif bisheriger Art (STN und STB) konnten nur Versicherte aus den Normaltarifen bzw. Restkostentarifen wechseln,
- wenn ihr Vertrag bis 31.12.2008 abgeschlossen wurde
  (für Neuzugänge ab 01.01.2009 tritt der Basistarif an die Stelle des Standardtarifs),
- wenn sie seit mindestens zehn Jahren privat krankheitskostenvoll- oder restkostenversichert sind (in einem Tarif, der grundsätzlich durch den Arbeitgeber zuschussberechtigt ist, also grundsätzlich alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz bieten) und
- wenn sie zudem
  - das 65. Lebensjahr vollendet haben oder

- das 55. Lebensjahr vollendet haben und ein jährliches Gesamteinkommen unterhalb der jeweils geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze beziehen oder
- eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein beamtenrechtliches Ruhegehalt beziehen und ein jährliches Gesamteinkommen unterhalb der jeweils geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze haben.

Unter analogen Bedingungen war auch ein Wechsel vor dem 55. Lebensjahr möglich. Hier waren Personen angesprochen, die insbesondere aus Gründen der Erwerbsunfähigkeit vorzeitig in Rente oder Pension gehen.

Personen mit Anspruch auf beamtenrechtliche Beihilfe sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen können ausschließlich in der Tarifstufe STB, Personen ohne einen solchen Anspruch ausschließlich in der Tarifstufe STN versichert werden.
Zusätzlich können diese Personen in der Tarifstufe STB auch dann aufgenommen werden, wenn sie in anderen Tarifen nach den allgemeinen Annahmeregeln aus versicherungsmedizinischen Gründen nicht oder nur zu ungünstigen Bedingungen aufgenommen werden könnten. Weitere Voraussetzung dafür ist, dass sie die Aufnahme in den Standardtarif innerhalb von sechs Monaten nach Feststellung der Behinderung oder nach der erstmaligen Verbeamtung beantragen.

Aufnahmefähig sind auch deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Rentners/Pensionärs in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert wären.

Änderung durch GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz:

Zum 01.07.2007 wurde der Standardtarif für alle nicht versicherten Personen geöffnet, die der PKV zugeordnet werden, weil sie zuletzt privat versichert waren oder von ihrem beruflichen Status der PKV zugeordnet werden, weil sie nicht in der GKV versichert sind, nicht versicherungspflichtig sind und nicht über eine Voll-KV verfügen, keinen Anspruch auf Heilfürsorge haben, nicht beihilfeberechtigt sind, keine vergleichbaren Ansprüche haben, keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben und nicht Sozialhilfe nach dem dritten, vierten, sechsten und siebten Kapitel des SGB XII beziehen (ein Monat Unterbrechung gilt als Leistungsbezug).
Das betrifft vor allem für Selbstständige und Freiberufler sowie versicherungsfreie Angestellte. Auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die nicht über eine ergänzende Versicherung verfügen oder in der GKV freiwillig versichert sind, konnten Versicherung im beihilfekonformen Standardtarif verlangen.
Für diese Personen galt erst ab 01.01.2009 eine allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung.
Die Tarifvarianten für die Nichtversicherten unterschieden sich durch das „m“ vor der Tarifbezeichnung.
Risikozuschläge durften im Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen nicht erhoben werden.
Der Beitrag im Standardtarif durfte 100 Prozent des Höchstbeitrags der GKV nicht überschreiten. Die Ehegattenbegrenzung auf maximal 150 Prozent des GKV Höchstbeitrags galt nicht.
Mit Einführung des Basistarifes zum 01.01.2009 erfolgte zwingend eine Umstellung in diesen Tarif. Für die Versicherten im Standardtarif alter Art bleibt lediglich ein Wechselrecht.
Nach dem 31.12.2008 können nur noch Vollversicherte zu den oben dargestellten Bedingungen in den Standardtarif wechseln, deren Vertrag bis zu diesem Termin abgeschlossen wurde. Für Neuzugänge ab 01.01.2009 tritt der Basistarif an die Stelle des Standardtarifs.

2. Standardtarif und Pflegeversicherung

In der Pflegeversicherung gilt grundsätzlich nach fünfjähriger Vorversicherungszeit eine Höchstbeitragsregelung. Der Beitrag darf dann nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung.

3. Versicherte Leistungen im Standardtarif

Der Standardtarif bietet lediglich einen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Versicherungsschutz. § 257 Abs. 2 a Sozialgesetzbuch V (SGB V) legt fest, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen, aber sie müssen weitgehend übereinstimmen. So hat zum Beispiel der Standardtarif im Unterschied zum Versicherungsschutz der GKV uneingeschränkte Europageltung. Der Versicherte hat die Wahl unter den niedergelassenen Ärzten,

Zahnärzten und Krankenhäusern, die die vertraglichen Voraussetzungen erfüllen.
In der Tarifstufe STB ergeben die Leistungen nur in Verbindung mit denen der Beihilfe einen Versicherungsschutz nach dem Muster der gesetzlichen Krankenversicherung.

Einen im Standardtarif Versicherten erkennt der Arzt an einem Vermerk auf der Card für Privatversicherte. Sollte das Versicherungsunternehmen keine derartige Karte eingeführt haben, so erhält der Versicherte einen gesonderten Ausweis. Zudem ist der Versicherte verpflichtet, seinen Arzt darauf hinzuweisen.

4. Beiträge im Standardtarif

Der Standardtarif ist mit einer Beitragsgarantie verbunden.

5. Höchstbeitragskappung

Der zu zahlende Beitrag (einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlags und eines evtl. erhobenen Auslandszuschlags darf den allgemeinen Höchstbeitrag der GKV des Vorjahres inklusive des durchschnittlichen zusätzlichen Beitragssatzes für Mitglieder nicht übersteigen.

Ehegatten zahlen im Tarif STN zusammen höchstens das 1,5fache dieses Betrages, wenn ihr Gesamteinkommen die jeweils geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet.

In der Tarifstufe STB ergibt sich der maximal zu zahlende Monatsbeitrag aus der Multiplikation des GKV-Höchstbeitrages mit dem versicherten Prozentsatz.
Beispiel: Ein Pensionär mit einem Beihilfeanspruch von 70 % würde versichert im Tarif STB 30/30 (30 % Erstattung für stationäre wie nicht stationäre Leistungen) und hätte somit maximal 30 % des GKV-Höchstbeitrages zu zahlen. Eheleute zahlen in der Tarifstufe STB zusammen höchstens das 1,5fache dieses Betrages, wenn ihr Gesamteinkommen die jeweils geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet.

Eine Besonderheit gilt für Ehepaare oder eingetragene Lebenspartner, die beide im Standardtarif versichert sind. Liegt das Gesamteinkommen – das ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts – unter der Beitragsbemessungsgrenze, dann zahlen beide Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner zusammen maximal 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags. Im beihilfekonformen Standardtarif gilt die entsprechend anteilige Regelung.

Diese Beitragsbegrenzung für Ehegatten galt nicht im „Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen"

6. Hilfebedürftigkeitskappung

Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, gelten die Sätze § 152 Abs. 4 zum Basistarif entsprechend. Das bedeutet, dass sich der Höchstbeitrag halbiert - und falls immer noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht - der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag einen Zuschuss zum Beitrag in der Höhe leistet, dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Einen Zuschuss dieses Trägers kann auf Antrag auch derjenige erhalten, der unabhängig von der Beitragszahlung hilfebedürftig ist. Eine solche Beteiligung am Beitrag ist auf den Betrag begrenzt, den ein Arbeitslosengeld II-Empfänger in der GKV erhalten würde.

Welcher Beitrag tatsächlich gezahlt werden muss, kann allerdings nur im Einzelfall ermittelt werden. Je länger die Vorversicherungszeit und je niedriger das Alter, desto günstiger ist der Beitrag im Standardtarif.
Dies liegt daran, dass bei einem Wechsel in den Standardtarif die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet wird.
Im beihilfekonformen Standardtarif ist der Beitrag anteilig begrenzt. Bei einem 50-prozentigen Versicherungsschutz beträgt der Höchstbeitrag bspw. 50 Prozent des GKV-Höchstbeitrags.

Die Monatsbeiträge im Standardtarif sind also individuell verschieden, da der Tarif im Neugeschäft nicht angeboten wird und regelmäßig Alterungsrückstellung aus der Vorversicherung anzurechnen ist. Sie können daher nur auf Anforderung im Einzelfall mitgeteilt werden.

7. Zusatzversicherungen

Neben dem Standardtarif darf eine Krankheitskostenvoll- oder -teilversicherung - auch bei einem anderen Versicherungsunternehmen - nicht bestehen. Andernfalls entfallen die oben genannten Beitragsbegrenzungen. Pflegeversicherungen und Krankentagegeldversicherungen sind jedoch möglich.

Basistarif

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde den privaten Versicherern auferlegt, zum 01.01.2009 einen Basistarif einzuführen, dessen Leistungen sich an denen der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren sollen.
Den Basistarif gibt es auch in der Beihilfe- und Ausbildungsvariante.

1. Zugangsberechtigung

- alle freiwillig Versicherten der GKV
  - innerhalb von 6 Monaten nach der Einführung des Basistarifs, d.h. bis zum 30.06.2009
  - bzw. innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Versicherungspflicht.

- Bestandskunden der PKV mit Versicherungsbeginn vor dem 01.01.2009, 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 Sozialrechtes sind.

- Bestandskunden der PKV mit Versicherungsbeginn ab dem 01.01.2009 jederzeit

- Nicht Versicherte, soweit sie vom Gesetzgeber der PKV zugeordnet werden (Selbstständige, Freiberufler, Berufslose).
  Der Antrag darf abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer den Versicherungsvertrag wegen widerrechtlicher Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§193 Abs. 5 Satz 5 VVG). In diesem Fall muss sich der Antragsteller an ein anderes Versicherungsunternehmen wenden.

Unter den genannten Voraussetzungen besteht Kontrahierungszwang im Basistarif
Ablehnen kann der Versicherer einen Antrag auf den Basistarif nur in Ausnahmefällen. Möglich ist eine Ablehnung nur dann, wenn der Antragssteller bereits bei der Gesellschaft versichert war und der Vertrag seitens der Versicherung wegen arglistiger Täuschung, widerrechtlicher Drohung oder Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gekündigt wurde. In diesem Fall muss sich der Versicherte bei einem anderen Unternehmen im Basistarif versichern.

Hinweise:

Sozialhilfeempfänger,
-. die als Nichtversicherte eigentlich nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in der GKV versichert wären,
- die aber aufgrund der Sondervorschrift des § 5 Abs. 8a SGB V letztlich nicht Mitglieder einer Krankenkasse werden können,

müssen nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 19.07.2013 (Az 23 O 21/13) nicht im Basistarif versichert werden. Denn es liege erkennbar nicht die Absicht des Gesetzgebers, dass alle nichtversicherten Sozialhilfebezieher privat versichert werden sollen. Vielmehr sollte nur klargestellt werden, dass der Sozialhilfeträger für die Absicherung der Krankheitskosten dieser Personen zuständig ist.

Direktanspruch
Es besteht ein Direktanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung im Notlagentarif sowie ein Aufrechnungsverbot des Versicherers mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers

2. Zusatzversicherungen

Anders als Versicherte im Standardtarif können Versicherte im Basistarif außerdem Zusatzversicherungen beim selben oder einem anderen Anbieter abschließen, um ihre Gesundheitsversorgung über das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus aufzustocken.
Versicherte im Standardtarif hingegen dürfen nur Auslandreisekrankenversicherungsschutz und Krankentagegeld an Zusatztarifen versichern.
Bei der ERGO-DKV können zusätzlich zum Basistarif im Neugeschäft Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Kurtagegeld-, Pflegepflicht- und Pflegeergänzungstarife versichert werden. Konkret kann

- neben dem Basistarif Bisex **nur** Zusatzversicherungsschutz für
  stationäre Wahlleistungen (speziell die Tarife SW1G / SW2G und LG), Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Kurtagegeld-, Pflegepflicht- und Pflegeergänzungstarife bestehen.
- der Basistarif Unisex nur alleine oder mit Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Kurtagegeld-, Pflegepflicht- und Pflegeergänzungstarifen abschließbar.
  Eine Hinzuversicherung von stationären Ergänzungstarifen ist nicht möglich. Es stehen keine adäquaten Unisex-Tarife zur Verfügung

Besteht Hilfebedürftigkeit, kann keine Zusatzversicherung neben dem Basistarif bestehen

3. Beitrag

Der Beitrag darf den Höchstbeitrag zur GKV nicht übersteigen
(BBG x (Allgemeiner Beitragssatz + durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz)
Wird der Versicherte durch den Beitrag hilfebedürftig im Sinne des SGB XII oder SGB II, so wird die Prämie halbiert. An der verbleibenden Prämie beteiligen sich die Träger gemäß SGB XII bzw. SGB II.
Für jeden Versicherten im Basistarif wird ein Beitrag fällig, kostenlose Familienversicherung wie in der GKV gibt es hier nicht.

Neuregelung ab 01.05.2013 gem.§ 152 Abs. 1 S. 3 (Basistarif)
Die Versicherten können die Vereinbarung eines Selbstbehaltes rückgängig machen und die Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen, wenn der vereinbarte Selbstbehalt „nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie“ führt. Die Umstellung muss dann innerhalb von drei Monaten erfolgen.

4. Rückkehrrecht in die ursprünglichen KKV-Tarife

Wer nach dem 15.03.2020 wegen Hilfebedürftigkeit in den Basistarif gewechselt ist, kann, wenn die Hilfebedürftigkeit innerhalb von 2 Jahren nach dem Wechsel endet, ohne Gesundheitsprüfung in den Tarif zurück wechseln, in dem er vorher versichert war. Der Rückwechsel muss dann innerhalb von drei Monaten beantragt werden und wird zu Beginn des übernächsten Monats wirksam.
Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif.

Vergleich Basistarif - Standardtarif

Bis zum 01.01.2009 diente der bestehende Standardtarif der PKV als Basistarif zur Krankenversicherung für bisher nicht versicherte Selbstständige, Freiberufler und Berufslose. Zum 01.01.2009 erfolgte eine Umstellung in den Basistarif.

	Basistarif	**Standardtarif**
Beitrag	in der Regel GKV-Höchstbeitrag plus durchschnittlicher Zusatzbeitrag pro Person; Hälfte bei Hilfsbedürftigkeit nach § 9 SGB II	meist erheblich niedriger als Höchstbeitrag zur GKV; maximal 150 % des GKV-Höchstbeitrags für privat versicherte Ehepaare
Leistungen	entsprechen Kassenleistungen; Arzt mit Kassenzulassung ist erste Anlaufstelle; deutlich bessere Leistungen bei Kuren, Haushaltshilfe, Krankentagegeld, Psychotherapie, Soziotherapie, Hilfs- und Heilmitteln, Reha-Leistungen und Palliativversorgung	entsprechen Kassenleistungen; freie Wahl bei Fach- und Privatärzten
Zusatzversicherungen	möglich (s.o.)	nicht möglich, außer Auslandsreisekrankenversicherung und Krankentagegeld

Sozialversicherungsabkommen

Die Sozialversicherungsabkommen der Bundesrepublik Deutschland regeln Leistungsansprüche des Versicherten in der Kranken-, Unfall-, und Rentenversicherung bei Verlassen seines Heimatlandes in die entsprechenden Staaten.

In allen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz sowie Ländern, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht, das auch Regelungen zur Krankenversicherung umfasst, bietet die gesetzliche Krankenversicherung einen – wenn auch eingeschränkten – Anspruch auf Leistungen.
In allen übrigen Ländern, in denen keine Sozialversicherungsabkommen bestehen, ist man, außer bei Ausstrahlung (bei Entsendungen) Privatpatient. Nimmt man Heilbehandlungsmaßnahmen in Anspruch, trägt man die Kosten selbst. Darum ist der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung vor Reiseantritt wichtig.

Weitere Informationen finden Sie hier (unter „Abkommensstaat“)

Die Leistung in diesen Ländern erfolgt meist durch das zusätzliche Einschalten der Krankenversicherungsträger an Ort und Stelle.

Nimmt der Arzt die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) nicht an, so erstattet die deutsche Kasse gegen Vorlage der quittierten spezifizierten Rechnungen den Betrag, den sie der ausländischen Kasse zu überweisen hätte.

In Ländern, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht (z.B. Andorra, Marokko, Rumänien, USA, Südamerika, Asien), besteht grundsätzlich keine Verpflichtung zur Leistung durch die GKV.

Ist jedoch während eines vorübergehenden privaten Auslandsaufenthalts eine Behandlung unverzüglich erforderlich, hat die Krankenkasse die Behandlungskosten zu übernehmen (zu Inlandssätzen und begrenzt auf insgesamt 6 Wochen), wenn sich der Versicherte wegen einer Vorerkrankung oder des Lebensalters nicht privat versichern kann und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthaltes festgestellt hat.

Achtung:

Die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes sowie einer Überführung im Todesfall darf die GKV grundsätzlich nicht übernehmen.

Studierende und Praktikanten

Gesetzliche Krankenversicherung der Studierenden

1. Versicherungspflicht der Studierenden

Studierende sind bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, versicherungspflichtig in der GKV und in der SPV (so genannte „Krankenversicherung der Studierenden“ (KVdS)).

Der Anspruch auf Familienversicherung geht jedoch vor. Diese endet aber mit Vollendung des 25. Lebensjahres (ggf. zuzüglich der Zeit für freiwilligen Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst o.ä.). Ab dann muss sich der Student beitragspflichtig in der KVdS selbst versichern.

Nach dem 30. Geburtstag scheiden Studierende aus der Pflichtversicherung aus und können sich freiwillig weiterversichern. Für ein Semester gilt dann ein ermäßigter Beitrag, danach ist dann der geringste Beitrag für freiwillige Mitglieder der GKV zu entrichten.

Ausnahmen wie z. B. beim 2. Bildungsweg sind möglich. Hierbei wird die Grenze des 30. Lebensjahres um die Zeit des Schulbesuches zur Erlangung der Hochschulreife hinausgeschoben. Für diesen Zeitraum muss die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studierenden verlängert werden.
Unter Fachsemester ist das Studieren in einem Fach zu verstehen. Ein Fachwechsel verlängert den Zeitraum entsprechend.

2. Befreiung von der Versicherungspflicht in GKV/SPV

Bei Eintritt der Versicherungspflicht als Studierende besteht eine Befreiungsmöglichkeit –
sowohl zu Beginn des Studiums als auch während des Studiums nach Ende der Familienversicherung.
Die Frist beträgt in beiden Fällen 3 Monate.
Die Befreiung endet bei Abschluss des Studiums. Es muss ein Krankenversicherungsschutz nachgewiesen werden. Bei anschließender Aufnahme eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses entsteht wieder eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.

In erster Linie richtet die Befreiungsmöglichkeit sich an diejenigen, die bisher bereits privat versichert waren bzw. über ihre Eltern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres Beihilfeansprüche besitzen.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht gilt nicht für ein nachfolgendes bzw. späteres Studium. Der erneute Eintritt von Versicherungspflicht begründet dann erneut ein Befreiungsrecht.
Dies gilt nicht, wenn sich der erneute Tatbestand der Versicherungspflicht (Einschreibung an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule) nahtlos an den bisherigen Befreiungstatbestand anschließt oder nach einer sozialversicherungsrechtlich irrelevanten Unterbrechung eintritt (kleiner als 1 Monat, ohne dass in der Zeit ein anderer Versicherungspflichttatbestand eingetreten ist).

Für Personenkreise der Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte gelten die gleichen Grundsätze.

3. Beitrag zu GKV und SPV

Bei Anspruch auf Familienversicherung besteht Beitragsfreiheit.
Im Falle einer eigenständigen GKV-Mitgliedschaft wird als Bemessungsgrundlage für die Beitragsberechnung das Einkommen der Studierenden herangezogen. Hierbei gilt der BAföG-Bedarfssatz von Studierenden, die nicht bei ihren Eltern wohnen, als unterstelltes Einkommen.

Der allgemeine studentische Beitragssatz ist für alle Krankenkassen einheitlich festgelegt. Er beträgt sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes plus kassenindividueller Zusatzbeitrag.
Hinzu kommt noch der Beitrag zur sozialen Pflegepflichtversicherung.
Beitragszuschuss durch BAföG ist möglich.

Studium und Arbeit

1. Beschäftigung während des Semesters

Eine Beschäftigung als Arbeitnehmer neben dem Studium ist versicherungsfrei, wenn die wöchentliche Arbeitszeit nicht mehr als 20 Wochenstunden beträgt. Die Höhe des Einkommens spielt dabei keine Rolle. Wird die Wochenstundenzahl nur während der Semesterferien erhöht, bleibt die Versicherungsfreiheit bestehen. In der Rentenversicherung besteht in jedem Fall Versicherungspflicht, die RV-Beiträge werden von der GKV an die Rentenversicherung weitergeleitet (vgl. § 28i SGB IV). Privat Versicherte können sich zu dem Zweck eine GKV aussuchen, ohne Mitglied zu werden.
Rechtsprechung und Literatur sprechen vom Werkstudentenprivileg.
In Einzelfällen kann die Versicherungsfreiheit auch dann bestehen bleiben, wenn die Wochenstundenzahl während des Semesters mehr als 20 beträgt. In jedem Einzelfall muss geprüft werden, ob Zeit und Arbeitskraft des Studierenden noch überwiegend durch das Studium beansprucht wird.

2. Beschäftigung während der Semesterferien

Für Beschäftigungen während der Semesterferien besteht ebenfalls Rentenversicherungspflicht.
Hingegen sind sie versicherungsfrei in Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, unabhängig von Einkommen und Wochenstundenzahl.
Versicherungspflicht als Angestellter besteht jedoch, wenn zusammen mit zuvor ausgeübter Beschäftigungen innerhalb eines Zeitjahres insgesamt mehr als 26 Wochen die 20-Wochenstunden-Grenze überschritten wird.

3. Unbefristete Beschäftigung

Vom Erscheinungsbild eines Studierenden ist nicht mehr auszugehen, wenn eine Beschäftigung mit einer Wochenarbeitszeit von mehr als 20 Stunden ohne zeitliche Befristung ausgeübt wird. In diesen Fällen tritt die Zugehörigkeit zum Kreis der Beschäftigten in den Vordergrund. Das Werkstudentenprivileg kann nicht mehr angewendet werden, was zur Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung führt.

4. Selbstständige Tätigkeit neben dem Studium

Die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit neben dem Studium führt erst dann zur Versicherungsfreiheit als Studierende, wenn die Tätigkeit hauptberuflich ist. Eine Feststellung hierüber wird von den Krankenkassen vorgenommen.

5. Nebenverdienst und Familienversicherung

Studierende, die zu Beginn eines Semesters bei ihren Eltern mitversichert waren, verlieren den Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung, wenn sie während des Semesters mehr als 520 Euro im Monat im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung verdienen. Für die sonstigen Einkünfte gilt die Grenze von einem Siebtel der Bezugsgröße der Sozialversicherng.

6. Hinzuverdienst und BAföG

Studierende, die BAföG beziehen, müssen die Hinzuverdienstgrenze beachten.
Sie entnspricht der monatlichen Minijobgrenze von 556 Euro,
liegt also auf ein Jahr hochgerechnet bei 6.672 Euro Jahreseinkommen (Stand seit 01.01.2025).
Wird dauerhaft mehr verdient, ist die Grenze überschritten und es beginnt die Anrechnung auf das BAföG.

7. Duale Studiengänge

Das duale Studium verbindet die betriebliche Aus- und Weiterbildung oder bisherige Berufstätigkeit mit einem theoretischen Hochschulstudium.
Dualen Studiengängen liegt i.d.R. ein versicherungspflichtiges Anstellungsverhältnis zugrunde.
Versicherungspflicht gilt nicht für beihilfeberechtigte Beamtenanwärter im Dualen Studium. Es greift weiterhin die Versicherungsfreiheit.

Studium im Ausland

In vielen Ländern besteht für Studierende eine Krankenversicherungspflicht. Wer in der Bundesrepublik Deutschland einer Pflichtversicherung angehört, kann (unter bestimmten Voraussetzungen) aufgrund der Sozialversicherungsabkommen innerhalb der EU die Leistungen der entsprechenden Gebietskrankenkassen des Gastlandes in Anspruch nehmen.
Erforderlich ist dafür der "Anspruchsnachweis", den die deutsche Krankenkasse ausstellt, und im Gastland die Anmeldung bei der Gebietskasse. Es wird angeraten, sich vor dem Auslandsaufenthalt bei der eigenen Krankenkasse gründlich zu informieren.
Privat Krankenversicherte müssen mit ihrer PKV klären, ob und für wie lange ein Auslandsschutz besteht.
Freiwillig GKV-Versicherte müssen sich entweder im Studienland versichern oder in Deutschland eine entsprechende private Krankenversicherung abschließen.

Praktikanten

Praktika, die in einer Studien- und Prüfungsordnung vorgeschrieben sind, unterliegen grundsätzlich den gleichen Regeln wie das Studium, wenn sie während des Studiums absolviert werden. Die wöchentliche Arbeitszeit und das dabei erzielte Entgelt spielen keine Rolle (vgl. § 6 Abs. 1). Es besteht also Versicherungspflicht als Student in der Kranken- und Pflegeversicherung, da die Immatrikulation weiterbesteht.
Ein Anspruch auf Familienversicherung ist vorrangig.
Dass man in dieser Zeit als Arbeitnehmer tätig ist, löst keine Versicherungspflicht kraft Gesetzes als Arbeitnehmer in der Sozialversicherung aus.
Vor- und Nachpraktika, die auch im Rahmen einer Studien- und Prüfungsordnung vorgeschrieben sind, unterliegen, wenn für sie Arbeitsentgelt gezahlt wird, den gleichen Regeln wie eine versicherungspflichtige Berufsausbildung (z.B. Lehre). Es besteht also Versicherungspflicht in der Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung.
Werden Vor- oder Nachpraktika ohne Entgelt absolviert, besteht Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung, nicht jedoch in der Kranken- und Pflegeversicherung, so dass hier noch die beitragsfreie Familienversicherung in Frage kommt. Besteht hierauf kein Anspruch, kommt eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft oder eine private Vollversicherung in Frage.
Wird dagegen ein Praktikum auf freiwilliger Basis (also nicht in einer Studien- und Prüfungsordnung vorgeschrieben) absolviert, unterliegt es den gleichen Sozialversicherungsregelungen wie jedes andere abhängige - auch geringfügige - Beschäftigungsverhältnis.

Substitutive Krankenversicherung

Versicherungsarten der PKV, die „... die im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehene Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen..." (Art. 54 3.SVR; vgl. § 146 VAG und §§ 193. 195 VVG) werden auch substitutive Krankenversicherungen genannt.
Zu einer substitutiven gehören Krankheitskostenvollversicherung (mindestens mit ambulanten und stationären Leistungen), die Krankentagegeldversicherung und Pflegepflichtversicherung.

Tarifwechsel - Leitlinien

Tarifwechselleitlinien (TWL)

Der PKV Verband hat 2014 die Tarifwechselleitlinien (TWL) verabschiedet. Zusammen mit der DKV haben sich mehr als die Hälfte der PKV-Unternehmen verpflichtet, diese Leitlinien ab dem 1.1.2016 umzusetzen, die zu einem fairen und transparenten Umgang mit Tarifwechseln verpflichten.

Tarifcheck

Nicht immer ist ein Tarifwechsel für die Kunden von Vorteil. In der mittel- bzw. langfristigen Betrachtung erweist sich die Tariftreue oft als bessere Wahl. Nichtsdestotrotz haben der medizinische Fortschritt und die neuen Behandlungsmethoden der letzten Jahre sowohl die Entwicklung neuer Tarife mit sich gebracht als auch den Bedarf an Versicherungsschutz verändert.
Um diesen Entwicklungen im Bedarfsfall gerecht werden zu können, sind vom Vertriebspartner für ihre Kunden bedarfsgerechte Alternativen zu einer bestehenden Krankheitskostenvoll- oder Beihilfeversicherung zu ermitteln.
In der DKV ist der **Tarifcheck** für Umstellungen nach den Tarifwechselleitlinien zu nutzen
Weitere Informationen hier im Verteriebsportal.

Tarifwechsel

Bei **Tarifwechseln nach §204 VVG** können für Mehrleistungen auf Grundlage einer Risikoprüfung im Zieltarif folgende unterschiedliche Vereinbarungen getroffen werden:

Versicherungsmedizinischer Zuschlag für die Mehrleistungen
- Der Versicherer kann für Mehrleistungen einen versicherungsmedizinischen Zuschlag verlangen.
- Dieser wird weiterhin **in erster Linie für einzelne Krankheiten** berechnet.
- Damit kann der Kunde den **vollen Versicherungsschutz des neuen Tarifs** erhalten.
- Für Tarif PremiumMed ist grundsätzlich kein versicherungsmedizinischer Mehrleistungszuschlag möglich (Ausnahme: Zahn-RZ für bis zu 3 fehlende Zähne). Stattdessen wird ein pauschaler Ausschluss der Mehrleistungen vereinbart (siehe unten)

oder

Pauschaler Ausschluss der Mehrleistungen
Alternativ kann der Kunde einen Ausschluss für die Mehrleistungen wählen.
Eventuell bereits bestehende Erschwerungen sind davon ausgenommen und werden auf den neuen Tarif übertragen.
- **Der Ausschluss gilt pauschal für alle Mehrleistungen und er gilt auf Dauer!**
  Die MLV kann nicht aufgehoben werden, denn § 41 VVG (Überprüfung versicherungsmedizinischer Zuschlag) greift für diese Ausschlüsse nicht!
- Mit der Entscheidung für den Mehrleistungs-Ausschluss **verzichtet der Kunde dauerhaft auf alle hinzukommenden Leistungen des neuen Tarifs**!

Treuhänder

Beitragsanpassungen sind von der Zustimmung des mathematischen Treuhänders und Bedingungsanpassungen sind von der Zustimmung des juristischen Treuhänders abhängig.

Die Treuhänder werden von der BaFin ernannt und kontrolliert. Dabei wird darauf geachtet, dass sie zuverlässig, fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig sind.

Übergangsgebührnisse

Übergangsgebührnisse sind eine zeitlich befristete Versorgung für Zeitsoldaten nach Ablauf der Verpflichtungszeit. Sie betragen 75% der letzten Bezüge.

Ab einer Wehrdienstzeit von mindestens 4 Jahren besteht grundsätzlich Anspruch auf verschiedene Zuwendungen zur Erleichterung des Einstiegs ins zivile Leben, wenn das Dienstverhältnis wegen Zeitablaufs oder wegen Dienstunfähigkeit endet. Neben den Übergangsgebührnissen sind das Eingliederungs- und Berufsförderungsmaßnahmen.

Die Dauer der Zahlung von Übergangsgebührnissen hängt von der Verpflichtungsdauer ab:

Wehrdienst in Jahren	Förderungsdauer bei Diensteintritt nach 26.07.2012	Förderungsdauer bei Diensteintritt bis 26.07.2012 (bzw. mit abgeschlossenem Hochschulstudium bei Diensteintritt)
4 und < als 5	12 Monate	7 Monate
5 und < als 6	18 Monate	7 Monate
6 und < als 7	24 Monate	12 Monate
7 und < als 8	30 Monate	12 Monate
8 und < als 9	36 Monate	21 Monate
9 und < als 10	42 Monate	21 Monate
10 und < als 11	48 Monate	21 Monate
11 und < als 12	54 Monate	21 Monate
12 und mehr	60 Monate	36 Monate

Die Förderungsdauer durch Übergangsgebührnisse wird gekürzt
- auf 12 Monate bei einer Dienstzeit bis zu 12 Jahren,
  wenn der Soldat in der Dienstzeit vom Dienst freigestellt war zum Studium.
- auf 24 Monate bei einer Dienstzeit von 12 und mehr Jahren,
  wenn der Soldat in der Dienstzeit vom Dienst freigestellt war zum Studium.
- bis zu 9 Monate, wenn der Soldat in der Dienstzeit vom Dienst freigestellt war zur Berufsausbildung mit Abschluss.
- bis zu 3 Monate, wenn die (militärfachliche) Ausbildung nur bis 12 Monate gedauert hat.
- bis zu 6 Monate, wenn der Soldat in der Dienstzeit vom Dienst freigestellt war zur Vorbereitung auf Berufsabschluss.
- 6 Monate, wenn die militärische Ausbildung zum Erwerb der Fahrlehrerlaubnis, des Hauptschul- oder eines diesem mindestens gleichwertigen schulischen Abschlusses geführt hat.

Alternativ wird die Förderungszeit durch Übergangsgebührnisse um die tatsächliche Teilnahmezeit an Studium, Ausbildung und Schulbildung während der Dienstfreistellung gekürzt, wenn die entsprechende Maßnahme ohne Abschluss geblieben ist.

Krankenversicherung nach Dienstzeitende

Wird nach dem Wehrdienst eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen, so geht die Versicherungspflicht in der GKV vor.

Wird nach dem Wehrdienst eine Tätigkeit aufgenommen, die mit Beihilfeanspruch verbunden ist, so geht der Beihilfeanspruch aus der aktiven Tätigkeit vor (in er Regel dann 50 statt 70% Bemessungssatz).

Dieser Beihilfeanspruch ist bei Soldaten auf Zeit (SaZ) seit dem 01.01.2019 entfallen.
Am Ende der Dienstzeit besteht für SaZ ein freiwilliges Zutrittsrecht zur GKV, verbunden mit einem Anspruch auf hälftigen Beitragszuschuss (analog dem Arbeitgeberzuschuss).

Hinweis:
Empfänger von Übergangsgebührnissen erhalten einen Zuschuss zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen auf Grundlage der Übergangsgebührnisse. Das heißt, sofern und solange Beiträge der GKV auf die Übergangsgebührnisse erhoben werden, erhalten die ehemaligen SaZ - Soldatinnen und - Soldaten auf Zeit einen Zuschuss in Höhe der Hälfte dieser Beiträge.
Dies gilt auch für diejenigen SaZ - Soldatinnen und - Soldaten auf Zeit, die sich für eine private Versicherung entscheiden, sofern nicht über einen neuen Arbeitgeber/Dienstherrn ein Beitragszuschuss oder eine Beihilfe gewährt wird.
Gemäß § 11 b Abs. 1 und 2 SVG erhalten ehemalige SaZ, die sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern, einen Zuschuss in der Höhe, in der sie Vertragsleistungen vergleichbar denen der Gesetzlichen beanspruchen könnten. Als Berechnungsgrundlage gilt die Höhe der jeweiligen Übergangsgebührnisse

Eingliederungs- und Zulassungsschein

Für Soldaten, die sich für 12 oder mehr Jahre verpflichtet haben, besteht der Anspruch auf einen Eingliederungs- oder Zulassungsschein (E- bzw. Z-Schein).

Mit dem E- bzw. Z-Schein wird ein bedingter Anspruch auf Einstellung in den öffentlichen Dienst erworben.
- Der E-Schein berechtigt zur unmittelbaren Übernahme als Beamter.
- Der Z-Schein ist vorgesehen für die Übernahme als Angestellter in den öffentlichen Dienst bzw. für den Fall, dass der Soldat auf Zeit zunächst eine bestimmte Vorbildung aufgrund von Laufbahnvorschriften erwerben muss, ehe er zum Beamten übernommen werden kann.

Unständige Beschäftigung

Unständig ist eine Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder von der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im Voraus durch Arbeitsvertrag beschränkt ist. Der Natur der Sache nach ist eine Beschäftigung befristet, wenn vertraglich nicht die Arbeitsdauer, sondern eine bestimmte Arbeitsleistung vereinbart ist.

Unständige Beschäftigungen sind sehr häufig bei Rundfunk- und Fernsehanstalten anzutreffen.

Weitere Informationen finden Sie hier.

Unterhaltspflicht im Pflegefall

Grundsätzlich müssen Personen, die pflegebedürftig werden, die entstehenden Pflegekosten aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten. Hierzu müssen das gesamte Einkommen (i.d.R. die Rente), die Immobilie(n) und das Vermögen (bis auf einen "Notgroschen" von 2.301 Euro) eingesetzt werden. In der Praxis können die hohen Kosten einer Betreuung in einem Pflegeheim nur selten allein von den Pflegebedürftigen getragen werden, so dass das Sozialamt die offenen Kosten als **Hilfe in besonderen Lebenslagen** zunächst übernimmt. Hier setzt dann die Prüfung an, inwieweit Unterhaltspflichtige die Kosten (mit) zu tragen haben.

Ein Heimplatz kostet zwischen 3.000 und 4.000 Euro monatlich, die Pflegepflichtversicherung leistet nur für pflegebedingte Aufwendungen, nicht aber für die so genannten „Hotelkosten“ der Heimunterbringung.

§ 1601 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) begründet einen Unterhaltsanspruch des Hilfesuchenden gegenüber seinen **Verwandten ersten Grades**. Hierzu gehören Ehepartner, Eltern und Kinder – nicht aber Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Geschwister, Großeltern oder Enkel (Verwandte zweiten oder entfernteren Grades sind nach Bundessozialhilfegesetz ausdrücklich befreit).
Kinder sind somit zum Unterhalt gegenüber ihren pflegebedürftigen Eltern verpflichtet. Leisten sie nicht von sich aus, übernimmt das Sozialamt zwar zunächst die anfallenden Restkosten (Sozialhilfe), fordert anschließend jedoch den Unterhalt ein.
Demnach geht ein Unterhaltsanspruch nach BGB bis zur Höhe der geleisteten Aufwendungen auf den Träger der Sozialhilfe über.
Die Unterhaltspflicht entfällt in bestimmten Fällen, z.B. bei Schwangerschaft oder unbilliger Härte.

Nach der Rechtsprechung des BGH müssen unterhaltspflichtige Angehörige eine »spürbare und dauerhafte Senkung« ihres Lebensstils »nicht hinnehmen«. Es müssen ihnen ausreichende Mittel für eine eigene Altersversorgung verbleiben.
In der Umsetzung der grundsätzlichen Regelungen lassen sich viele verschiedene Urteile auffinden. Das Gesamtbild ist durchaus uneinheitlich, insbesondere in Fragen der monetären Bewertung der jeweiligen "Angemessenheit". Noch bunter ist die Vielfalt der Ergebnisse und Konsequenzen der Umsetzungspraxis der Sozialämter vor Ort. Es kommt tatsächlich immer auf die Einzelfallprüfung an.

Mithin sollte bei der Erörterung des Themas mit einem Kunden besonders sorgsam darauf geachtet werden, dass das Gespräch nicht in den Dunstkreis einer Rechtsberatung gerät.

Unwiderrufliche Arbeitsfreistellung

Auswirkungen einer Arbeitsfreistellung auf den Kranken- und Pflegeversicherungsschutz

In Aufhebungs- und Abwicklungsverträgen oder ggf. auch in einer separaten Vereinbarung nach einer Kündigung wird häufig unwiderruflich vereinbart, dass der Arbeitnehmer ab einem bestimmten Zeitpunkt oder sogar mit sofortiger Wirkung bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses von der Erbringung der Arbeitsleistung freigestellt wird.

Durch den Abschluss einer unwiderruflichen Freistellungsvereinbarung **endet auch automatisch der Sozialversicherungsschutz**, und zwar selbst dann, wenn der Arbeitnehmer bis zur endgültigen Beendigung des Arbeitsvertrages weiterhin Lohn bezieht. In einem solchen Fall ist der Arbeitgeber verpflichtet, den Beschäftigten mit Beginn der Freistellung von der Sozialversicherung abzumelden. Nur für den Zeitraum in der unwiderruflichen Freistellungsphase, auf den laut Vereinbarung offene Urlaubs- und Freizeitausgleichsansprüche angerechnet werden sollen, besteht die beschriebene Problematik nicht.

Da der Abschluss von Aufhebungs- und Abwicklungsverträgen und der damit verbundenen Arbeitsaufgabe als Kündigung durch den Arbeitnehmer gewertet wird, gilt i.d.R. eine Sperrzeit von 12 Wochen. Der Arbeitnehmer hat somit während der 12 Wochen keinen Anspruch auf Bezug von Arbeitslosengeld und somit besteht auch über die Agentur für Arbeit keine sozialversicherungsrechtliche Absicherung für ihn – unbeschadet der KV-Versicherungspflicht, die seit 01.08.2017 während der gesamten Sperrzeit besteht.

1. Auswirkungen für gesetzlich Pflichtversicherte

Eine Versicherungslücke entsteht nicht, da mit Beginn der Sperrzeit die Versicherungspflicht wegen Arbeitslosigkeit gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V eintritt.
In diesem Fall ist es wichtig, dass sich die Person sofort bei der Bundesagentur für Arbeit meldet, damit diese die notwendigen Schritte einleiten kann.

2. Auswirkungen für freiwillig Versicherte

Auch für bis dato freiwillig Versicherte tritt ab Beginn der Sperrzeit Versicherungspflicht wegen Arbeitslosigkeit auf Grundlage des § 5 Abs. Nr. 2 SGB V ein.

3. Auswirkungen für privat Versicherte

Für privat Versicherte tritt ebenfalls ab Beginn der Sperrzeit die Versicherungspflicht auf Grundlage des § 5 Abs. 1 Nr. 2 ein. Von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind Personen, die das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben und die in den letzten fünf
Versicherungsjahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Der Betroffene hat die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen, wenn die dafür notwendigen Voraussetzungen gegeben sind.
Des Weiteren sollte das Krankentagegeld innerhalb des ersten Monats auf Anwartschaft umgestellt werden. Im Falle einer ausgesprochenen Befreiung muss das Krankentagegeld ab dem zweiten Monat, d.h. ab dem Zeitpunkt des Leistungsbezugs, entsprechend angepasst werden.

Versichererwechsel

Ein Versicherungswechsel innerhalb der PKV kann Nachteile bringen. Deshalb ist „die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der PKV … im Allgemeinen unerwünscht und für den VN unzweckmäßig."

Wird dennoch ein derartiges Gespräch gewünscht, so ist auf folgende Punkte zu achten:
- Das Eintrittsalter ist nach dem derzeitigen Zeitpunkt zu berechnen.
- Das zu versichernde Risiko kann sich in der Zwischenzeit erhöht haben, so dass eine Erschwerung erforderlich wird. Die Vorlage eines Probeantrages/einer Probebeitrittserklärung bei der DKV ist wünschenswert. Eine Kündigung des alten (bestehenden) Vertrages soll erst nach der Annahmeerklärung der DKV ausgesprochen werden. Die Kündigung eines Vertrages bei einem PKV-Unternehmen ist zum Ende des Versicherungsjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist möglich. Das Ende des Versicherungsjahres ist durch Rückfrage bei dem betreffenden PKV-Unternehmen zu klären, da dies den Vertragsunterlagen oft nicht entnommen werden kann.

Kündigungstermine und Mindestvertragsdauer Mitbewerber
Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung

KJ = Kalenderjahr (erstes Kalenderjahr Rumpfjahr)
VJ = Versicherungsjahr
GJ = Geschäftsjahr (unternehmensspezifisch)

Gesellschaften	KKV	KTV	Besonderheiten
Gesellschaften			
Allianz	2 KJ	1 KJ	
Alte Oldenburger	2 VJ	1 VJ	
ARAG	2 VJ	1 VJ	
AXA	2 KJ	1 KJ	
Barmenia	2 VJ	1 VJ	
BBKK	2 VJ	1 VJ	
Central	2 KJ	1 KJ	
Concordia	2 KJ	1 KJ	
Continentale	2 VJ	1 VJ	
Debeka	2 VJ	1 VJ	
Deutscher Ring	2 KJ	1 KJ	kein Rumpfjahr
DEVK	2 KJ	1 KJ	
DKV	2 KJ	1 KJ	
Gothaer	2 KJ	1 KJ	
Hallesche	2 VJ	1 VJ	
Hanse Merkur	2 KJ	2 KJ	
HUK	1 KJ	1 KJ	
Inter	2 VJ	2 VJ	
LKH	2 KJ	2 KJ	
LVM	2 KJ	1 KJ	
Mecklenburgische	1 KJ	1 KJ	kein Rumpfjahr
Münchener Verein	2 KJ	1 KJ	
Nürnberger	2 KJ	1 KJ	
PAX Familienfürsorge	1 KJ	1 KJ	
Provinzial	2 KJ	1 KJ	
R+V	2 KJ	1 KJ	
SDK	2 GJ	1 GJ	SDK GJ = 1.7. bis 30.6.
Signal/Iduna	2 VJ	1 VJ	
UKV	2 KJ	1 KJ	
Universa	2 VJ	1 VJ	
Württembergische	2 KJ	1 KJ	

Versicherungsfreiheit

Versicherungsfreiheit bedeutet:
Nicht versicherungspflichtig kraft Gesetzes in der GKV.

Unbeschadet dessen gilt die allgemeine Krankenversicherungspflicht gem. § 193 Abs 3 VVG.

Wer versicherungsfrei ist, kommt der allgemeinen Versicherungspflicht durch eine KKV in der PKV nach, ggf. ist er auch freiwillig in der GKV krankenversichert.

Während die Versicherungspflicht kraft Gesetzes in der GKV in § 5 SGB V geregelt ist:
Siehe § 5 Abs 1 SGB V:
„Versicherungspflichtig sind
1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, …“
finden sich die Regelungen zur Versicherungsfreiheit in § 6 SGB V
Siehe § 6 Abs 1 ff SGB V:
„Versicherungsfrei sind
1. …
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.“
Siehe auch § 5 Abs 1 SGB V:

In § 6 Abs 3 SGB V werden die beiden Systeme Versicherungspflicht kraft Gesetzes und Versicherungsfreiheit getrennt:
„Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.“

Damit sind auch die Grenzfälle geregelt, dass z.B. ein Beamter, der zudem ein Angestelltenverhältnis in Teilzeit hat, versicherungsfrei bleibt.

Folgende Personen(gruppen) sind gegenüber der GKV versicherungsfrei:

Arbeitnehmer mit Einkommen über JAEG

Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt (JAE) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) überschreitet, sind versicherungsfrei in der Kranken- und Pflegeversicherung.
Für bereits am 31.12. 2002 als Arbeitnehmer privat Versicherte gilt jedoch die niedrigere besondere JAEG, die der Beitragsbemessungsgrenze entspricht. Diese Grenze bleibt für den Beschäftigten auch dann gültig, wenn er den Arbeitgeber wechselt, zeitweise gar nicht versichert ist oder zwischenzeitlich krankenversicherungspflichtig werden sollte.

Was zählt zum Jahresarbeitsentgelt?

Grundsätzlich gilt, dass alle regelmäßig zur erwartenden Einkünfte aus dem Beschäftigungsverhältnis zum JAE zählen.
Weitere Informationen finden Sie unter dem Stichwort Jahresarbeitsentgelt(grenze).

Wann endet die Versicherungspflicht?
Die Versicherungspflicht endet zum 31.12. des Jahres, in dem die JAEG überschritten wurde, wenn auch die JAEG des folgenden Jahres überschritten wird. Dafür ist es nicht erforderlich, dass das Jahreseinkommen im laufenden Jahr in Summe bereits die JAEG überschritten haben muss. Es genügt, dass mit dem zuletzt gezahlten regelmäßigen Gehalt – aufs Jahr gerechnet - die JAEG im ablaufenden Jahr überschritten worden wäre und im nächsten Jahr überschritten wird.
Der Arbeitgeber hat die Versicherungsfreiheit festzustellen und an die Krankenkasse zu melden.

Diese bestätigt dem Mitglied anschließend die Versicherungsfreiheit.
Die Mitgliedschaft zum Eintritt der Versicherungsfreiheit endet nur dann, wenn der Arbeitnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt und eine unmittelbare Anschlussversicherung nachweist.

Erklärt der Arbeitnehmer seinen Austritt nicht innerhalb der zwei Wochen, wird die bisherige Pflichtmitgliedschaft automatisch in eine freiwillige Mitgliedschaft umgewandelt. Diese kann mit der üblichen Frist von zwei Monaten jederzeit gekündigt werden, sofern dem keine Bindungsfrist durch Wahltarife dem entgegensteht.

Mehrfachbeschäftigungen
Übt ein Arbeitnehmer mehrere Beschäftigungen aus, sind die Arbeitsentgelte aus allen Beschäftigungen zusammenzurechnen.
- Wenn zu der Hauptbeschäftigung eine Nebenbeschäftigung hinzutritt und das zusammengerechnete JAE die laufende JAE-Grenze überschreitet, wird der Arbeitnehmer mit Ablauf des aktuellen Kalenderjahres krankenversicherungsfrei, wenn auch die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende JAE-Grenze überschritten wird.
- Wenn zu einer bereits krankenversicherungsfreien Hauptbeschäftigung eine krankenversicherungspflichtige Nebenbeschäftigung hinzutritt, unterliegt die Nebenbeschäftigung nicht der Krankenversicherungspflicht.
- Wenn zu einer krankenversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung eine krankenversicherungsfreie Beschäftigung hinzutritt, dann endet die Krankenversicherungspflicht für die bisherige krankenversicherungspflichtige Beschäftigung zum Zeitpunkt des Hinzutritts der krankenversicherungsfreien Beschäftigung.

Berufsanfänger und Wechsel der Arbeitsstelle

Berufsanfänger sind sofort versicherungsfrei, wenn ihre Bezüge bei der erstmaligen Aufnahme einer Beschäftigung die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) übersteigen. Das gilt auch für
- Wechsel der Arbeitsstelle, wenn das Gehalt im neuen Beschäftigungsverhältnis von Beginn an die JAEG bei vorausschauender Betrachtung übersteigt.
- Selbstständige, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln.
- Personen, die bislang nicht in Deutschland beschäftigt waren.

Selbstständige, Freiberufler und Beamte

Ohne Berücksichtigung der Einkünfte versicherungsfrei sind Beamte, Richter, Zeit- und Berufssoldaten bei der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte öffentlich-rechtlicher Institutionen sowie Geistliche, wenn sie Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Ein bestehende GKV-Mitgliedschaft kann weitergeführt werden. Ein Wechsel in die PKV ist möglich, wenn der Austritt fristgemäß erklärt wird.

Ende der Versicherungsfreiheit
Nehmen Selbstständige, Freiberufler oder Beamte eine Arbeitnehmertätigkeit mit einem Einkommen unterhalb der JAEG auf, werden sie versicherungspflichtig. Lediglich bei ehemaligen Beamten wird das in den Vorjahren erzielte Einkommen berücksichtigt und kann ggf. zu Versicherungsfreiheit führen. Ehemalige Selbstständige werden in der Regel versicherungspflichtig.

Hinweis: Ende der Krankenversicherungsfreiheit bei Verminderung des Arbeitsentgeltes
Wird die JAEG durch Kürzung des Arbeitsentgeltes unterschritten (nicht durch Reduzierung der Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger), setzt unmittelbar Versicherungspflicht ein.
Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist in diesem Fall nicht möglich.

Weitere versicherungsfreie Personengruppen

- Personen, die bislang nicht in Deutschland beschäftigt waren.
- Personen, die satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaft oder Diakonissen sind und ähnliche Personen, wenn sie aus überwiegend religiösen und sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege oder Unterricht befasst sind und dafür nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen;
- Personen, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, wenn diese nicht im Rahmen einer betrieblichen Berufsbildung oder im Rahmen eines freiwilligen sozialen Jahres ausgeübt wird. Im Weiteren sind nicht krankenversicherungspflichtig;
- Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Union bei Krankheit geschützt sind;
- Personen, die einen Rentenanspruch haben und eine Rente beantragt haben, soweit sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags weniger als neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums pflichtversichert waren
- Kinder und Ehegatten, deren Anspruch auf Familienversicherung entfällt.

Versicherungsfreiheit durch Ausnahmeregelung (Personen ab Alter 55)

Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als hauptberuflich Selbstständige nicht versicherungspflichtig waren. Dieser Voraussetzung stehen die Ehe oder die eingetragene Lebenspartnerschaft mit einer solchen Person gleich.

Diese Ausnahme gilt jedoch nicht für Personen, die aufgrund der allgemeinen Versicherungspflicht versicherungspflichtig sind.

Versicherungspflicht (allgemein)

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 193 Abs 3 VVG sind alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland zur Krankenversicherung verpflichtet. Es soll niemand mehr bei Krankheit unversichert sein, sich aber auch nicht der Finanzierung der Krankenversicherung entziehen können.
Entsprechend dem Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" begründet die Neuregelung automatisch auch eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

Ob man diese Versicherungspflicht durch Versicherung in der GKV oder PKV zu erfüllen hat, entscheidet sich -wenn keine Wahlmöglichkeit besteht- im Wesentlichen daran, ob man zuletzt in der GKV oder PKV krankenversichert war.
Zugleich legt die allgemeine Versicherungspflicht damit fest, wer in welchem Versicherungssystem –GKV oder PKV- aufgenommen werden muss, sofern er keine Wahlmöglichkeit hat bzw. nicht anderweitig die allgemeine Versicherungspflicht erfüllt (z.B. durch Heilfürsorgeberechtigung).

Bei Verstoß gegen die allgemeine Versicherungspflicht werden Sanktionen in Form von einmaligen Beitragszuschlägen verhängt.

Allgemeine Versicherungspflicht und GKV

Zum 01.04.2007 wurden alle Einwohner in der GKV versicherungspflichtig,
- die zuletzt in der GKV versichert waren,
- die nicht krankenversichert sind und davor GKV versichert waren
- die nie krankenversichert waren.
- die aus der EU, dem EWR oder der Schweiz zugezogen sind.

Allgemeine Versicherungspflicht und PKV

Zum 01.01.2009 wurden alle übrigen Einwohner versicherungspflichtig und haben das Recht, ihre allgemeine Versicherungspflicht in der PKV zu erfüllen, also
- zuletzt PKV-Versicherte,
- alle bisher nicht versicherten Selbständigen und Freiberufler (aufgrund ihres Berufsstatus)
- Beihilfeberechtigte,
- Versicherungsfreie Angestellte,
- Personen ohne Beruf (aber: eigene Regelungen bei ALG-Empfängern, siehe unter Arbeitslosigkeit)
- sonstige Zuzügler aus dem Ausland (wenn der Aufenthalt auf ein Jahr befristet ist oder die Betreffenden nach Ablauf von einem Jahr nicht erwerbstätig sind).

Für eine private Krankenversicherung, mit der man die allgemeine Versicherungspflicht erfüllen kann, muss mindestens gegeben sein:
- Sie muss mindestens ambulante und stationäre Leistungen beinhalten.
- Für Beihilfeberechtigte reicht ein Tarif mit prozentualen Leistungen und entsprechendem Selbstbehalt.
- Ein Selbstbehalt darf nicht höher als 5.000 Euro sein.
  Für Beihilfeberechtigte gilt ein in Abhängigkeit vom Umfang ihres Beihilfeanspruchs niedrigerer maximaler Selbstbehalt.
- Vertrauensschutzregelung:
  Krankheitskostenversicherungen, die vor dem 01.04.2007 abgeschlossen wurden, genügen den Anforderungen an die Versicherungspflicht.

Wird der Krankenversicherungsvertrag später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, muss der Versicherte einen Prämienzuschlag entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung. Ab dem sechsten Monat beträgt er für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Stundung und Ratenzahlung des Prämienzuschlags sind möglich.

Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die die Anforderungen der Pflicht zur Versicherung erfüllt, durch den Versicherer ist seit dem 01.01.2009 ausgeschlossen. Dies gilt auch bei Nichtzahlung der Beiträge.

Befindet sich der Versicherungspflichtige zwei Monate mit der Zahlung seiner Beiträge in Verzug, stellt der Versicherer nach Mahnung das Ruhen der Leistungen fest. Es erfolgt die Umstellung in Notlagentarif. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer jedoch (im Rahmen des Notfalltarifs) für Kosten von Akuterkrankungen, Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Das Ruhen der Leistungen endet, wenn der Versicherte die rückständigen Beiträge und alle angefallenen Säumniszuschläge und Betreibungskosten beglichen hat oder hilfebedürftig im Sinne des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) wird. Begleicht der Versicherte seine Schulden nicht innerhalb eines Jahres, kann die Krankheitskostenvollversicherung nur im Basistarif fortgesetzt werden.

Für den Fall, dass jemand von der PKV aufgenommen werden muss, aber nach den Annahmerichtlinien des betreffenden Unternehmens nicht aufgenommen werden kann, gibt es den brancheneinheitlichen Basistarif, der dem im SGB V einheitlich geregelten Leistungsspektrum der GKV nachgebildet ist und in dem in solchen Fällen Kontrahierungszwang besteht.

Besonderheiten

Für Heilfürsorgeempfänger wird die allgemeine Versicherungspflicht durch die Heilfürsorge erfüllt.

Sozialgeldempfänger erfüllen die allgemeine Versicherungspflicht über die für sie zuständigen Institutionen.

Für Strafgefangene wird die allgemeine Versicherungspflicht über die Gesundheitsfürsorge erfüllt.

Freiwillig in der GKV versicherte Selbständige und Freiberufler erfüllen die allgemeine Versicherungspflicht über die GKV, könnten aber in die PKV wechseln und so PKV ihre allgemeine Versicherungspflicht erfüllen.

Nichtversicherte, die zuletzt in der
- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB),
- Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)
- o.ä. (z.B. Bezieher von Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz)

krankenversichert waren, sind in der GKV versicherungspflichtig, wenn sie davor zuletzt in der GKV oder noch nie versichert waren; waren sie davor in der PKV krankenversichert, sind sie dieser zuzuordnen (vgl. hierzu BSG-Urteil vom 12.01.2011, B 12 KR 11/09 R).

Versicherungspflichtig sind schließlich gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13
Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
- zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 gem. § 174 Abs. 5 Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren.

Versicherungspflicht kraft Gesetzes in der GKV

Versicherungspflicht kraft Gesetzes bedeutet:
Man ist auf Grund einer direkten Gesetzesvorschrift in der GKV krankenversichert.

Wer versicherungsfrei ist, muss der allgemeinen Versicherungspflicht gem. § 193 VVG in der GKV nachkommen und die GKV muss ihn krankenversichern

Die Versicherungspflicht kraft Gesetzes in der GKV ist in § 5 SGB V geregelt ist:
Siehe § 5 Abs 1 SGB V:
„Versicherungspflichtig sind
1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, …“
Wer von der Versicherungspflicht kraft Gesetzes frei ist, ist in § 6 SGB V geregelt.
Siehe § 6 Abs 1 ff SGB V:
„Versicherungsfrei sind
1. …
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.“
Siehe auch § 5 Abs 1 SGB V:

In § 6 Abs 3 SGB V werden die beiden Systeme Versicherungspflicht kraft Gesetzes und Versicherungsfreiheit getrennt:
„Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.“

Damit sind auch die Grenzfälle geregelt, dass z.B. ein Beamter, der zudem ein Angestelltenverhältnis in Teilzeit hat, versicherungsfrei bleibt.

In der GKV sind versicherungspflichtig kraft Gesetzes:

Arbeitnehmer mit Einkommen unter JAEG

Arbeitnehmer mit einem Bruttojahreseinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) sind versicherungspflichtig kraft Gesetzes in der GKV.

Der Arbeitgeber hat seinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer bei der gewünschten Krankenkasse anzumelden, und, sobald Versicherungsfreiheit eingetreten ist oder das Beschäftigungsverhältnis endet, wieder abzumelden.

Künstler und Publizisten

Die Krankenversicherung für Künstler ist im Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) geregelt. Nach diesem Gesetz sind selbstständige Künstler und Publizisten versicherungspflichtig in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

Künstler oder Publizist ist, wer selbstständig erwerbstätig Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt, oder als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig ist, also z.B. Maler, Bildhauer, Tänzer, Sänger, Musiker, Schauspieler, Musiklehrer.

Nicht versicherungspflichtig im Sinne dieses Gesetzes sind Künstler,
- die mehr als einen künstlerischen oder publizistisch tätigen Arbeitnehmer ständig beschäftigen,
- die aufgrund einer abhängigen Beschäftigung in der GKV pflichtversichert sind,
- die nach § 6 SGB V versicherungsfrei sind
  (z.B. bei Status als Beamter).

Die Künstlersozialkasse selbst ist kein Leistungsträger. Leistungen nach dem KSVG erbringen in der Krankenversicherung die örtliche zuständige AOK oder eine andere Krankenkasse. Die vom Künstler oder Publizisten gewählte Krankenkasse ist zuständig, wenn eine Bescheinigung der Kasse vorgelegt wird, wonach diese bereit ist, die Pflichtversicherung nach KSVG durchzuführen. Ansonsten ist die örtliche AOK zuständig.

Unter bestimmten Voraussetzungen können sich Künstler von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Landwirte

Landwirte sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zuständig sind die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die ihren Sitz bei den regionalen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben. Für Gärtner ist als Pflichtkasse die Krankenkasse für den Gartenbau zuständig.

Als Landwirt nach diesem Gesetz gilt jemand, der als Unternehmer ein auf Bodenbewirtschaftung beruhendes Unternehmen betreibt, das eine (regional unterschiedliche) Mindestgröße erreichen muss. Hierzu zählen
- Land- und Forstwirtschaft,
- Gartenbau,
- Weinbau,
- Teichwirtschaft,
- Fischzucht.

Eine Versicherungspflicht als Arbeitnehmer ist vorrangig.

Nebenberufliche Landwirte sind versicherungspflichtig in der KVdL, wenn sie
- als Arbeitnehmer versicherungsfrei sind oder
- außerhalb der Land- oder Forstwirtschaft hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind oder
- als Beamte versicherungsfrei sind.

Die Möglichkeit zur Befreiung von der Versicherungspflicht besteht in den ersten drei Monaten
- ab Erwerb (Erbe/Kauf) eines landwirtschaftlichen Unternehmens, wenn der Wirtschaftswert 60.000 DM (entspricht 30.677,51 Euro) übersteigt
- ab Antragstellung auf Rentenantragstellung in der Alterssicherung der Landwirte.

Die Regelung zur Versicherungsfreiheit für Personen ab Alter 55 gilt auch für Landwirte.

Weiterführende Informationen finden Sie hier

Rentner

Allgemein

Die Versicherungspflicht von Rentnern wird unter dem Begriff Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zusammengefasst.

Mitglied wird nur, wer zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung mindestens 90% der zweiten Hälfte des Erwerbslebens Mitglied der GKV (pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert) bzw. als familienversicherter Angehöriger eines Mitgliedes versichert war.

Eine KVdR - Mitgliedschaft entsteht nicht, wenn statt der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine aus einem berufsständischen Versorgungswerk bezogen wird.

Sind die obengenannten Voraussetzungen nicht erfüllt, kann der Rentner freiwilliges Mitglied der GKV bleiben oder werden, wenn er die Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV erfüllt.

Wer als Rentner versicherungspflichtig in der KVdR wird, kann sich innerhalb von drei Monaten nach der Feststellung der Versicherungspflicht befreien lassen.

Waisen

Waisenrente als Versicherungspflichttatbestand (§ 5 Abs. 11b SGB V)
Der Bezug von Waisenrente ist seit dem 1.1. 2017 neuer eigener Versicherungspflichttatbestand. Er gilt auch für Personen, die vor diesem Zeitpunkt einen Rentenantrag gestellt haben.
Die bisherigen Regelungen zur Krankenversicherungspflicht der Rentner (KVdR) bestehen unverändert weiter. Zusätzlich sind jetzt auch Personen versicherungspflichtig, die Anspruch auf eine Waisenrente nach § 48 SGB VI haben. Im Unterschied zu den bisherigen Regelungen ist keine Vorversicherungszeit gefordert. Voraussetzung ist nur, dass ein Antrag auf Waisenrente gestellt ist.
Die Krankenversicherungsplicht tritt nicht ein, wenn zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags ein Versicherungsschutz in der Privaten Krankenversicherung bestand.
Sollten jedoch die Voraussetzungen
- für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder
- für die Versicherungspflicht in der „Krankenversicherung der Rentner“ (KVdR) nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (hier v.a. Vorversicherungszeit, kann über ein Elternteil erfüllt sein),

gilt diese Ausnahme nicht. Das heißt, es kommt dann in diesen Fällen dennoch die Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V zustande.

Befreiung von der Versicherungspflicht
wie bei Befreiung der Rentner von der Versicherungspflicht in der KVdR (§ 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Beitragsfreiheit bei Waisenrente (§ 237 Satz 2 SGB V)
Bezieher einer Waisenrente sind bis zum Erreichen der Altersgrenze von 18 Jahren beitragsfrei. Dies gilt auch bei Rentenbezug von einem berufsständischen Versorgungswerk (z.B. Ärzte, Rechtanwälte, Steuerberater).
Die Beitragsfreiheit ist so lange gegeben, wie ein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung gegeben wäre.
Die Beitragsfreiheit betrifft nur den Beitragsanteil des Rentenbeziehers. Der Rentenversicherungsträger entrichtet seinen Beitragsanteil unverändert.

Krankenversicherung für Studierende bei Rentenbezug
Während des Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule erfüllen die Bezieher einer Waisenrente auch die Voraussetzungen der Krankenversicherung als Student (KVdS). Die KVdS kommt nicht zum Tragen, solange die gleichzeitig bestehende Versicherung als Rentner beitragsfrei gestellt ist.

Wird die Waisenrente über die Altersgrenzen hinaus gezahlt, endet die Beitragsfreiheit. Nach den gesetzlichen Regelungen kommt dann die KVdS mit den daraus resultierenden beitragsrechtlichen Regelungen zum Tragen. Erfüllt der Studierende jedoch die Voraussetzungen der KVdS nicht (z. B. bei einem Studium an einer privaten Hochschule) wird die Versicherung mit Beitragszahlung in der KVdR durchgeführt.

Ausschluss der Versicherungspflicht
Grundsätzlich ist die Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags eine Absicherung im Krankheitsfall durch eine private Krankenversicherung (PKV) gegeben war. Dieser Ausschlussgrund entfällt jedoch, wenn

- ohne Rentenbezug eine Familienversicherung bestehen würde,
- die Vorversicherungszeit für die „normale“ KVdR erfüllt ist.

Beispiel:
Der verstorbene Vater und seine Tochter waren bisher PKV versichert. Die Mutter ist seit Jahren Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Familienversicherung der Tochter in der GKV war bisher wegen der PKV des Vaters nicht möglich.
Nach dem Tod des Vaters ist eine Familienversicherung möglich. Mit der Stellung des Antrags auf Zahlung einer Halbwaisenrente tritt Versicherungspflicht ein, obwohl zuvor eine private Krankenversicherung bestand.

Vorstand einer AG als Organ der Gesellschaft

Vorstände einer AG sind nach übereinstimmender Auslegung der Literatur keine Arbeitnehmer und daher in allen Zweigen nicht sozialversicherungspflichtig.
In der Praxis der Krankenkassen werden Vorstände einer AG aber oft wie GmbH-Geschäftsführer behandelt. Mithin werden sie als versicherungspflichtig in der GKV angesehen. Versicherungsfreiheit tritt ein, wenn das zuletzt gezahlte egelmäßige Gehalt – aufs Jahr gerechnet - die JAEG im ablaufenden Jahr überschritten hätte und im nächsten Jahr überschreiten wird. Die Versicherungsfreiheit tritt dann zum Ende des ablaufenden Jahres ein.

Studierende, Auszubildende Praktikanten

Studierende an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen sind bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, versicherungspflichtig (Ausnahmen wie z. B. beim 2. Bildungsweg möglich). Der Anspruch auf Familienversicherung geht jedoch vor. Diese endet aber mit Vollendung des 25. Lebensjahres (plus Wehr-/ Bundesfreiwilligendienstzeiten). Danach muss sich der Studierende selbst gesetzlich versichern.
Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist nur in den ersten drei Monaten des Studiums möglich. Versicherungspflicht besteht auch für Auszubildende und Praktikanten.

Arbeitslose

Bezieher von Arbeitslosengeld I werden versicherungspflichtig in der GKV.
Waren sie in den letzten fünf Jahren davor in der PKV voll versichert, können sie sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen (Frist: 3 Monate).

Der Bezug von Arbeitslosengeld II löst keine Versicherungspflicht mehr aus, wenn vorher keine GKV-Mitgliedschaft bestand.

Sonstige versicherungspflichtige Personen

- Behinderte, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte tätig sind,
- Behinderte, die in Anstalten, Heimen usw. in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll Erwerbsfähigen in gleichartiger Beschäftigung entspricht,
- Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation.
- Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus, die ein Anpassungsgeld beziehen, Fremdrentenbezieher und Rentenbezieher aufgrund der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in die Versicherungspflicht einbezogen.

Versicherungssteuer im europäischen Wirtschaftsraum

Steuerpflicht für Versicherungsnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt (g. A.) in einigen EWR-Ländern (EU-Länder plus Island, Liechtenstein und Norwegen).

- Betrifft **alle Voll-, Beihilfe-, Zusatz-, Pflege- und Auslandsreiseversicherungen.** Nicht betroffen sind Optionstarife oder Anwartschaften.
- **Details und Besonderheiten** für einzelne Länder **zeigt die Länderübersicht**.
- Für Gruppenversicherungsverträge (GVV) richtet sich der Abzug der Vers. Steuer bzw. Abgabe danach, wer der Versicherungsnehmer ist:
  - ist eine der versicherten Personen des GVV selbst Versicherungsnehmer und liegt der Wohnsitz bzw. g. A. in einem EWR-Land, so gilt die Steuer- bzw. Abgabenpflicht
  - ist der Gruppenvertragspartner gleichzeitig Versicherungsnehmer, liegt der Sitz in Deutschland, sind für diese GVV keine Steuern bzw. Abgaben fällig.

Versicherungssteuer im Europäischen Wirtschaftsraum

Steuerpflicht für Versicherungsnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt (g. A.) in einigen EWR-Ländern (EU-Länder plus Island, Liechtenstein und Norwegen).

- Betrifft **alle Voll-, Beihilfe-, Zusatz-, Pflege- und Auslandsreiseversicherungen.**
  Nicht betroffen sind Optionstarife oder Anwartschaften.

- **Details und Besonderheiten** für einzelne Länder **zeigt die Länderübersicht**.

- Für Gruppenversicherungsverträge (GVV) richtet sich der Abzug der Vers. Steuer bzw. Abgabe danach, wer der Versicherungsnehmer ist:
  - ist eine der versicherten Personen des GVV selbst Versicherungsnehmer und liegt der Wohnsitz bzw. g. A. in einem EWR-Land, so gilt die Steuer- bzw. Abgabenpflicht
  - ist der Gruppenvertragspartner gleichzeitig Versicherungsnehmer, liegt der Sitz in Deutschland, sind für diese GVV keine Steuern bzw. Abgaben fällig.

Nähere Informationen zum praktischen Umgang mit dem Thema in der DKV hier im Vertriebsportal.

Versorgungsbezüge

Im Sozialgesetzbuch (SGB) findet sich mehrfach der Hinweis auf "rentenähnliche Einkünfte" = Versorgungsbezüge.

Als Versorgungsbezüge gelten:

- Betriebsrenten einschl. der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst
- Beamtenpensionen
- Abgeordnetenversorgung
- Renten von Versorgungseinrichtungen bestimmter Berufe
  (z.B. Apotheker, Rechtsanwälte, Steuerberater, Anwälte und Architekten)
- Renten aus der Altershilfe für Landwirte

sofern diese wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung gezahlt werden.

Versorgungsbezüge werden bei der Beitragsberechnung der GKV berücksichtigt.

Einmalige Kapitalabfindungen aus einer betrieblichen Altersversorgung anstelle einer laufenden Rente werden mit 1/120-tel der Zahlung 10 Jahre lang zur Beitragsberechnung herangezogen.

Wahltarife in der GKV

Gesetzliche Mindestbindungsfrist gem. § 53 Abs. 8 SGB V

Kündigungsfrist gem. Satzung, keine eigene gesetzliche Regelung

(z.B. Satzung der BEK: bis 2 Wochen vor Ablauf der Bindungsfrist)

Sonderkündigungsrecht für besondere Härtefälle ist in der Satzung vorzusehen gem. § 53 Abs. 8 SGB V

Ohne gesetzliche Mindestbindungsfrist

Kündigungsfrist gem. Satzung, keine eigene gesetzliche Regelung
(idR. sehen die Satzungen 1 Jahr Mindestbindungsfrist vor)

Freiwillige Wahltarife

Selbstbehalttarife
gem. § 53 Abs. 1 SGB V
Gesetzl. Mindestbindungsfrist: 3 Jahre

Beitragsrückerstattungstarife
gem. § 53 Abs. 2 SGB V
Gesetzl. Mindestbindungsfrist: 1 Jahr (ab 01.01.2011)

Kostenerstattungstarife
gem. § 53 Abs. 4 SGB V
Gesetzl. Mindestbindungsfrist: 1 Jahr (ab 01.01.2011)

Tarife für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen
gem. § 53 Abs. 5 SGB V
Gesetzl. Mindestbindungsfrist: 1 Jahr (ab 01.01.2011)

Tarife für Leistungsbeschränkungen
gem. § 53 Abs. 7 SGB V

Pflichtwahltarife

Tarife für Krankengeld
gem. § 53 Abs. 6 SGB V
Gesetzl. Mindestbindungsfrist: 3 Jahre

Teilnahme an Modellvorhaben
gem. § 53 Abs. 3 i.V.m. § 63 SGB V

Hausarztzentrierte Versorgung
gem. § 53 Abs. 3 i.V.m. § 73b SGB V

Besondere ambulante ärztliche Versorgung
gem. § 53 Abs. 3 i.V.m. § 73c SGB V

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronisch Kranken
gem. § 53 Abs. 3 i.V.m. § 137f SGB V

Integrierte Versorgung gem. § 53 Abs. 3 i.V.m. § 140a SGB V

Wehrübung, Reserveübung

Reservisten sind frühere Soldaten der Bundeswehr, die ihren Dienstgrad nicht verloren haben bzw. Personen,d ie auf Grund einer mit der Bundeswehr eingegangenen Verpflichtung zu einher Wehrdienstleistungnach dem 4. Abschnitt des Soldatengesetzes (SG) herangezogen werden können (§ 1 ResG).

Folgen für das Arbeitsverhältnis
Das Arbeitswverhältnis eines Arbeitnezhmers ruht, wenn dieser zur Wehrübung einberufen wird, die länger als 3 Tage dauert. Für diese Zeit muss der Arbeitgeber weder Bezüge nodch Arbeitgeberzuschuss zahlen.

Kranken- und Pflegeversicherung:
In der Zeit der Wehrübung erfolgt unentgeltliche truppenärztliche Versorgung.
Eine bestehende Krankheitskostenvollversicherung kann, begrenzt auf das Ende der Wehr-/Reservistenübung in eine Große Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.
Eine Erstattung der Beiträge erfolgt nicht.
Die Pflegepflichtversicherung bleibt aktiv.