



TESTSIEGER

EIN SONDERDRUCK VON PREMIUS TESTSIEGER IN KOOPERATION MIT DEM VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG



Besten Schutz für Ihre Gesundheit

Wer gut krankenversichert ist, kann sich auf
optimale medizinische Behandlung verlassen



DUALES MODELL: Deutschlands
Gesundheitswesen ermöglicht
eine gute Versorgung

GESUNDHEIT MIT SYSTEM

Im vergangenen Jahr wechselten 129 300 gesetzlich Versicherte in die private Krankenversicherung (PKV). Mit seinem dualen Modell hat Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Doch welche Versicherungsform ist für wen am besten geeignet? Die wichtigsten Antworten und Tipps.



Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Egal ob Privat- oder Kassenpatient: Alle profitieren von kurzen Wartezeiten, freier Arztwahl und gutem Zugang zum medizinischen Fortschritt. Außerdem steht den Bürgern ein flächendeckendes Netz von Kliniken und Ärzten zur Verfügung. „Unser zweigegliedertes Versicherungssystem führt eben gerade nicht zu einer ‚Zwei-Klassen-Medizin‘, sondern ist im Gegenteil unverzichtbar für die Qualität der Versorgung. Das duale System hält beide Teile auf Trab, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ebenso wie die PKV. Hier gilt wie sonst im Leben: Wettbewerb belebt das Geschäft – zugunsten aller Versicherten“, sagt Volker Leienbach, Direktor des Verbands der Privaten Krankenversicherung.

Was also leistet die PKV tatsächlich? Und sollte jeder, der sie nutzen kann, auch in die private Versicherung wechseln? Die wichtigsten Tipps und Antworten rund um die PKV:

FÜR WEN DIE PKV GEEIGNET IST

➔ KANN JEDER IN DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG WECHSELN?

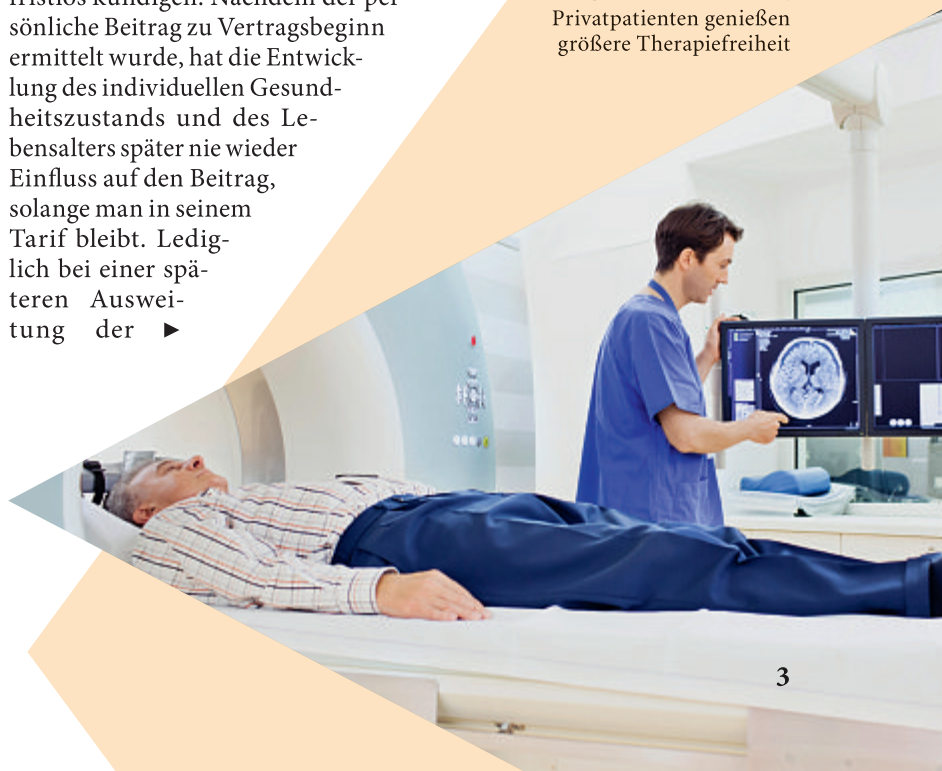
Nein, nicht jeder hat die volle Wahlfreiheit. Gesetzliche Vorschriften regeln den Zugang. In die private Krankenversicherung wechseln dürfen zum einen Beamte. Sie können den von der staatlichen Beihilfe nicht abgedeckten Teil der medizinischen Versorgung durch passende Tarife in der PKV versichern. Darüber hinaus haben Selbstständige die Wahl zwischen gesetzlicher und privater Krankenversiche-

rung sowie Arbeitnehmer, deren Bruttogehalt über der vom Gesetzgeber vorgegebenen Einkommensgrenze von derzeit 59 400 Euro pro Jahr liegt.

➔ IN DIE GKV KOMME ICH UNABHÄNGIG VON MEINEM GESUNDHEITZUSTAND. WIE IST DAS BEI DEN PRIVATEN?

Vor Eintritt in die PKV ist eine Risikoprüfung erforderlich. Der Gesundheitsfragebogen muss umfassend, vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden. Wer dabei mogelt, etwa eine Vorerkrankung verschweigt, kann später gravierende Nachteile haben. Die Versicherung kann den Vertrag dann sogar fristlos kündigen. Nachdem der persönliche Beitrag zu Vertragsbeginn ermittelt wurde, hat die Entwicklung des individuellen Gesundheitszustands und des Lebensalters später nie wieder Einfluss auf den Beitrag, solange man in seinem Tarif bleibt. Lediglich bei einer späteren Ausweitung der ➤

BILDGEBENDE VERFAHREN:
Privatpatienten genießen größere Therapiefreiheit



vereinbarten Leistungen oder bei einem Wechsel des Versicherers ist unter Umständen eine erneute Gesundheitsprüfung nötig.

WAS DIE PKV KOSTET

➔ WELCHE BEITRÄGE FALLEN IN DER PKV AN?

Anders als in der GKV, wo der Beitragssatz prozentual vom jeweiligen Einkommen abgezogen wird, ist der PKV-Beitrag unabhängig vom Gehalt des Versicherten. Er richtet sich nach dem individuell gewählten Leistungsumfang. Da sich also bei etwaigen Einkommenseinbußen der PKV-Beitrag nicht automatisch nach unten anpasst, sondern unverändert bleibt, eignet sich ein PKV-Schutz insbesondere für Menschen, die langfristig mit gesicherten Einkünften in ausreichender Höhe rechnen. So ist gewährleistet, dass sie sich den höherwertigen PKV-Schutz auch dauerhaft leisten können. Tipp: Wer einen Wechsel in die PKV in Erwägung zieht, sollte sich nicht allein an der Beitragshöhe orientieren. Die Entscheidung für eine PKV sollte in allererster Linie eine bewusste Entscheidung für eine möglichst umfassende medizinische Versorgung sein, also für einen besonders leistungsstarken Tarif. Denn privat Versicherte können den von ihnen gewünschten Leistungsumfang selbst wählen – vom kostengünstigen Grundsatz bis zur umfassenden Spitzenversorgung.

➔ SIND FAMILIENANGEHÖRIGE MITVERSICHERT?

Nein, in der PKV gibt es keine beitragsfreie Mitversicherung für Kinder und Ehepartner ohne eigenes

KRANKENTAGEGELD: TIPPS RUND UM DIESE WICHTIGE LEISTUNG

➔ Das sogenannte Krankentagegeld (nicht zu verwechseln mit dem Krankenhaus-Tagegeld) kann in der privaten Krankenversicherung bis zur Höhe des tatsächlichen Nettoeinkommens vereinbart werden. Die GKV begrenzt diese Leistungen auf maximal 90 Prozent des Nettoeinkommens. Es ersetzt die Verdienstaufälle durch Krankheit, ist also eine existenziell wichtige soziale Absicherung.

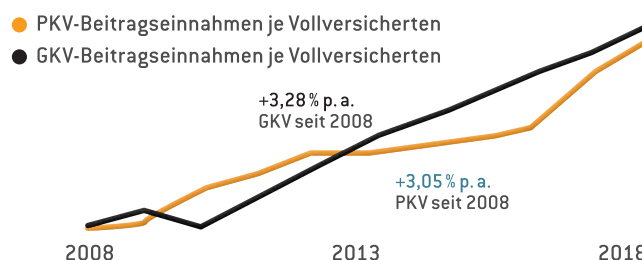
➔ **Tipp 1:** Bei Vertragsabschluss immer ein Krankentagegeld mitvereinbaren, um vor allem bei längeren Erkrankungen den Lohnausfall ersetzt zu bekommen. Auch bei sogenannten Baukastentariifen unbedingt darauf achten, dass das Tagegeld mit abgesichert ist.

➔ **Tipp 2:** Die Versicherung informieren, wenn das Einkommen gesunken ist. Dadurch lässt sich der Beitrag verringern. Im Leistungsfall, also bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, prüft der Versicherer ohnehin die Leistungspflicht anhand der Begrenzung auf das Nettoeinkommen. Es ist daher nicht sinnvoll, ein Krankentagegeld abzusichern, das deutlich oberhalb des Nettoeinkommens liegt – man zahlt nur unnötig zu viel Beitrag.

Einkommen. Jede Person muss ihren eigenen Beitrag zahlen. Die Prämien für Kinder sind aber deutlich niedriger als für Erwachsene, in der privaten Pflegepflichtversicherung sind sie außerdem beitragsfrei versichert. In der GKV wird die Beitragsfreiheit für Familienangehörige als soziale Leistung durch entsprechende Zuschüsse aus der Staatskasse finanziert – also von allen Steuerzahlern.

IM VERGLEICH: ENTWICKLUNG DER BEITRÄGE IN DER PKV UND DER GKV

➔ Die Beitragssteigerungen der GKV in den vergangenen zehn Jahren liegen leicht über denen in der PKV.



Quelle: Bundesgesundheitsministerium / Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), 2018 extrapoliert, inkl. erwarteter PKV-Beitragsanpassung 2018

➔ WIE IST DAS MIT DER PRÄMIENHÖHE? IST DIE UNABHÄNGIG VOM ALTER IMMER GLEICH HOCH?

Ein PKV-Schutz ist langfristig umso günstiger, je früher man den Vertrag beginnt. Wer sich in höherem Alter versichert, wird im Laufe seiner verbleibenden Versicherungszeit erfahrungsgemäß im Durchschnitt höhere Leistungen in Anspruch nehmen. Dafür werden die Alterungsrückstellungen angespart. Sie schützen ältere Versicherte vor überproportionalen Beitragserhöhungen. Je später sich ein Versicherter allerdings für die PKV entscheidet, umso kürzer wird der Ansparzeitraum. Daher fallen bei höherem Eintrittsalter auch die Beiträge höher aus.



GUT VERSORGT: Die PKV erstattet grundsätzlich alle medizinisch notwendigen Behandlungen

Im Verlauf des gesamten Lebens dürften sich die Versicherungskosten in GKV und PKV pro Kopf unter dem Strich weitgehend ausgleichen, da sie in der GKV mit dem in der Regel niedrigeren Alterseinkommen automatisch sinken, während sie in der PKV in absoluten Euro-Beträgen unverändert bleiben – und somit bei sinkenden Alterseinkünften einen relativ höheren Anteil des Einkommens beanspruchen. Als Vorsorge sollten Versicherte die im Vergleich zur GKV eingesparten Beiträge in eine Geldanlage investieren, die im Alter stark entlastet. Dazu ►

ben – und somit bei sinkenden Alterseinkünften einen relativ höheren Anteil des Einkommens beanspruchen. Als Vorsorge sollten Versicherte die im Vergleich zur GKV eingesparten Beiträge in eine Geldanlage investieren, die im Alter stark entlastet. Dazu ►

LEISTUNGSVORTEILE DER PKV: DIE MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT ZÄHLT

► **Grundsätzlich erstattet die PKV ohne Einschränkung alle medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen im vertraglich vereinbarten Rahmen.** Während die Leistungen der GKV stets ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, zählt in der PKV nur das Kriterium der medizinischen Notwendigkeit, nicht der Wirtschaftlichkeit. In der GKV dagegen sind Vergütungspauschalen und Arzneimittelbudgets vorgegeben, bei deren Überschreitung den Ärzten Regressforderungen drohen. Damit genießen Privatpatienten eine größere Therapiefreiheit. Anders als in der GKV dürfen sie beispielsweise frei von

Budgetgrenzen behandelt werden. Dadurch besteht für Ärzte bei Privatpatienten kein Druck, Behandlungen aus Budgetgründen in ein neues Abrechnungsquartal zu verschieben oder ein besonders geeignetes Medikament durch ein preisgünstigeres zu ersetzen. Allerdings leistet die PKV auch nichts, was der Vertrag ausschließt oder nicht vorsieht. Daher sollte man bei der Tarifauswahl nicht auf Leistungen verzichten, die man später im Leben eventuell noch benötigen könnte. Es gibt allerdings auch Leistungen in der GKV, die in einer PKV selten oder gar nicht enthalten sind, beispielsweise Kuren oder Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.

MODERNE MEDIZIN:
Privatpatienten
erhalten meist einen
schnelleren Zugang
zu Innovationen



bieten viele Versicherungen sogenannte Beitragsentlastungstarife an.

➔ MUSS ICH WIE IN DER GESETZLICHEN BEI ARZNEIMITTELN ZUZAHLEN?

Die PKV erstattet grundsätzlich alle zugelassenen Arzneimittel in Höhe der tatsächlichen Preise. Dagegen werden nicht rezeptpflichtige Medikamente von der GKV in der Regel nicht mehr bezahlt. Außerdem übernimmt die GKV bei rezeptpflichtigen Arzneien oft nur bestimmte Festbeträge. Heißt: Die Versicherten müssen zuzahlen – im Jahr 2017 insgesamt 2,1 Milliarden Euro. Die Zuzahlungen beispielsweise für Hilfsmittel eingerechnet, wären es sogar 3,97 Milliarden Euro. Zudem müssen Kassenspatienten oft Medikamente eines bestimmten Herstellers verwenden, weil ihre Kasse entsprechende Rabattverträge hat. Das ist bei privat Versicherten nicht der Fall. Allerdings: Auch in der PKV geben

vereinzelt Tarife einer Versorgung durch preiswertere Generika den Vorrang.

➔ LÄSST SICH DER PKV-BEITRAG VERRINGERN?

Beim Wechsel in die PKV liegen die Monatsbeiträge in der Kranken- und Pflegeversicherung in den ersten Jahren und Jahrzehnten oft deutlich unter den Beiträgen, die vergleichsweise in der GKV zu zahlen sind. Auch lässt sich der PKV-Beitrag durch den Verzicht auf bestimmte Leistungen senken. Wer zum Beispiel keinen Wert auf Unterbringung im Einbettzimmer legt, den Eigenanteil bei Zahnersatz erhöht oder die Heilpraktikerbehandlung ausschließt, kann den Beitrag reduzieren. PKV-Beiträge lassen sich zudem steuerlich absetzen: Der Gesetzgeber erkennt jenen Teil der Beiträge als steuermindernd an, der Leistungen auf dem Niveau der GKV entspricht. Das gilt auch für Beiträge von privat versicherten Familienmitgliedern. Beiträge zur Pflegepflichtversiche-



„Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Jeder hat Zugang zu medizinischer Versorgung auf hohem Niveau. Das sollten wir wertschätzen.“

Jens Spahn, Bundesgesundheitsminister, in der „BamS“ vom 18. März 2018

rung können sogar zu 100 Prozent von der Steuer abgesetzt werden. Insgesamt kann die Steuerlast so deutlich sinken – gerade für Familien um mehrere Tausend Euro im Jahr. Das jeweilige PKV-Unternehmen bescheinigt jedes Jahr, in welcher Höhe genau sich die Beiträge absetzen lassen.

Auch die Erhöhung des Selbstbehalts kann eine Alternative sein. Die Ausgaben im Rahmen des Selbstbehalts tragen Arbeitnehmer allein. Sie können sie – anders als den regulären PKV-Beitrag – nicht steuermindernd geltend machen. Achtung: Die Beitragsreduzierung durch den Selbstbehalt verringert bei Arbeitnehmern den Arbeitgeberanteil entsprechend. Solange also das Beitragsniveau die Höchstgrenze des Arbeitgeberzuschusses nicht ausschöpft, ist das abzuwägen.

Tarifwechsel: Jeder privat Versicherte hat einen Rechtsanspruch darauf, jederzeit in einen anderen Tarif seines PKV-Unternehmens zu wechseln – mit gleichartigem Versicherungsschutz oder mit reduzierten Leistungen. Versicherte ab 60 Jahren werden in jeder Beitragsinformation konkret auf günstigere Tarife hingewiesen. In jedem Fall werden bei einem unternehmensinternen Wechsel die ►

FALLSTRICKE: FOLGENREICHER WECHSEL ZURÜCK IN DIE GKV

► **Wer von der Privaten in die GKV zurückwechselt und dort am Ende weniger als 90 Prozent der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens verbracht hat, gilt mit Eintritt ins Rentenalter als freiwilliges Mitglied.** Das hat unter Umständen teure Folgen: Freiwillig GKV-Versicherte müssen nicht nur auf Einkünfte aus Renten und Betriebsrenten Krankenversicherungsbeiträge zahlen, sondern auch auf Kapitalerträge, Miet- und Pachteinnahmen, die private Altersvorsorge und sogar auf Einkünfte des Ehepartners – und zwar insgesamt bis zur Bemessungsgrenze von aktuell 4 425 Euro pro Monat. Beim heutigen Beitragssatz von 15,7 Prozent sind das 690 Euro allein für die Krankenversicherung, zuzüglich 113 bis 124 Euro für die Pflegeversicherung, zusammen also mehr als 810 Euro pro Monat. Nach jüngsten Urteilen müssen freiberufliche Ärzte oder Gastwirte beim Verkauf ihrer Praxis beziehungsweise Gaststätte sogar auf die Veräußerungsgewinne GKV-Beitrag zahlen (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Az.: L 11 KR 739/16). Bei privat Versicherten ist der Beitrag unabhängig vom Einkommen.



ARZT DES VERTRAUENS:
Viele privat Versicherte
legen auf die Chefarzt-
behandlung großen Wert

Alterungsrückstellungen vollständig in den neuen Vertrag mitgenommen. Wichtig: Zeit nehmen und das neue Angebot gründlich prüfen. Soweit der neue Tarif mit Mehrleistungen verbunden ist, wird für diese Vertragsausweitung gegebenenfalls eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

DIE LEISTUNGEN DER PKV

➔ IST ES EGAL, FÜR WELCHEN VERSICHERER ICH MICH ENTSCHEIDE?

Wer in die PKV wechseln möchte, sollte sich Zeit nehmen – mindestens so viel wie für die Auswahl eines Autos oder einer Einbauküche. Verbraucher sollten unbedingt verschiedene Angebote einholen und dabei die Vertragsbedingungen sowie den Leistungsumfang gründlich auswerten. Gegebenenfalls können sie dafür einen Berater zurate ziehen.

INTERVIEW



ZUR PERSON

Ulrich Silberbach ist
Bundesvorsitzender von
beamtenbund und
tarifunion (dbb)

»„SONDERWEG FÜR HAMBURGER BEAMTE BIRGT DRASTISCHE RISIKEN“

PREMIUS: Der Hamburger Senat bietet neuen Beamten der Hansestadt seit August 2018 eine „pauschale Beihilfe“, also eine Art Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung als Alternative zur bisherigen Kombination von Beihilfe im Krankheitsfall und einer ergänzenden privaten Krankenversicherung. Was halten Sie von diesem Modell?

ULRICH SILBERBACH: Wir sehen das sehr kritisch. Das ist ein Angriff auf das eigenständige, leistungsfähige und transparente Gesundheitssystem aus Beihilfe und ergänzender PKV. Aus meiner Sicht steckt dahinter vor allem der Versuch, die sogenannte Bürgerversicherung durch die Hintertür einzuführen.

PREMIUS: Warum lehnt der Beamtenbund eine Bürgerversicherung so kategorisch ab?

SILBERBACH: Wir sind strikt dagegen, Beihilfe, PKV und gesetzliche Krankenversicherung in einen Topf zu werfen. Das

besondere Pflicht- und Treueverhältnis der Beamten ist das Rückgrat für die Funktionsfähigkeit unseres Staatswesens. Dazu gehört untrennbar die Fürsorgepflicht und Alimentation des Staates für seine Beamten. Diese umfasst auch die Beihilfe – das sollten wir nicht auf dem Altar einer Einheitskasse opfern. So ein Einheitsmodell löst weder die finanziellen oder strukturellen Probleme der GKV, noch sorgt es für mehr Gerechtigkeit. Im Gegenteil, ohne die Konkurrenz und Quersubventionierung durch die PKV wären am Ende alle gesetzlich Versicherten schlechter versorgt als heute. Und diejenigen, die es sich leisten können, würden sich eine bessere ärztliche Versorgung auf dem Markt dazukaufen. Für mich ist nicht nachvollziehbar, was daran dann gerechter oder besser sein soll als bei unserer heutigen Gesundheitsversorgung, um die wir Deutschen weltweit beneidet werden.

PREMIUS: Von den politischen zu den praktischen Fragen: Was

➔ GIBT ES EINE ALTERSGRENZE FÜR EINEN WECHSEL ZURÜCK IN DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG?

Ja, ein Wechsel zurück in die GKV ist in der Regel nicht mehr möglich, wenn der Versicherte das 55. Lebensjahr vollendet hat. Der Schritt in die PKV ist also eine langfristige Entscheidung, bei den meisten Versicherten für das ganze Leben.

➔ PROFITIEREN PRIVATPATIENTEN WIRKLICH STÄRKER VON MEDIZINISCHEN INNOVATIONEN ALS KASSENPATIENTEN?

Durchaus. Privat Versicherte haben viel schnelleren Zugang zu medizinischen Innovationen. Das Leistungsversprechen der PKV umfasst grundsätzlich auch innovative Diagnose- und Therapieverfahren, die von der Fachwelt als sinnvoll anerkannt werden. Dagegen muss in der GKV jede Innovation zunächst

einen Genehmigungsprozess durchlaufen, bevor die Versicherten einen Anspruch darauf bekommen. Außerdem erstattet die PKV bei medizinischer Notwendigkeit grundsätzlich auch Behandlungen und Arzneimittel, die sich in der Praxis genauso erfolgreich bewährt haben wie die Schulmedizin.

Sehr wichtig: Privat Versicherte sollten darauf achten, dass ihr Tarif „offene“ Hilfsmittelleistungen vorsieht. Denn mit einem „geschlossenen“ Hilfsmittelkatalog, also einer fest definierten Liste von bei Bedarf erstatteten Hilfsmitteln, kann es passieren, dass in den Jahren nach Vertragsbeginn auf den Markt kommende neue Hilfsmittel von den Tarifleistungen nicht mehr erfasst werden. Solche Hilfsmittel sind unter Umständen Hightech-Geräte wie Hörhilfen oder Heimdialysegeräte, die vielfach Zigtausende Euro kosten können. ►

bedeutet der Hamburger Plan für die Beamten?

■ SILBERBACH: Wir kritisieren vor allem, dass die Beamten bei der Annahme dieses Hamburger Angebots unwiderruflich ihr Leben lang auf ihren Beihilfeanspruch verzichten müssen. Daraus können sich in der Praxis drastische Folgeprobleme ergeben. Wenn jemand später aus Hamburg in ein anderes Bundesland wechseln will, findet er dort nämlich keinen neuen Dienstherrn, der diesen Arbeitgeberzuschuss zur GKV anbietet. Die Betroffenen müssten dann den kompletten GKV-Beitrag alleine bezahlen, hätten also dauerhaft eine höhere Belastung. Ganz abgesehen von der Frage, ob das alles nicht verfassungswidrig ist.

■ PREMIUMS: Wieso verfassungswidrig?

■ SILBERBACH: Vor allem wegen der Bedingung, dass jeder, der die „pauschale Beihilfe“ in Hamburg annimmt, damit seinen Anspruch auf Beihilfe unwiderruflich aufgeben muss. Anders als der Hamburger Senat behauptet, schafft er also nicht mehr Wahlfreiheit, sondern weniger, weil die Beamten eine einmal getroffene Wahl – anders als heute – nie mehr korrigieren können. Es gibt bereits ein verfassungsrechtliches Gutachten, wonach der Dienstherr sich seiner verfassungsmäßigen Fürsorgepflicht nicht einfach dadurch entziehen kann, indem er die Beihilfe durch den Arbeitgeberzuschuss auf ein anderes System verlagert.

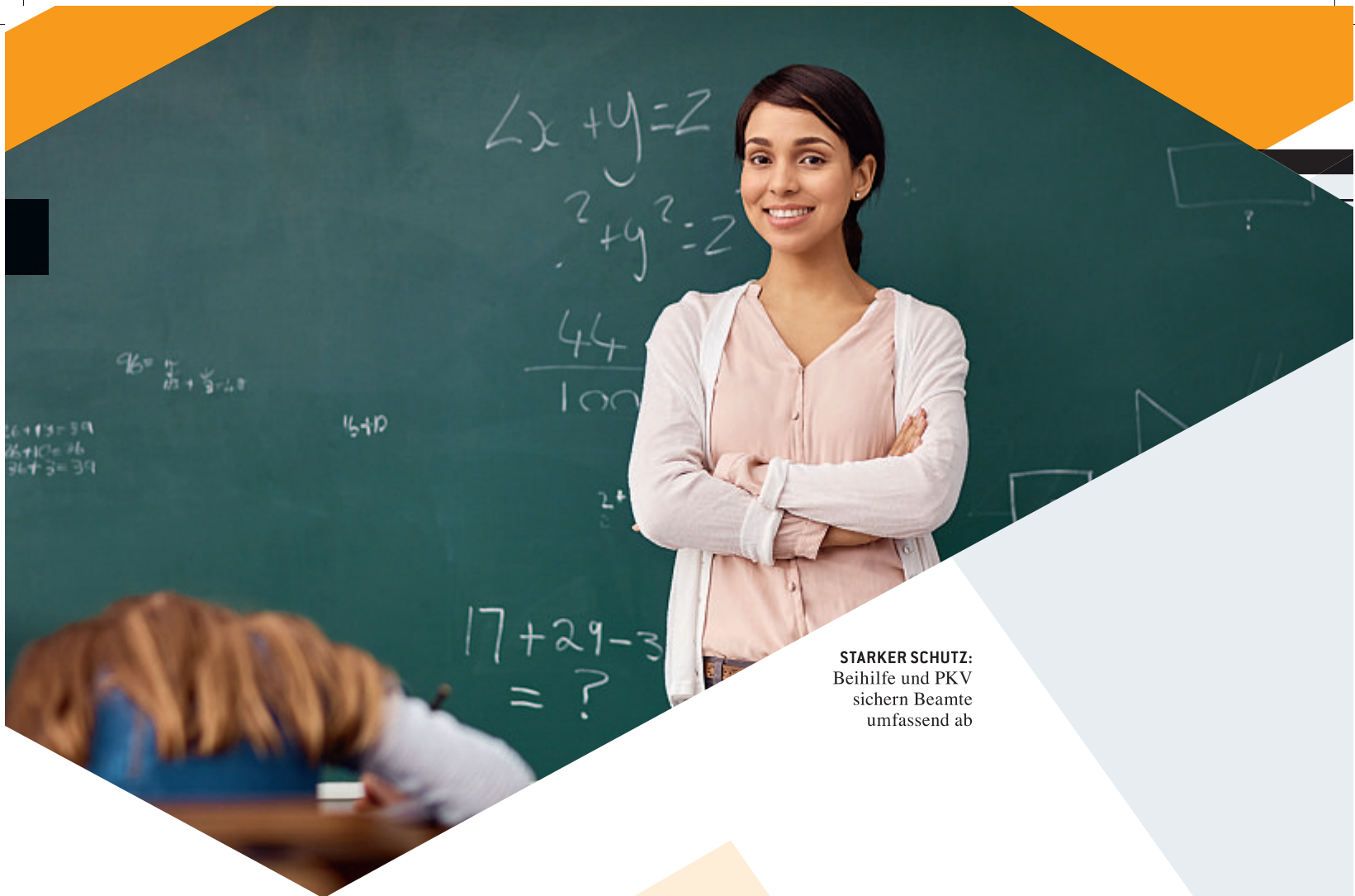
■ PREMIUMS: Was bedeutet die „pauschale Beihilfe“ denn für die

Staatskasse, also für die Steuerzahler?

■ SILBERBACH: Der Hamburger Senat geht von Mehrkosten von etwa 5,8 Millionen Euro pro Jahr aus – allein für die kleine Gruppe der heute rund 2400 freiwillig GKV-Versicherten unter den mehr als 40000 Hamburger Beamten. Weitere Kosten sind laut Gesetzentwurf „nicht prognostizierbar“. Das klingt nicht gut.

■ PREMIUMS: Die Bertelsmann Stiftung hat in einer Studie behauptet, eine Umsiedlung aller Beamten von der Beihilfe in die GKV würde bei Bund und Ländern bis 2030 rund 60 Milliarden Euro sparen.

■ SILBERBACH: Wie die Bertelsmann Stiftung sich diesen angeblichen Einspareffekt zusammengebastelt hat, das ist abenteuerlich. Diese Studie beruht auf wirklichkeitsfremden Unterstellungen. Als könnten die Dienstherrn quasi über Nacht allen Beamten die Beihilfe entziehen und sie ohne jede Kompensation auf GKV-Pflichtbeiträge umstellen. Zudem sind die Datengrundlagen absolut willkürlich gewählt, und beträchtliche Folgekosten wurden ausgeblendet, nur um eine große Zahl zu produzieren und damit eine Debatte auf Stammtischniveau anzuheizen. Die 60 Milliarden stimmen also hinten und vorne nicht. Und was Bertelsmann im Kleingedruckten versteckt hat: Durch die Abschaffung der Kombination von Beihilfe und PKV würden im selben Zeitraum der medizinischen Infrastruktur fast 100 Milliarden Euro Honorare verloren gehen. Die Zeche müssten dann alle Patienten in Deutschland zahlen.



STARKER SCHUTZ:
Beihilfe und PKV
sichern Beamte
umfassend ab

WAS BEAMTE WISSEN MÜSSEN

94 Prozent aller Beamten haben sich für die Kombination aus Beihilfe und privater Krankenversicherung entschieden. Hier erfahren Sie, wie diese Absicherung funktioniert und wie sie sich von der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet.

➔ WAS IST DIE BEIHILFE?

Beamte sind dem Staat zu besonderer Loyalität verpflichtet, im Gegenzug hat der Staat seinen Beamten gegenüber eine Fürsorgepflicht. Ein wesentlicher Teil dieser Fürsorge ist die sogenannte Beihilfe: Im Krankheitsfall oder bei Pflegebedürftigkeit beteiligt sich der Staat zu einem bestimmten Anteil an den entstehenden Kosten.

Die restlichen Kosten decken die meisten Beamten mit einer privaten Krankenversicherung (PKV) ab und verschaffen sich so eine umfassende Absicherung als Privatpatienten.

➔ WIE HOCH IST DIE BEIHILFE?

Beihilfeberechtigt sind Beamte auf Widerruf, Probe, Zeit oder Lebenszeit sowie Pensionäre. Auch die Familienangehörigen von Beamten erhalten Beihilfe, wenn sie eine bestimmte Einkommensgrenze – in der Regel 17 000 Euro im Jahr – nicht überschreiten. Geregelt sind die Beihilfezahlungen in der Beihilfeverordnung des Bundes (BBhV) und in den Ver-

ordnungen der Länder. In der Regel übernimmt der Staat bei Beamten im aktiven Dienstverhältnis 50 Prozent der Kosten, bei Beamten im Ruhestand oder mit mindestens zwei Kindern 70 Prozent.

Er beteiligt sich auch an den Kosten ihrer Angehörigen: bei Kindern von Beamten zu 80 Prozent und bei Ehegatten und Lebenspartnern zu 70 Prozent, wenn diese unter der Einkommensgrenze verdienen.

Die Restkosten müssen Beamte selbst absichern: Dazu vereinbaren sie einen Beihilfetarif bei einer privaten Krankenversicherung. Alternativ können sie als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleiben, dann entfallen jedoch grundsätzlich die Beihilfezahlungen.

➔ WIE FUNKTIONIERT DIE ABSICHERUNG IN DER PKV?

Die meisten PKV-Unternehmen bieten beihilfekonforme Tarife an: Wer zum Beispiel einen Beihilfeanspruch von 70 Prozent hat, braucht dann nur

noch die restlichen 30 Prozent abzuschließen – zu entsprechend geringen Beiträgen. Die Kinder sind in der privaten Pflegepflichtversicherung beitragsfrei mitversichert.

Übernimmt der Dienstherr für bestimmte Leistungen keine Kosten oder senkt er bestimmte Leistungen ab, gibt es die Möglichkeit, diese mit „Beihilfeergänzungstarifen“ weiter zu versichern.

Ändert sich die Höhe der Beihilfe oder fällt der Beihilfeanspruch im Laufe des Lebens weg, haben Beamte das Recht, ihren Versicherungsschutz jederzeit flexibel der neuen Situation anzupassen. Zum Beispiel erhöht sich mit der Pensionierung der Beihilfesatz – der Versicherungsschutz in der PKV kann dann angepasst werden, und der Beitrag sinkt. Damit reduzieren sich im Alter die Aufwendungen der Beamten.

➔ WIE IST DAS BEI VORERKRANKUNGEN?

Auch mit Vorerkrankungen oder einer Behinderung ist eine Versicherung in der PKV kein Problem: Beamtenanfänger haben im ersten halben Jahr nach ihrer Verbeamtung einen Anspruch darauf, in einem Beihilfetarif versichert zu werden. Das garantiert die sogenannte Öffnungsaktion der PKV. Ein Risikozuschlag, der in der PKV sonst bei Vorerkrankungen anfallen kann, wird dabei auf maximal 30 Prozent des Tarifbeitrags begrenzt. Auch Angehörige können von der Öffnungsaktion profitieren, sofern sie nicht in der GKV versicherungspflichtig sind (siehe www.beamte-in-der-pkv.de).

➔ WIE IST ES IN DER GKV?

Wer vor der Verbeamtung in der gesetzlichen Krankenversicherung war, kann dort weiter freiwilliges Mitglied bleiben. In diesem Fall zahlt der Dienstherr aber weder Beihilfe noch einen Beitragszuschuss zur GKV.

Freiwillig gesetzlich versicherte Beamte müssen also in der Regel ihren GKV-Beitrag selbst zahlen. Steigt die Besoldung im Laufe des Lebens, kann ihr Beitrag bis zum GKV-Höchstbeitrag ansteigen. Das sind derzeit (2018) 690 Euro im Monat. Dazu kommen 113 Euro für die Pflegeversicherung; bei Kinderlosen sind es 124 Euro, insgesamt also bis zu 814 Euro im Monat.

In der GKV können Beamte ihre Angehörigen, solange sie kein eigenes Einkommen haben, kostenfrei familienversichern.

➔ SONDERFALL HAMBURG

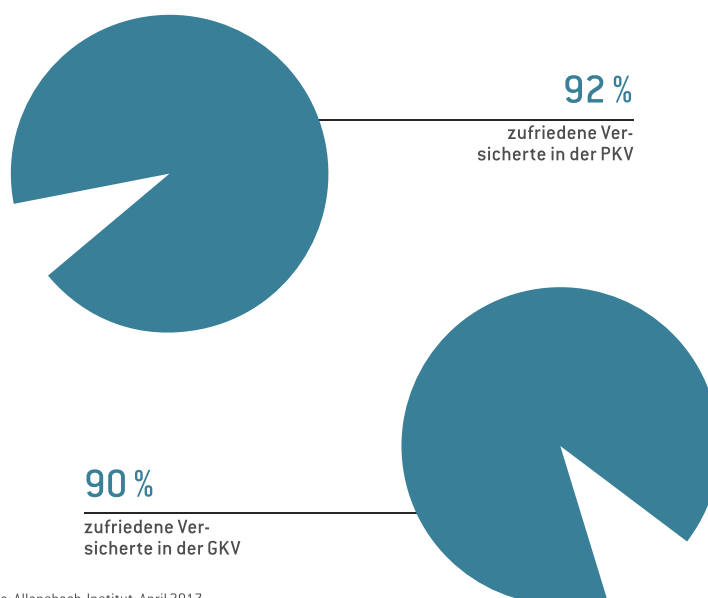
Die einzige Ausnahme bildet Hamburg, wo gesetzlich versicherte Beamte ab August 2018 einen pauschalen Zuschuss erhalten können.

Dafür müssen die Beamten lebenslang unwiderruflich auf ihren Beihilfe-Anspruch verzichten. Wenn sie dann später in ein anderes Bundesland wechseln wollen, fällt der Zuschuss allerdings weg, und sie müssten den kompletten GKV-Beitrag alleine zahlen – bis zum oben erwähnten Höchstbeitrag von 814 Euro im Monat. Der Zugang zur PKV im Rahmen der Öffnungsaktion ist dann in der Regel nicht mehr möglich.

Zudem haben die Beamten in der GKV lebenslang den Status von „freiwillig Versicherten“. Das bedeutet im Ruhestand eine Beitragspflicht auf alle privaten Einnahmen inklusive Kapitalerträge, Lebensversicherungen, Mieteinkünfte und gegebenenfalls sogar Einkünfte des Ehepartners – wiederum bis zum Höchstbeitrag von derzeit 814 Euro im Monat. ◀

HOHE ZUFRIEDENHEIT MIT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

➔ Die große Mehrheit der Bundesbürger ist mit der medizinischen Versorgung zufrieden. Die Zufriedenheitswerte von PKV-Versicherten liegen leicht über denen gesetzlich Versicherter.



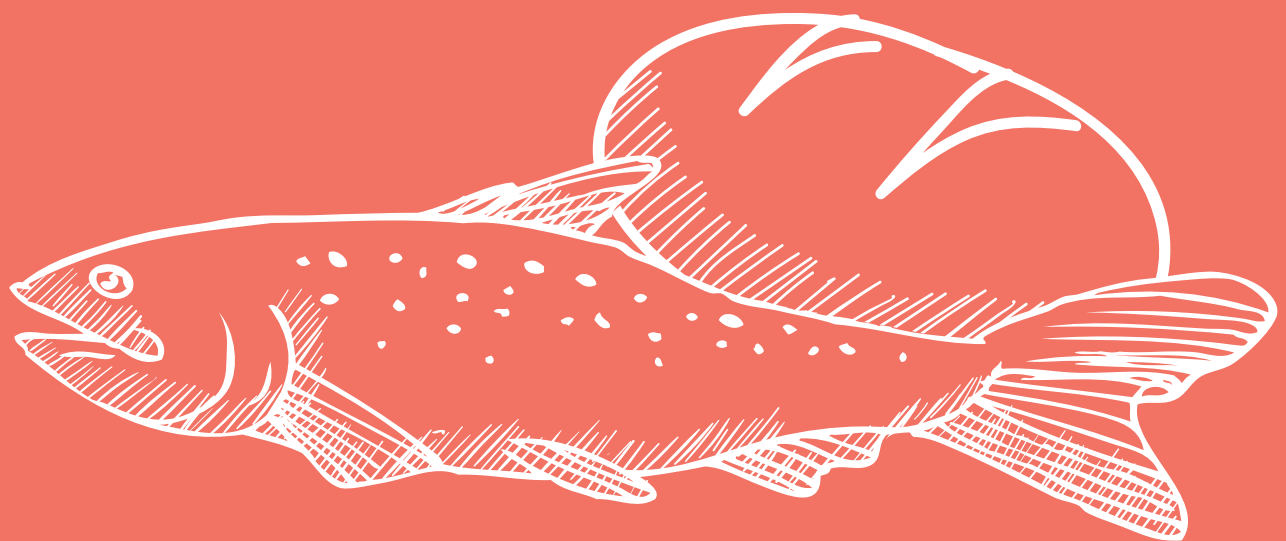
Quelle: Allensbach-Institut; April 2017

Fotos: Getty Images/E+/alvarez (S. 3), Getty Images/E+/gilaxia (S. 5), Getty Images/E+/Nomad (S. 8), Getty Images/E+/PeopleImages (S. 10), Getty Images/E+/Stígur Már Karlsson/Heimsmýndir (S. 2), Getty Images/Stock/andresr (Titel), Getty Images/Stock/jacoblund (S. 5), Getty Images/Stock/JumlongCh (S. 5), Getty Images/Stock/kate.sept2004 (S. 5), Getty Images/Stock/Pacharada17 (Titel, S. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11), Getty Images/Stock/Sergey Tinyakov (S. 5), Getty Images/Stock/thomasandreasthomasandreas (S. 6), Getty Images/Stock/Yestock (Titel), picture alliance/Ralf Hirschberger/dpa (S. 7), PR (S. 10)

94 Prozent der Beamten finden:

Die Kombination aus individueller Beihilfe und
Privater Krankenversicherung **passt perfekt** zusammen.

**Passt wie Fisch
zu Brötchen**



Passt das auch für Sie?

Finden Sie es heraus!



www.beamte-in-der-pkv.de