

N. Krankenversorgung

1	Krankenversicherung und Beihilfe für Tarifbeschäftigte	1
1.1	Rechtliche Grundlagen	1
1.2	Anzeige- und Nachweispflicht	4
1.3	Krankenbezüge	4
1.3.1	Entgeltfortzahlung nach § 22 TV-L (Gehaltsfortzahlung)	4
1.3.2	Entgeltfortzahlung nach § 13 TVÜ-L	5
1.3.3	Krankengeldzuschuss nach § 22 TV-L	5
1.3.4	Krankengeldzuschuss nach § 13 TVÜ-L(änder)	6
1.3.5	Berechnung und Dauer des Krankengeldes	6
1.4	Krankenversicherungspflicht	7
1.4.1	Rechtliche Grundlagen	7
1.4.2	Krankenversicherungspflicht der Tarifbeschäftigten	8
1.4.3	Erschwerte Rückkehr in der GKV ab 1. Juli 2000	9
1.5	Freiwillige Versicherung	10
1.5.1	Gesetzliche Grundlagen SGB V	10
1.5.2	Freiwillige Versicherung in der GKV oder PKV	10
1.6	Beihilfe für Tarifbeschäftigte	11
1.6.1	Beihilfe für Personen, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind	11
1.6.2	Personen, die in einer privaten Krankenversicherung versichert sind	12
1.7	Wahl der Krankenversicherung	12
1.8	Vertragsabschluss in der PKV	12
1.8.1	Wartezeit	12
1.8.2	Risikozuschlag und -Ausschluss	13
1.8.3	Änderungsrisiko	13
1.8.4	Versicherungsprämien bei Krankheit	13
2	Krankenversicherung und Beihilfe für Beamte	13
2.1	Beihilfe für Beamte	13
2.1.1	Inanspruchnahme der Beihilfe	14
2.2	Krankenversicherung der Beamten	15
2.2.1	Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse	15
2.2.2	Versicherung in der privaten Krankenkasse	15
2.3	Standardtarif der PKV für Beamte	16
2.3.1	Versicherungsumfang des Standardtarifs	16
2.3.2	Beitragshöhe im Standardtarif	17
2.3.3	Zielgruppen des beihilfekonformen Standardtarifes	17

1 Krankenversicherung und Beihilfe für Tarifbeschäftigte

Die Krankenversorgung von Beamten und Tarifbeschäftigte beruhen auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen. Während sich die Krankenversicherungsansprüche der Beamten aus dem Alimentationsrecht herleiten, gelten für die Tarifbeschäftigten die Regelungen des Sozialversicherungsrechts (i. e. L. SGB V).

1.1 Rechtliche Grundlagen

Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG)

§ 3 Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

(1) Wird ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, so hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen

der erneuten Arbeitsunfähigkeit den Anspruch nach Satz 1 für einen weiteren Zeitraum von höchstens sechs Wochen nicht, wenn

1. er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder
2. seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.

(2) Als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Absatzes 1 gilt auch eine Arbeitsverhinderung, die infolge einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft eintritt. Dasselbe gilt für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird, die schwangere Frau den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 entsteht nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer des Arbeitsverhältnisses.

§ 5 Anzeige- und Nachweispflichten

(4) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, muss die ärztliche Bescheinigung einen Vermerk des behandelnden Arztes darüber enthalten, dass der Krankenkasse unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird.

(5) Hält sich der Arbeitnehmer bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Ausland auf, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer und die Adresse am Aufenthaltsort in der schnellstmöglichen Art der Übermittlung mitzuteilen. Die durch die Mitteilung entstehenden Kosten hat der Arbeitgeber zu tragen. Darüber hinaus ist der Arbeitnehmer, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, verpflichtet, auch dieser die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als angezeigt, so ist der Arbeitnehmer verpflichtet, der gesetzlichen Krankenkasse die voraussichtliche Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen. Die gesetzlichen Krankenkassen können festlegen, dass der Arbeitnehmer Anzeige- und Mitteilungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 auch gegenüber einem ausländischen Sozialversicherungsträger erfüllen kann. Absatz 1 Satz 5 gilt nicht. Kehrt ein arbeitsunfähig erkrankter Arbeitnehmer in das Inland zurück, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber und der Krankenkasse seine Rückkehr unverzüglich anzuzeigen.

TV-L

§ 22 Entgelt im Krankheitsfall

(1) Werden Beschäftigte durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an der Arbeitsleistung verhindert, ohne dass sie ein Verschulden trifft, erhalten sie bis zur Dauer von sechs Wochen das Entgelt nach § 21. Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit sowie bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Sätze 1 und 2 gilt auch die Arbeitsverhinderung im Sinne des § 3 Abs. 2 und des § 9 Entgeltfortzahlungsgesetz.

Protokollnotiz zu § 22 Absatz 1 Satz 1:

Ein Verschulden liegt nur dann vor, wenn die Arbeitsunfähigkeit vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde.

(2) Nach Ablauf des Zeitraums gemäß Absatz 1 erhalten die Beschäftigten für die Zeit, für die ihnen Krankengeld oder entsprechende gesetzliche Leistungen gezahlt werden, einen Krankengeldzuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen den tatsächlichen Barleistungen des

Sozialleistungsträgers und dem Nettoentgelt. Nettoentgelt ist das um die gesetzlichen Abzüge verminderte Entgelt im Sinne des § 21; bei freiwillig Krankenversicherten ist dabei deren Gesamtkranken- und Pflegeversicherungsbeitrag abzüglich Arbeitgeberzuschuss zu berücksichtigen. Bei Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit sind, sind bei der Berechnung des Krankengeldzuschusses diejenigen Leistungen zu Grunde zu legen, die ihnen als Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenkasse zustünden.

(3) Der Krankengeldzuschuss wird bei einer Beschäftigungszeit (§ 34 Abs. 3)

- a) von mehr als einem Jahr längstens bis zum Ende der 13. Woche und
- b) von mehr als drei Jahren längstens bis zum Ende der 39. Woche

seit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit gezahlt. Maßgeblich für die Berechnung der Fristen nach Satz 1 ist die Beschäftigungszeit, die im Laufe der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit vollendet wird. Innerhalb eines Kalenderjahres kann das Entgelt im Krankheitsfall nach Absatz 1 und 2 insgesamt längstens bis zum Ende der in Absatz 3 Satz 1 genannten Fristen bezogen werden; bei jeder neuen Arbeitsunfähigkeit besteht jedoch mindestens der sich aus Absatz 1 ergebende Anspruch.

(4) Entgelt im Krankheitsfall wird nicht über das Ende des Arbeitsverhältnisses hinaus gezahlt; § 8 Entgeltfortzahlungsgesetz bleibt unberührt. Krankengeldzuschuss wird nicht über den Zeitpunkt hinaus gezahlt, von dem an Beschäftigte eine Rente oder eine vergleichbare Leistung auf Grund eigener Versicherung aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung oder aus einer sonstigen Versorgungseinrichtung erhalten, die nicht allein aus Mitteln der Beschäftigten finanziert ist. Überzahlter Krankengeldzuschuss und sonstige Überzahlungen gelten als Vorschuss auf die in demselben Zeitraum zustehenden Leistungen nach Satz 2; die Ansprüche der Beschäftigten gehen insofern auf den Arbeitgeber über. Der Arbeitgeber kann von der Rückforderung des Teils des überzahlten Beitrages, der nicht durch die für den Zeitraum der Überzahlung zustehenden Bezüge im Sinne des Satzes 2 ausgeglichen worden ist, absehen, es sei denn, die/der Beschäftigte hat dem Arbeitgeber die Zustellung des Rentenbescheides schuldhaft verspätet mitgeteilt.

TVÜ-Länder

§ 13 Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Für die Angestellten, die am 30. Juni 1994 in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben, das am 1. Juli 1994 zu demselben Arbeitgeber fortbestanden hat, gilt anstelle des § 37 für die Dauer dieses Arbeitsverhältnisses folgendes:

- (1) Bei Beschäftigten, für die bis zum 31. Oktober 2006 § 71 BAT gegolten hat und die nicht in der privaten Krankenversicherung versichert sind, wird abweichend von § 22 Abs. 2 TV-L für die Dauer des über den 31. Oktober hinaus ununterbrochen fortbestehenden Arbeitsverhältnisses der Krankengeldzuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen dem festgesetzten Nettokrallengeld oder der entsprechenden gesetzlichen Nettoleistung und dem Nettoentgelt (§ 22 Abs. 2 Satz 2 und 3 TV-L) gezahlt. Nettokrallengeld ist das um die Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung reduzierte Krankengeld. Bei Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit sind, werden bei der Berechnung des Krankengeldzuschusses diejenigen Leistungen zu Grunde gelegt, die ihnen als Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung zustünden.
- (2) Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 erhalten längstens bis zum Ende der 26. Woche seit dem Beginn ihrer über den 31. Oktober 2006 hinaus ununterbrochen fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Arbeitsverhinderung infolge einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation ihr Entgelt nach § 21 TV-L fortgezahlt. Tritt nach dem 1. November 2006 Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit ein, werden die Zeiten der Entgeltfortzahlung nach Satz 1 auf die Fristen gemäß § 22 TV-L angerechnet
- (3) Bei Beschäftigten, für die bis zum 31. Oktober 2006 § 71 BAT1) gegolten hat, und die in der privaten Krankenversicherung versichert sind, wird anstelle des Krankengeldzuschusses nach § 22 Abs. 2 und 3 TV-L für die Dauer des über den 31. Oktober 2006 hinaus ununterbrochen fortbestehenden Arbeitsverhältnisses das Entgelt nach §.21 TV-L bis zur Dauer von 26 Wochen

gezahlt. § 22 Abs. 4 TV-L findet auf die Entgeltfortzahlung nach Satz 1 entsprechende Anwendung. Die Sätze 1 und 2 gelten auf Antrag entsprechend für bisher unter § 71 BAT fallende Beschäftigte, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und am 19. Mai 2006 (Stichtag) einen Anspruch auf Krankengeld erst ab der 27. Woche der Arbeitsunfähigkeit hatten; der Antrag ist bis zum 31. Dezember 2006 zu stellen.

1) Der § 71 BAT war für die Beschäftigten anzuwenden, die am 30. Juni 1994 in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben, das am 1. Juli 1994 bei demselben Arbeitgeber fortbestanden hat und die Anwendung des § 37 BAT nicht beantragt haben.

1.2 Anzeige- und Nachweispflicht

Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 EntgFZG hat der Beschäftigte dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen. Diese Anzeige muss dem Arbeitgeber am **ersten Tag** der Arbeitsunfähigkeit zugegangen sein (vgl. Breier/Dassau/Kiefer/Thivessen, TV-L - Kommentar, RN 95). Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, ist spätestens am **folgenden allgemeinen Arbeitstag** der Dienststelle eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

Der Beschäftigte muss also die Arbeitsunfähigkeit unverzüglich anzeigen, braucht aber nach § 5 Abs. 1 Satz 2 EntgFG bei einer Arbeitsunfähigkeit, die nicht länger als drei Kalendertage dauert, keinen Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung zu bringen.

Wenn der Arbeitgeber den Eindruck hat, dass ein Beschäftigter die ersten drei Tage ausnutzt, ohne tatsächlich arbeitsunfähig zu sein, **kann der Arbeitgeber anordnen**, dass der Betreffende bereits am **ersten Tag** der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorzulegen hat (§ 5 Abs. 1 Satz 3 EntgFG).

1.3 Krankenbezüge

Der TV-L unterscheidet im Krankheitsfall zwei Arten von Leistungen des Arbeitgebers, die **Entgeltfortzahlung** im Krankheitsfall und den **Krankengeldzuschuss**.

1.3.1 Entgeltfortzahlung nach § 22 TV-L (Gehaltsfortzahlung)

Der Entgeltfortzahlungsanspruch für die ersten **sechs Wochen** einer Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus § 3 EntgFG. Im TV-L wird aber eine günstigere Regelung geschaffen als in § 3 Abs. 3 EntgFG, weil der TV-L keine vergleichbare Wartezeit vorsieht. Nach TV-L besteht der Anspruch auf Entgeltfortzahlung **ab Beginn der Beschäftigung**.

Die zeitlich begrenzte Entgeltfortzahlung ist für jeden Krankheitsfall **nur einmal** zu leisten. Tritt nach einer Erkrankung und wiedererlangter Arbeitsfähigkeit eine andere, auf anderen medizinischen Ursachen beruhende Erkrankung ein, besteht **erneut Anspruch** auf Entgeltfortzahlung für **sechs Wochen**. Eine neue Erkrankung kann sich z. B. auch dann ergeben, wenn die ärztliche Bescheinigung eine Arbeitsunfähigkeit wegen eines Unfalls bis zum Freitag attestierte und ab Montag eine andere medizinische Ursache zur Arbeitsunfähigkeit führt.

Die Frage, wann der Entgeltfortzahlungsanspruch bei einer **wiederholten Erkrankung** aufgrund desselben Grundleidens bzw. einer Fortsetzungserkrankung auflebt, ist schwieriger. Bei der Wiederholungserkrankung kann man davon ausgehen, dass die frühere Krankheit nicht ganz ausgeheilt war und nun mit gleichen Symptomen erneut ausbricht. Bei der Fortsetzungserkrankung muss die wiederholte Arbeitsunfähigkeit zwar auf demselben nicht behobenen Grundleiden beruhen, was sich aber in verschiedenen Krankheitserscheinungen zeigen kann.

Bei einer Fortsetzungs- oder Wiederholungserkrankung besteht der **Anspruch auf sechs Wochen Entgeltfortzahlung nur einmal**. Allerdings beginnt die Entgeltfortzahlung **von neuem**, wenn

- nach dem **Ende** der letzten Krankheitsperiode ein Zeitraum von **mindestens sechs Monaten** verstrichen ist (§ 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 EntgFG) oder
- **seit dem Beginn der ersten Krankheitsperiode eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist** (§ 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 EntgFG).

1.3.2 Entgeltfortzahlung nach § 13 TVÜ-L

Entgeltfortzahlung nach § 13 Abs. 3 Satz 1 TVÜ-Länder gibt es nur noch **für Beschäftigte, die bis zum 31.10.2006 unter den § 71 BAT fielen und am 31.10.2006 in einer privaten Krankenversicherung versichert waren.** (Der § 71 BAT war für die Beschäftigten anzuwenden, die am 30. Juni 1994 in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben, das am 1. Juli 1994 bei demselben Arbeitgeber fortbestanden hat und die die Anwendung des § 37 BAT nicht beantragt haben.). Diese Gruppe hat nach wie vor einen Entgeltfortzahlungsanspruch von **26 Wochen**.

Einen Anspruch auf 26 Wochen Entgeltfortzahlung konnten gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 TVÜ-Länder Beschäftigte **bis zum 31.12.2006 beantragen**, die

- am 31.10.2006 unter den § 71 BAT fielen (am 30. Juni 1994 bereits im Arbeitsverhältnis) **und**
- am 31.10.2006 freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren **und**
- deren Versicherungsvertrag am 19. Mai 2006 einen Anspruch auf Krankengeld erst ab der 27. Woche vorsah.

Allerdings stellt diese Übergangsregelung keine Besitzstandsregelung im vollen Umfang dar. Bisher reichte – auch bei derselben Erkrankung – eine Arbeitsaufnahme von vier Wochen aus, um einen erneuten Anspruch auf 26 Wochen Entgeltfortzahlung zu erhalten. Diese Regelung ist in den TVÜ-Länder nicht übernommen worden. Das MSB geht davon aus, dass für das Aufleben der 26-wöchigen Entgeltfortzahlung die Regelungen des EntgFG und des § 22 TV-L gelten (siehe vorherigen Punkt).

1.3.3 Krankengeldzuschuss nach § 22 TV-L

Der infolge einer Krankheit arbeitsunfähige Beschäftigte, der zu Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit eine **Beschäftigungszeit** von mehr als **einem Jahr** erreicht hat, erhält nach Ablauf der sechswöchigen Entgeltfortzahlungsfrist einen Krankengeldzuschuss. Der Krankengeldzuschuss setzt die Zahlung von **Krankengeld** einer gesetzlichen Krankenkasse oder entsprechende Leistungen voraus oder als Fiktion voraus. So erhalten auch Beschäftigte, die nicht in der GKV versichert sind und somit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, Krankengeldzuschuss. Bei ihnen sind nach § 22 Abs. 2 Satz 3 TV-L bei der Berechnung des Krankengeldzuschusses diejenigen Leistungen zugrunde zu legen, die ihnen zustünden, wenn sie als Pflichtversicherte in der GKV versichert wären.

Wer die Beschäftigungszeit von **einem Jahr** noch nicht erfüllt hat, erhält keinen Krankengeldzuschuss.

Bei einer Beschäftigungszeit von mehr als **einem und bis zu drei Jahren** wird der Krankengeldzuschuss bis zum **Ende der 13. Woche** und bei einer Beschäftigungszeit von **mehr als drei Jahren** bis zur **39. Woche** seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Während der Entgeltfortzahlung wird der Krankengeldzuschuss allerdings nicht gezahlt.

Auch der Anspruch auf Krankengeldzuschuss lebt wieder auf, wenn die Entgeltzahlungsfrist erneut beginnt. Bei einer **Wiederholungserkrankung** steht dem Beschäftigten der Krankengeldzuschuss allerdings nur einmal für bis zu **39 Wochen** zu. Das bereits weiter oben beschriebene Aufleben des Entgeltfortzahlungsanspruches ist auch hier zu beachten.

Der Krankengeldzuschuss ergibt sich i. d. R. aus der Differenz zwischen dem **Nettoentgelt** und dem **Bruttokrankengeld**, der sogenannten Barleistung der Krankenkasse.

1.3.4 Krankengeldzuschuss nach § 13 TVÜ-L(änder)

Grundsätzlich gilt das unter 1.3.3 Dargestellte auch für diesen Personenkreis, der bis zum 31.10.2006 unter § 71 BAT fiel (**am 30. Juni 1994 bereits im Arbeitsverhältnis**) und am 31.10.2006 nicht in der privaten Krankenversicherung versichert war. Allerdings wird die Höhe des Krankengeldzuschusses anders berechnet. Hier ergibt sich der Krankengeldzuschuss aus der Differenz zwischen **Nettoentgelt** und **Nettokrankengeld**. Das Nettokrankengeld ist hier das von der gesetzlichen Krankenkasse tatsächlich gezahlte Krankengeld. Vom Bruttokrankengeld werden dabei in der Regel die Arbeitnehmerbeiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung bereits abgezogen. Der Krankengeldzuschuss für diese Personengruppe ist höher als der für die unter § 22 TV-L fallende.

Beschäftigte, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen, erhalten gem. § 13 TVÜ-Länder einen Krankengeldzuschuss in der Höhe, wie er ihnen zustünde, wenn sie in der GKV pflichtversichert wären. Bei diesen tarifbeschäftigten Lehrkräften wird i. d. R. das gesetzliche **Netto-Höchstkrankengeld** vom Nettoentgelt abzuziehen sein.

Bei der Berechnung des Nettoentgelts sind nur die gesetzlichen Abzüge zu berücksichtigen. Bei den in der **privaten Krankenversicherung** versicherten Beschäftigten vermindern die Beiträge zur Krankenversicherung das Nettoentgelt nicht. Bei **freiwillig in der GKV** Versicherten ist dagegen bei der Berechnung des Nettoentgelts der Gesamtbeitrag zur Krankenversicherung abzüglich des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 SGB V zu berücksichtigen. Diese unterschiedliche Behandlung ist von den Tarifvertragsparteien im § 22 TV-L aufgenommen, weil freiwillig in der GKV Versicherte während der Arbeitsunfähigkeit beitragsfrei versichert sind, während privat Versicherte weiterhin Beiträge entrichten müssen.

1.3.5 Berechnung und Dauer des Krankengeldes

Die Berechnung des Krankengeldes ist in § 47 SGB V festgelegt. Das Krankengeld beträgt **70 % des kalendertäglichen Regelentgelts**. Bei tarifbeschäftigten Lehrkräften wird i. d. R. das **Monatsentgelt (ohne Sonder- und Einmalzahlungen) durch 30** geteilt. Das so ermittelte Regelentgelt wird um den **360. Teil** der vor der Krankheit geleisteten **Einmalzahlungen** erhöht.

Das Krankengeld darf aber **nicht mehr als 90 %** des aus dem Regelentgelt ermittelten Nettoarbeitsentgelts betragen. Das Krankengeld darf außerdem **nicht höher** sein als das laufende kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt. Die Höchstgrenze für das Regelarbeitsentgelt ist die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze (= Beitragsbemessungsgrenze / 30). Das maximale Krankengeld pro Tag entspricht 70 % des Regelarbeitsentgelts.

Das so ermittelte Krankengeld ist das **Bruttokrankengeld**. Zieht man von diesem noch die Arbeitnehmeranteile zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung ab, erhält man das **Nettokrankengeld**

§ 48 SGB V begrenzt die Dauer der Krankengeldzahlung auf **78 Wochen** mit einigen Bedingungen, die aus dem folgenden Gesetzestext zu entnehmen sind.

§ 48 SGB V Dauer des Krankengeldes

(1) Versicherte erhalten [Krankengeld](#) ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der

Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

1.4 Krankenversicherungspflicht

1.4.1 Rechtliche Grundlagen

Auszüge aus dem SGB V

SGB V

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, ...

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt ...
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, ...

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. 2 Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. 3 Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. 4 Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7,
 - 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,
2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die

Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,

- 2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer einer Freistellung oder die Dauer der Familienpflegezeit,
3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt, sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde; Voraussetzung ist ferner, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes werden angerechnet,
4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8). ...

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

1.4.2 Krankenversicherungspflicht der Tarifbeschäftigten

Unter die Krankenversicherungspflicht (§ 5 SGB V) fallen diejenigen Tarifbeschäftigten, deren durchschnittliches Bruttogehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V) des laufenden Jahres nicht übersteigt. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Bruttogehaltes werden auch je ein Zwölftes der Weihnachtsszuwendungen und des Urlaubsgeldes und evtl. Zuschläge berücksichtigt.

Versicherungsfrei sind Tarifbeschäftigte, deren regelmäßiges Jahreseinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet (§ 6 Abs. 6 oder § 7 SGB V). Unter bestimmten Voraussetzungen besteht die Möglichkeit, sich von der Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse befreien zu lassen (siehe § 8 SGB V).

Grundsatz: Wer sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) einmal auf Antrag hat befreien lassen, der kommt nicht mehr in diese Versicherung zurück, solange der die Befreiung veranlassende Sachverhalt andauert (oder wieder eintritt).

Anders ist das, wenn:

- man aus anderen Gründen aus der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet, z. B. weil das regelmäßige Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB) übersteigt
- oder weil eine versicherungsfreie Tätigkeit als Beamter oder als Planstelleninhaber/in an einer Ersatzschule aufgenommen wird (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 bzw. § 5 SGB V)

Eine Rückkehr in die Pflichtversicherung bzw. freiwillige Weiterversicherung in der GKV ist z. B. möglich bei:

- Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unterhalb der Jahresbeitragsentgeltgrenze (z. B. bei Teilzeitbeschäftigung) mindestens 12 Monate.
- Aufgabe eigener Berufstätigkeit und Eintritt der Familienversicherung über den in der GKV versicherten Ehegatten. Wird diese Person nach einiger Zeit wieder berufstätig, kann sie sich wegen Wegfalls der Familienversicherung freiwillig in der GKV versichern (§ 9 Abs.1 Nr. 2 SGB V).
- Rentner, die in der PKV versichert sind, üben eine in der GKV versicherungspflichtige Tätigkeit aus. Eine freiwillige Weiterversicherung in der GKV ist erst nach mindestens zwölfmonatiger Versicherungspflicht möglich (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Voraussetzung ist hierbei, dass kein Befreiungsantrag nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, 3 oder 4 gestellt wurde.
- Wird ein Arbeitnehmer 12 Monate vor Bezug der Rente arbeitslos und bezieht er Arbeitslosengeld, ist er pflichtversichert.

1.4.3 Erschwerte Rückkehr in der GKV ab 1. Juli 2000

In § 6 Abs. 3a SGB V wird der Ausschluss von der Versicherungspflicht definiert.

SGB V

§ 6 Versicherungsfreiheit

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. 2 Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. 3 Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. 4 Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

Der in § 6 Abs. 3a SGB V geregelte Ausschluss von der Versicherungspflicht, also die Versicherungsfreiheit, verhindert sowohl den erstmaligen Zugang in die gesetzliche Krankenversicherung als auch die Rückkehr in diese ohne ausreichende Vorversicherungszeiten.

Die Versicherungsfreiheit für Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, tritt kraft Gesetzes ein, wenn in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Versicherungspflicht zu keinem Zeitpunkt ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) bestand.

Zeiten der „Nichtversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb des Fünfjahreszeitraumes führen allerdings nicht generell zur Versicherungsfreiheit (zum Ausschluss von der Versicherungspflicht) nach § 6 Abs. 3a SGB V bei Begründung eines Versicherungspflichttatbestandes.

Weitere Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit ist, dass diese Personen in dem Fünfjahreszeitraum mindestens die Hälfte dieser Zeit

- versicherungsfrei,
- von der Versicherungspflicht befreit oder
- wegen § 5 Abs. 5 SGB V (= hauptberufliche Selbstständigkeit) nicht versicherungspflichtig waren.

Der Versicherungsfreiheit, der Befreiung von der Versicherungspflicht, steht dabei die Ehe mit einer Person, die diese Voraussetzungen erfüllt, gleich. Hieraus folgt, dass z. B. auch Ehegatten von Beamten, hauptberuflich Selbstständige und sonstige versicherungsfreie Arbeitnehmer durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung nach dem 55. Lebensjahr in der Regel nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig werden.

Wer von der Versicherungspflicht befreit und privat krankenversichert ist, aber erneut versicherungspflichtig wird, kann den privaten Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht kündigen (§ 5 Abs. 9 SGB V).

1.5 Freiwillige Versicherung

1.5.1 Gesetzliche Grundlagen SGB V

SGB V

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 ... werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. gestrichen durch G vom 26.03.2007
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von 3 Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 151 SGB IX,
5. im Falle des Absatzes 1 Nummer 5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation.

...

1.5.2 Freiwillige Versicherung in der GKV oder PKV

Ist der Tarifbeschäftigte bei einer gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert oder entsprechen die Leistungen seiner privaten Krankenversicherung in etwa derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann er einen Zuschuss des Arbeitgebers zu seinem Krankenversicherungsbeitrag beantragen, wenn er in den letzten 12 Monaten pflichtversichert war.

Wer freiwillig in der GKV versichert ist, muss den Zuschuss des Arbeitgebers beantragen, weil Tarifbeschäftigte ab 1. April 1999 nur noch in wenigen Fällen einen geringen Beihilfeanspruch haben.

Der Zuschuss kann bis zur Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags betragen, jedoch nicht mehr als die Hälfte des Pflichtversicherungsbeitrages, den die jeweils zuständige AOK erhebt. Verändert sich einer dieser Beitragssätze, muss der Tarifbeschäftigte unverzüglich den Arbeitgeber informieren.

Zur freiwilligen Versicherung als Rentner in der GKV oder PKV siehe Kapitel „Überblick Renten“.

1.6 Beihilfe für Tarifbeschäftigte

Für Lehrkräfte, die nach dem 1. Januar 1999 einen Angestelltenvertrag erhalten haben, bestehen keine Beihilfeansprüche mehr.

Die Beihilfeverordnung für angestellte Lehrkräfte (BVOAng) gilt nur noch für Beschäftigte, die vor dem 1. Januar 1999 eingestellt wurden.

Pflichtversicherte, d. h. diejenigen Angestellten, die unter der Beitragsbemessungsgrenze liegen, sind ausschließlich auf die ihnen „dem Grunde nach“ zustehenden Sachleistungen der Krankenversicherung angewiesen. Damit entfällt der bisherige Beihilfeanspruch bei Wahlleistungen aus Anlass stationärer Behandlung, für privatärztliche Behandlung und für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern sowie für Brillen, Mehrkosten für Zahnfüllungen, implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktionen sowie funktionsanalytische und therapeutische Maßnahmen.

In der BVOAng wird für Angestellte, die vor dem 1. Januar 1999 einen Angestelltenvertrag erhalten haben, danach unterschieden, ob jemand in der gesetzlichen oder in einer privaten Krankenkasse versichert ist.

Beihilfe Probleme sollten im direkt mit der Beihilfestelle geklärt werden, wobei die Schwerbehindertenvertretung behilflich sein wird.

1.6.1 Beihilfe für Personen, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind

Pflichtversicherte und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Tarifbeschäftigte, denen ein Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach zusteht oder die beitragsfrei versichert sind, sowie ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind ausschließlich auf die ihnen aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Unfallversicherung „dem Grunde nach“ zustehenden Leistungen angewiesen.

Durch den Verzicht auf den Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung wird kein beihilfeähnlicher Anspruch erworben.

Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass sie die Sachleistungen der GKV nicht in Anspruch nehmen oder sich stattdessen eine Barleistung gewähren lassen, sind nicht beihilfefähig.

Besteht ein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses gegen die Krankenversicherung oder die Unfallversicherung, sind die Aufwendungen mit Ausnahme derjenigen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene

- **Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,**
- **der Mehrkosten für Zahnfüllungen,**
- **Verblendungen bei Zähnen,**
- **implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion sowie**
- **funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.**

beihilfefähig; die beihilfefähigen Aufwendungen werden um den „dem Grunde nach“ zustehenden Zuschuss gekürzt. Insbesondere kann eine Beihilfe zu folgenden Aufwendungen gezahlt werden:

- **Zuschuss zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung,**
- **Zahnersatz ohne Verblendungen unter Beachtung der Honorarbindung nach § 87 a SGB V.**

Bei freiwillig Versicherten sind seit dem 1. Jan. 2000 Aufwendungen nicht beihilfefähig, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags (z. B. bei Hilfsmitteln) nach dem SGB V übernimmt.

1.6.2 Personen, die in einer privaten Krankenversicherung versichert sind

Bei privat versicherten Tarifbeschäftigten, die einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag erhalten oder deren Beitrag übernommen wird, sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen; dies gilt nicht für Aufwendungen, die in einer Zeit entstanden sind, in der der Arbeitgeber sich nicht an den Beiträgen zur Krankenversicherung beteiligt hat.

Da jedem Tarifbeschäftigten „**dem Grunde nach**“ ein Arbeitgeberzuschuss gem. § 257 SGB V zusteht, sind die Aufwendungen künftig nur insoweit beihilfefähig, als sie über die ihm zustehenden Leistungen der privaten Krankenversicherung hinausgehen.

1.7 Wahl der Krankenversicherung

Wer bietet den besten Krankenschutz? Diese einfache Frage lässt sich leider nicht einfach beantworten. Viele einzelne Entscheidungsparameter sind dabei zu berücksichtigen. In keinem anderen Bereich der Versicherungswirtschaft ist ein Preis- und Leistungsvergleich so schwer wie bei den privaten und gesetzlichen Krankenkassen. In keiner anderen Sparte herrscht ein solcher Wirrwarr an Versicherungsbedingungen.

Bevor es allerdings auf die Suche nach der richtigen privaten Krankenversicherung geht, sollte grundsätzlich überlegt werden, ob ein Wechsel von der Gesetzlichen zur Privaten überhaupt ratsam ist. Wer bei einer privaten Krankenversicherung abschließt, lässt sich meist auf eine lebenslange Zwangsehe ein, die unter Umständen nicht oder nur mit erheblichen finanziellen Verlusten gelöst werden kann. **Das kann nicht zuletzt im Alter erheblich ins Geld gehen.**

1.8 Vertragsabschluss in der PKV

Für die Angebote der privaten Versicherungswirtschaft gilt der Grundsatz der Vertragsautonomie. Jeder Kunde muss sich vor Vertragsabschluss möglichst umfassende Kenntnis über die Tragweite seines Tuns, seiner Rechte und seiner Pflichten verschaffen. Darüber hinaus sollte er einige Besonderheiten des PKV-Systems kennen.

1.8.1 Wartezeit

Grundsätzlich gibt es in der privaten Krankenvollversicherung eine Wartezeit von drei Monaten. Während dieser Zeit müssen zwar Beiträge gezahlt werden, es werden jedoch, bis auf Ausnahmen wie nach einem Unfall, keine Leistungen gewährt. Es sei denn, ein sogenannter Wartezeitverzicht wird vereinbart.

Der gilt:

- **bei Übertritt von der GKV zur PKV grundsätzlich,**
- **bei Wechsel innerhalb der PKV dann, wenn das Unternehmen dies in seinen allgemeinen Geschäftsbedingungen vorgesehen hat,**
- **wenn der Versicherte im Einzelfall darauf verzichtet hat (beispielsweise nach einer Arztuntersuchung).**

1.8.2 Risikozuschlag und -Ausschluss

Wer schon mehrere schwere Krankheiten hatte, muss mehr Prämie zahlen. Wie hoch der Zuschlag ausfällt, ist nicht nur von der Krankheit, sondern auch vom jeweiligen Versicherer abhängig. Bei schweren Krankheiten kann es passieren, dass der Versicherer eine Leistung sogar ganz ausschließt. Wer das Risiko nicht eingehen will, sollte bei mehreren Versicherern Probeanträge stellen.

Wer bei Vertragsabschluss Krankheiten verschweigt, muss damit rechnen, dass der Versicherer im Ernstfall nicht zahlt.

1.8.3 Änderungsrisiko

Vor allem bei Verdienstaufschlag muss der Versicherte darauf achten, den Versicherungsschutz permanent den persönlichen Einkommensverhältnissen anzupassen.

1.8.4 Versicherungsprämien bei Krankheit

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Zeit, in der von der GKV Krankengeld bezogen wird, keine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. In der PKV ist das grundsätzlich anders. **Die PKV verlangt monatlich ihre Beiträge, egal ob eine Krankheit vorliegt und unabhängig davon, ob die kranke Person Einkommen oder Ersatzeinkommen bezieht.** Diese Ausgaben für den Versicherungsbeitrag der PKV sollte man bei der Wahl des Krankentagegeldtarifs berücksichtigen.

2 Krankenversicherung und Beihilfe für Beamte

2.1 Beihilfe für Beamte

Beihilfeberechtigt sind nach § 1 der Beihilfeverordnung (BVO)

LBG NRW

§ 75 Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf Besoldung,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, versorgungsberechtigte Witwen oder Witwer und ihre versorgungsberechtigten Kinder sowie hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner,
3. frühere Beamtinnen und Beamte mit Anspruch auf einen Unterhaltsbeitrag oder Übergangsgeld nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz und
4. frühere Beamtinnen und Beamte auf Zeit während des Anspruchs von Übergangsgeld nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz.

...

(7) Beihilfen werden als Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) oder als Pauschalen (Zuschuss) gezahlt. Der Bemessungssatz beträgt für Beihilfeberechtigte mindestens 50 Prozent, für Ehegattinnen und Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger höchstens 70 Prozent, für berücksichtigungsfähige Kinder und eigenständig beihilfeberechtigte Waisen höchstens 80 Prozent. Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die oder den Beihilfeberechtigten 70 Prozent, bei mehreren Beihilfeberechtigten jedoch nur bei einer oder einem von ihnen. In besonderen Härtefällen kann eine Erhöhung des Bemessungssatzes vorgesehen werden; dies gilt nicht, wenn die oder der Beihilfeberechtigte für sich und ihre oder seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle keinen ausreichenden Versicherungsschutz nachweisen kann.

(8) Das Finanzministerium regelt das Nähere durch Rechtsverordnung. ...

Die Beihilfe ersetzt in der Regel nicht alle entstandenen Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines Sanatoriumaufenthaltes. Es wird nur ein bestimmter Prozentsatz (= Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen (siehe § 75 Abs. 7 LBG und § 12 BVO) erstattet.

Beihilfe für Ledige				
Person	Ohne Kinder	ein Kind	zwei Kinder	> 2 Kinder
Beihilfeberechtigter	50 %	50 %	70 %	70 %
Kinder		80 %	80 %	80 %

Beihilfe für Verheiratete				
Person	Ohne Kinder	ein Kind	zwei Kinder	> 2 Kinder
Beihilfeberechtigter	50 %	50 %	70 %	70 %
Ehegatte selbst beihilfeberechtigt	50 %	50 %	50 %	50 %
Ehegatte nicht selbst beihilfeber.	70 %	70 %	70 %	70 %
Kinder		80 %	80 %	80 %

Beihilfe für Geschiedene oder Verwitwete				
Person	Ohne Kinder	ein Kind	zwei Kinder	> 2 Kinder
Beihilfeberechtigter	50 %	50 %	70 %	70 %
Kinder		80 %	80 %	80 %

Beihilfe für Versorgungsempfänger				
Person	Ohne Kinder	ein Kind	zwei Kinder	> 2 Kinder
Beihilfeberechtigter (ledig/verheirat.)	70 %	70 %	70 %	70 %
Ehegatte	70 %	70 %	70 %	70 %
Kinder		80 %	80 %	80 %

Der Bemessungssatz kann sich bis auf 90 % erhöhen, wenn trotz rechtzeitiger und ausreichender Versicherung bestimmte Krankheiten und Leistungen durch eine Versicherung ausgeschlossen oder die Leistungen der Versicherung auf Dauer eingestellt worden sind (§ 12 Absatz 43 BVO).

2.1.1 Inanspruchnahme der Beihilfe

Der beihilfeberechtigte Beamte geht anders als der freiwillig in der GKV versicherte mit seinem behandelnden Arzt ein privat-schuldrechtliches Verhältnis ein. D. h., der Arzt rechnet direkt mit dem Beamten ab. Der Beamte tritt in Vorleistung. Die Beihilfe und die PKV zahlen erst nach Beantragung an den Beamten. Erkennen Beihilfe und PKV z. B. die Arztkosten nicht als beihilfefähig oder erstattungsfähig an, muss der Beamte die Kosten häufig selbst tragen.

Seit April 2018 gibt es eine Beihilfe-App, die das Abrechnen mit der Beihilfe schneller und leichter machen soll.

Informationen dazu finden sich im Internet unter:

<https://www.finanzverwaltung.nrw.de/de/pressemitteilung/start-der-beihilfe-nrw-app>.

Sind die Beihilfeempfänger mit dem Beihilfebescheid nicht einverstanden, sollten sie zunächst um nochmalige Prüfung ihres Bescheides bei der zuständigen Festsetzungsstelle bitten. Gegen den Bescheid der Beihilfestelle kann bzw. sollte der Beamte Widerspruch einlegen. Wenn die Notwendigkeit von ärztlichen Maßnahmen oder deren Berechnungssatz umstritten sind, kann gem. § 3 Abs. 2 BVO der Amtsarzt eingeschaltet werden, der dann zu dieser Frage gutachterlich Stellung nehmen soll.

2.2 Krankenversicherung der Beamten

Aus der Höhe der Bemessungssätze ergibt sich die Notwendigkeit sich zu versichern. Da der Beamte sich nur für den Teil der Krankheitskosten versichern muss, der nicht durch den persönlichen Bemessungssatz abgedeckt ist, kommt für ihn eine sogenannte Quotenversicherung in Frage. Diese Quotenversicherungen bieten bisher nur die privaten Krankenversicherer an.

2.2.1 Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse

Grundsätzlich kann sich der Beamte auch in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen. Er schließt dann eine Vollversicherung ab, d. h. die Krankenversicherung übernimmt i. d. R. 100 % der Kosten. Die Einstufung erfolgt dort nach seinem Einkommen. Nimmt er Sachleistungen der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch, so kann keine Beihilfe gewährt werden. Das trifft i. d. R. ebenfalls auf Geldleistungen zu. Falls die Kasse keine Geld- oder Sachleistungen erbringt, werden für die gesamten Aufwendungen Beihilfe zum Bemessungssatz gewährt.

Beihilfefähig sind z. B.:

- **die Kosten einer privaten Konsultation eines Arztes, wenn die Kasse hierzu keine Leistung erbringt,**
- **die Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen,**
- **die Abrechnung eines Heilpraktikers,**
- **die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen,**
- **die Kosten für Brillen (Hier sind die Änderungen der BVO zu beachten.).**

2.2.2 Versicherung in der privaten Krankenkasse

Da die Vollversicherung in vielen Fällen auch für schwerbehinderte Lehrkräfte teurer ist als die Quotenversicherung in der privaten Krankenkasse, kann es ratsam sein, sich in der PKV zu versichern. Für schwerbehinderte Lehrkräfte stellten in der Vergangenheit Risikozuschläge oder Risikoausschlüsse häufig eine unüberwindbare Hürde dar.

Beamtenanfänger und Beamte auf Widerruf (z.B. Lehramtsanwärter/innen) sowie ihre Familienangehörigen können zu erleichterten Bedingungen aufgenommen werden, d. h.

- **kein Antragsteller wird aus Risikogründen abgelehnt,**
- **Leistungsausschlüsse werden nicht vorgenommen,**
- **Risikozuschläge sind auf maximal 30 % des tariflichen Beitrags begrenzt.**

Diese erleichterten Bedingungen gelten aber nur innerhalb einer bestimmten Frist nach der Begründung des Beamtenverhältnisses:

- **für Beamtenanfänger und Beamte auf Widerruf (z.B. Lehramtsanwärter/innen), die noch keine beihilfekonforme Krankheitskosten-Vollversicherung in der PKV haben, das heißt bisher**
 - **freiwillig in der GKV oder**
 - **überhaupt nicht oder**
 - **in der PKV nur mit einer Krankheitskosten-Teilversicherung, z.B. für stationäre Behandlung oder einer Krankenhaustagegeldversicherung oder nach nicht beihilfekonformen Tarifen versichert sind.**

Die hier aufgeführten erleichterten Bedingungen gelten nur bei den Privaten Krankenkassen, die sich diesen erleichterten Bedingungen angeschlossen haben. Näheres kann man auf den Seiten des Verbandes der PKV finden:

(www.pkv.de und <https://www.pkv.de/w/files/verband/merkblattbeamtenanfänger.pdf>).

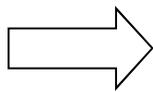
Die Quotenversicherung bei der PKV wird entsprechend dem Bemessungssatz der Beihilfe abgeschlossen. Die Versicherungsquote bei der PKV beträgt z. B. für eine verheiratete Lehrkraft mit

zwei Kindern, deren Ehegatte selbst nicht beihilfeberechtigt ist, 30 %, da Beihilfe und Versicherungsleistung zusammen nicht über 100 % liegen dürfen.

Die Lehramtsanwärter/innen, die nach Ausbildungsabschluss nicht sofort in ein Beamtenverhältnis übernommen werden, sollten sich bei ihrer privaten Krankenversicherung nach Überbrückungsmöglichkeiten erkundigen. Gleiches gilt vor Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses.

Wenn sich die familiären Verhältnisse ändern, kann dies zu einer Änderung des Bemessungssatzes der Beihilfe führen. Ein Beispiel soll die verdeutlichen:

Ein Beihilfeberechtigter mit zwei Kindern, für die er noch Kindergeld bezieht, hat einen Bemessungssatz von 70 % bei der Beihilfe und bei der PKV eine entsprechende Quotenversicherung von 30 %. Nachdem der Kindergeldanspruch für ein Kind entfallen ist, reduziert sich sein Bemessungssatz bei der Beihilfe auf 50 %. Er sollte seine Quotenversicherung bei der PKV auf 50 % erhöhen. Hierzu hat er maximal sechs Monate Zeit (Versicherungsbedingung der PKV beachten).



Lässt er diese Frist verstreichen, kann die PKV eine spätere Quotenanpassung als neuen Antrag werten und eine neue Risikoabschätzung durchführen. Diese neuen Risikoabschätzungen können, das haben Fälle aus der jüngsten Vergangenheit gezeigt, zu Risikozuschlägen von über 100 % führen.

2.3 Standardtarif der PKV für Beamte

Im Rahmen der Umsetzungen der Gesundheitsreform 2000 müssen die privaten Krankenversicherungen einen neuen beihilfekonformen Standardtarif anbieten. Beamte können im Rahmen dieses beihilfekonformen Standardtarifs den Teil abdecken, der nicht durch die Beihilfe abgesichert ist. Der beihilfekonforme Standardtarif soll mindestens die Leistungen erbringen, die in der GKV versichert sind. In diesem Tarif können sich folgende Personengruppen versichern:

- **Eine generelle Zugangsmöglichkeit in den Standardtarif besteht dann, wenn privat versicherte Personen Pension beziehen, mindestens 55 Jahre alt sind und bereits 10 Jahre in einem Normaltarif versichert sind. Vor dem 55. Lebensjahr kann man sich in diesem Tarif versichern, wenn bereits eine Beamtenpension zugebilligt wurde, z. B. bei Dienstunfähigkeit.**
- **Ferner ist der Standardtarif auch für diejenigen Personen geöffnet, bei denen eine Behinderung festgestellt wurde und die deshalb nach den allgemeinen Aufnahmeregeln der PKV aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Bedingungen versichert würden. Diese Personengruppen können sich innerhalb eines halben Jahres nach Feststellung ihrer Behinderung im Standardtarif ohne Risikozuschläge versichern (§ 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V).**

2.3.1 Versicherungsumfang des Standardtarifs

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der PKV mit einem gesetzlich begrenzten Höchstbetrag, dessen Versicherungsschutz vergleichbar ist mit demjenigen der GKV. Der Standardtarif ist nur für bestimmte, vom Gesetzgeber definierte Gruppen geöffnet. Er darf nicht mit Zusatzversicherungen verbunden werden, jedoch bei Bedarf mit einer Krankentagegeldversicherung.

Der beihilfekonforme Standardtarif ist speziell für Beamte und ihre Familienangehörigen geschaffen. Er ist eine Quotenversicherung. Für die Versicherungsquote gelten die weiter oben aufgeführten Prozentsätze.

§ 257 Abs. 2a SGB V legt fest, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der GKV vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen, aber sie müssen weitgehend übereinstimmen.

2.3.2 Beitragshöhe im Standardtarif

Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen. Es kann nur im Einzelfall ermittelt werden, welcher Beitrag gezahlt werden muss.

2.3.3 Zielgruppen des beihilfekonformen Standardtarifes

1. *Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben*

Einzig weitere Bedingung für einen Wechsel in den Standardtarif ist hier, dass die Person seit mindestens 10 Jahren in der PKV versichert ist, und zwar in einem Tarif, der grundsätzlich durch den Arbeitgeber zuschussberechtigt ist. Diese Voraussetzungen erfüllen alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz bieten. Nicht dazu gehören Zusatztarife, die lediglich ergänzend zu einem Versicherungsschutz in der GKV abgeschlossen werden.

2. *Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben*

Diese Personen können in den Standardtarif wechseln, wenn

- ihr Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt und
- sie über eine 10-jährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif verfügen.

3. *Beamte und ihre Familienangehörigen ab dem 65. bzw. dem 55. Lebensjahr*

Wenn Beamte in einen beihilfekonformen Standardtarif wechseln wollen, gelten dieselben Voraussetzungen wie oben für Personen ab dem 55. bzw. 65. Lebensjahr.

4. *Unter bestimmten Bedingungen ist auch ein Wechsel vor dem 55. Lebensjahr möglich*

Hier sind Personen angesprochen, die insbesondere aus Gründen der Erwerbsunfähigkeit vorzeitig in Rente oder Pension gehen. Im Einzelnen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- • **Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer Pension**
- • **10 Jahre Vorversicherungszeit in einem zuschussfähigen Tarif,**
- • **Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze.**

5. *Standardtarif für Beamte mit Vorerkrankungen*

Wer neu verbeamtet wird und in den Normaltarifen der PKV nicht oder nur unter Berechnung eines Risikozuschlags aufgenommen werden würde, kann sich innerhalb von sechs Monaten nach der Verbeamtung oder innerhalb von sechs Monaten nach der Feststellung einer Behinderung ohne Risikozuschlag im Standardtarif versichern. Diese Regelung gilt auch für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Voraussetzung für den Wechsel ist hier in jedem Fall, dass der Beamte oder Angehörige noch keine private Vollversicherung abgeschlossen hat.