

BERATUNGSSTANDPUNKT

ZU LEISTUNGEN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG UND DER BEIHILFE

Zusammenfassung

Im deutschen Gesundheitswesen ist eine private Krankenversicherung (PKV) sowohl ergänzend als auch anstelle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich. Zugang zu einer privaten Krankenvollversicherung hat in der Bundesrepublik jede Person, die nicht nach § 5 SGB V in der GKV pflichtversichert ist. Die Mitgliedschaft in der PKV ist an die Bedingung geknüpft, dass keine Versicherungspflicht in der GKV besteht, und gestaltet sich über vielfältige Versicherungstarife, die den jeweiligen Leistungsanspruch bestimmen. Privat krankenversicherte Personen sind ergänzend dazu verpflichtet, eine private Pflegepflichtversicherung abzuschließen. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit haben sie damit andere Ansprechpartner*innen. Die Leistungen der Pflegeversicherungen aus der sozialen und privaten Pflegeversicherung sind gleichartig. Teilweise bestehen andere Leistungsansprüche, wenn versicherte Personen verbeamtet sind. Die Beihilfe ist eine staatlich organisierte Fürsorgeleistung für Beamt*innen, die über private oder gesetzliche Kranken- bzw. Pflegeversicherungsleistungen ergänzt wird.

Problemlage

Das duale Versicherungssystem in Deutschland lässt vielen versicherungspflichtigen Personen die Wahl zwischen Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV). Im Gegensatz zur öffentlich-rechtlichen GKV ist die PKV privatwirtschaftlich organisiert. Vor diesem Hintergrund ergeben sich für kranken- und pflegeversicherte Menschen unterschiedliche Bedingungen, die in der Organisation von Krankheit und Pflege zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus haben verbeamtete Personen Anspruch auf Beihilfe. Das Beihilferecht ist neben GKV und PKV ein weiterer Bereich, mit dem sich Ratsuchende konfrontiert sehen. Der vorliegende Beratungsstandpunkt gibt eine Übersicht zu wichtigen Faktoren im Rahmen von Privater Krankenversicherung und Beihilfe.

Inhalt

- » Private Kranken- und Pflegeversicherung – wer kann und wer muss sich privat versichern?
- » Kostenerstattungsprinzip
- » Private Pflegepflichtversicherung – was ist anders?
- » Beihilfe – was ist das?
- » Beihilfe und Pflegeversicherung – die Besonderheiten
- » Beihilfe und Pflegeleistungen



Private Kranken- und Pflegeversicherung – wer kann und wer muss?

Wer kann sich privat versichern?

In Deutschland gilt seit 2009 die allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung. Privat versichern können sich diejenigen Personen, die “versicherungsfrei” sind. Versicherungsfreiheit bedeutet, dass eine Person nicht verpflichtet ist, sich in der GKV zu versichern. Diese Regelungen sind im SGB V unter §§ 5, 6 und 8 festgehalten. Im Einzelfall prüft die GKV zwar die Versicherungsfreiheit, grundsätzlich gilt jedoch, dass folgende Personen sich privat versichern können:

- » Selbstständige und Freiberufler*innen,
- » Beamte*innen und andere Personen mit Anspruch auf Beihilfe,
- » Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2025: 73.800 €),
- » Personen ohne eigenes Einkommen bzw. mit einem Einkommen unter der Geringfügigkeitsgrenze (556 € im Monat), z.B. Hausfrauen und -männer oder Kinder,
- » Studierende, sofern sie sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen oder mindestens 30 Jahre alt sind.

Wer muss sich privat versichern?

Darüber hinaus gibt es Personen, die verpflichtet sind, sich privat zu versichern. Dies sind:

- » Zuletzt privat versicherte Personen, die trotz der Pflicht zur Versicherung derzeit keinen Versicherungsschutz haben,
- » Personen, die in Deutschland bisher weder gesetzlich noch privat versichert waren, sofern ihr Beruf sie üblicherweise versicherungsfrei macht. Das gilt beispielsweise für Selbstständige, aber auch für Beamte*innen, die den Anteil der Gesundheits- oder Pflegekosten nicht abgesichert haben, den die Beihilfe offenlässt.

Für Deutsche, die ihren ständigen Wohnsitz im Ausland hatten und bei der Rückkehr nach Deutschland weder als Arbeitnehmer*in versicherungspflichtig in der GKV werden noch als Familienmitglied in die GKV aufgenommen werden, gilt:

- » war die Person vor ihrem Auslandsaufenthalt gesetzlich versichert, muss sie auch nach ihrer Rückkehr Mitglied in der GKV werden. Das gilt auch dann, wenn sie aufgrund einer selbstständigen Tätigkeit nach dem Sozialgesetzbuch grundsätzlich versicherungsfrei ist und in die PKV wechseln könnte.
- » war die Person vor ihrem Auslandsaufenthalt privat versichert, muss sie auch nach ihrer Rückkehr erneut eine private Krankenversicherung abschließen.
- » bestand vor dem Auslandsaufenthalt keine Krankenversicherung in Deutschland, entscheidet die Art der Erwerbstätigkeit (siehe oben).

Zu welchem Zeitpunkt ist ein Wechsel in die PKV möglich?

Sobald Versicherungsfreiheit eintritt, ist ein Wechsel in die Private Krankenversicherung möglich. Das ist für



- » Selbstständige der Zeitpunkt, ab dem sie (überwiegend) selbstständig tätig sind.
- » Beamt*innen der Zeitpunkt, ab dem sie Beihilfe erhalten.
- » Personen ohne Einkommen der Zeitpunkt, ab dem das Einkommen wegfällt.
- » Studierende der Beginn ihres Studiums (Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gilt rückwirkend).

Für abhängig Beschäftigte sind die Regelungen umfangreicher und gestalten sich wie folgt:

- » Die Person, die ein Arbeitsverhältnis neu aufnimmt oder den Arbeitgeber wechselt und vorausschauend für die nächsten zwölf Monate ein Jahresarbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze haben wird, ist ab Beginn des Beschäftigungsverhältnisses versicherungsfrei. Dieser Zeitpunkt kann jeder Tag im Jahr sein.
- » Die Person, die als gesetzlich versicherte Beschäftigte eine Gehaltserhöhung erhält, durch die das Jahresarbeitsentgelt vorausschauend für die nächsten zwölf Monate die aktuelle Versicherungspflichtgrenze übersteigen wird, wird zum nächsten 1. Januar versicherungsfrei. Voraussetzung ist außerdem, dass das Einkommen auch die Versicherungspflichtgrenze des dann beginnenden Jahres übersteigt. Bei einer Gehaltserhöhung z.B. zum 1. Januar 2021 heißt das: Ein Eintritt in die PKV ist erst zum 1. Januar 2022 möglich, sofern das Einkommen auch über der 2022 geltenden Versicherungspflichtgrenze liegen wird. Die Versicherungspflichtgrenze wird jedes Jahr von der Bundesregierung neu festgelegt und ist auf deren Internetseite abrufbar: [Rechengrößen im Überblick](#).

Wer nach Ende der Versicherungspflicht zunächst als freiwilliges Mitglied gesetzlich versichert bleibt, muss sich für den Wechsel zur PKV an die Kündigungsfrist der GKV halten. Diese beträgt zwei volle Monate zum Monatsende hin. Wer der gesetzlichen Krankenkasse also am 25. März kündigt, kann sich ab 1. Juni privat versichern. Die 12-Monatsbindung an die gesetzliche Krankenkasse entfällt bei einem Wechsel in die PKV. Dasselbe gilt für die Bindungsfristen von Wahlтарifen, sofern die wechselnde Person den Wahlтарif noch während der Pflichtmitgliedschaft abgeschlossen hat und direkt zu Beginn ihrer Versicherungsfreiheit in die PKV wechselt.

Das Kostenerstattungsprinzip

Anders als in der GKV (Sachleistungsprinzip) gilt in der PKV das Kostenerstattungsprinzip. Die Privatpatient*in bezahlt die Rechnung somit zunächst direkt an die Ärzt*in, die Physiotherapeut*in oder den Pflegedienst und erhält den erstattungsfähigen Anteil im Anschluss vom privaten Versicherungsunternehmen und ggf. von der Beihilfestelle zurück.

Der Vorteil des Kostenerstattungsprinzips ist die Transparenz in der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Nachteilig ist der administrative Aufwand, der im Alter mitunter schwerer fallen und aufgrund von erhöhter Leistungsanspruchnahme zunehmen kann.



Gut zu wissen

Über die Anzahl und die Ausgestaltung der Versicherungstarife entscheiden die Unternehmen in eigener Verantwortung. Die sich daraus ergebende Tarifvielfalt der Versicherungsunternehmen ermöglicht es den Versicherten, Leistungen und Konditionen nach ihren eigenen Wünschen auszuwählen. Eine Ausnahme stellen die sogenannten Sozialtarife „Standardtarif“ und „Basistarif“, aber auch die „Pflegepflichtversicherung (PPV)“, dar. Über alle Unternehmen hinweg sind die Versicherungsbedingungen, die Leistungen wie auch die Kalkulation in diesen besonderen Tarifen einheitlich. Sind Versicherte mit Beiträgen in Verzug, können diese unter bestimmten Voraussetzungen in den „Notlagentarif“ umgestuft werden. Die Versicherung in diesem Tarif hat nur so lange Bestand, bis etwaige Beitragsschulden beglichen sind. Weitere Infos zur Struktur dieser Tarife: [Brancheneinheitliche Tarife](#).

Wie bei anderen privaten Versicherungen gilt auch bei der PKV Vertragsfreiheit. Im Gegensatz zur GKV gilt für die privaten Versicherungsunternehmen grundsätzlich kein Zwang, Versicherungsverträge abzuschließen. Antragsteller*innen können also abgelehnt werden. Ausnahme: versicherte Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherung im Basistarif erfüllen. Alle privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen den Basistarif anbieten. Bei Aufnahme in die PKV erfolgt auch eine Aufnahme in die private Pflegepflichtversicherung.

Private Pflegepflichtversicherung – was ist anders?

Beide Versicherungssysteme (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung) bieten per Gesetz dieselben Leistungen. Dies gilt auch für die Wartezeiten. Ein Leistungsanspruch besteht dann, wenn die versicherte Person in den letzten zehn Jahren vor einer Antragstellung mindestens zwei Jahre pflegeversichert war. Für versicherte Kinder gilt diese Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

Ein Unterschied der Versicherungssysteme besteht in den unterstützenden Organen: die Beratung zu Pflegefragen erfolgt durch die Compass private pflegeberatung GmbH und die Pflegebegutachtung durch die MEDICPROOF GmbH. Bei beiden Versicherungssystemen gibt es Unterschiede in der Beitragskalkulation bzw. Beitragsgestaltung.

Individuelle Pflegeberatung

[compass private pflegeberatung GmbH](#) berät bundesweit privatversicherte Personen sowie deren Angehörige. Die Pflegeberatung erfolgt wahlweise telefonisch oder bei der pflegebedürfti-



gen Person zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Dadurch ist die Beratung zielgerichtet sowie lebenswelt- und alltagsorientiert.

Pflegebegutachtung

Die **MEDICPROOF GmbH** ist das Pendant der Privaten Pflegeversicherung zum Medizinischen Dienst der (gesetzlichen) Krankenversicherung (MDK). Um die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes sicherzustellen, gelten für privatversicherte Pflegebedürftige die gleichen Leistungen und Leistungsvoraussetzungen wie in der Sozialen Pflegeversicherung.



Gut zu wissen

Privat pflegeversicherte Personen können neben der umfassenden Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch den obligatorischen Beratungsbesuch bei Bezug von Pflegegeld (§ 37 Absatz 3 SGB XI) über compass Pflegeberatung in Anspruch nehmen.

Beihilfe – was ist das?

Beihilfe ist eine staatlich organisierte finanzielle Bezuschussung für verbeamtete Personen in Deutschland. Die "Dienstherren" tragen eine Fürsorgepflicht, der zufolge sie sich an den Kosten in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen der Beamt*innen und deren Familien beteiligen müssen. Die gesetzliche Grundlage bildet die **Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)**, wobei in Kapitel 2 bzw. 3 die Aufwendungen für Krankheits- und Pflegefälle erläutert werden. Die jeweiligen Bestimmungen sind landesspezifisch geregelt. Somit gibt es in den jeweiligen Bundesländern Unterschiede in der Organisation und im Leistungsumfang. Die für NRW geltende Gesetzesgrundlage ist über die **Beihilfenverordnung NRW (BVO NRW)** definiert. Leistungen, die über den Beihilfeanspruch hinausgehen, werden über die PKV versichert (Bestimmungen hierzu, siehe oben). Beamt*innen können auch als freiwillig Versicherte in der GKV verbleiben. Sie bekommen i.d.R. keine Beihilfe. Allerdings kann es sein, dass die Beihilfe für Leistungen zahlt, die die GKV nicht übernimmt.



Gut zu wissen

Besteht ein Beihilfeanspruch, können sich Ratsuchende über die zuständige Beihilfestelle zu Leistungen und zum allgemeinen Verfahren beraten lassen. Formulare, Ansprechpartner*innen und andere weiterführende Informationen sind über die Internetseiten des Landes Nordrhein-Westfalen sowie über das **Informationsportal Info-Beihilfe.de** abrufbar.



Beihilfe und Pflegeversicherung – die Besonderheiten

Anerkennungsverfahren und Pflegegrade

Nach den Bestimmungen des SGB XI werden pflegebedürftige Personen in einen der Pflegegrade 1 bis 5 eingeordnet. Für gesetzlich Versicherte stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), für privat Versicherte MEDICPROOF die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und den daraus regelmäßig und auf Dauer erwachsenden Unterstützungsbedarf durch Andere, ausgedrückt in Pflegegraden, fest. Das Gutachten von MEDICPROOF oder MDK ist maßgebend für die Entscheidung, ob und ggf. in welchem Umfang PKV und Beihilfe im Pflegefall zahlen.

Das bedeutet, dass die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen immer zuerst bei der Pflegekasse bzw. bei dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen (Folgend: Pflegeversicherung) beantragt werden müssen. Der Anerkennungsbescheid der Pflegeversicherung muss der Beihilfestelle unverzüglich zugeleitet werden. Sobald dieser Bescheid der zuständigen Beihilfestelle vorliegt, kann hinsichtlich der Beihilfezahlung zu den Pflegeaufwendungen entschieden werden. Eventuelle Änderungsbescheide der Pflegeversicherung müssen der Beihilfestelle zugeleitet werden. Einwendungen gegen die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad sind grundsätzlich an die Pflegeversicherung zu richten.

Beihilfeberechtigte Personen, die GKV-versichert sind, müssen ihrer Pflegekasse mitteilen, dass bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen besteht. Eine Bescheinigung über das Bestehen eines Beihilfeanspruchs stellt die zuständige Beihilfestelle aus. Diese Information ist für die Pflegekasse wichtig, da selbst beihilfeberechtigte Mitglieder im Gegensatz zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen (z. B. Ehegatten) die aus der Pflegeversicherung zustehenden Leistungen lediglich zur Hälfte erhalten.



Gut zu wissen

Die individuelle Beihilfestelle ist in den Prozess der Beantragung und Bewilligung der Pflegeleistungen nicht einbezogen und wird auch nicht von der Pflegeversicherung über das Ergebnis der Begutachtung informiert.

Beihilfe und Pflegeleistungen

Beihilfe zu Pflegesachleistungen

Werden im Rahmen der häuslichen Pflege pflegerische Tätigkeiten durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht, sind die Aufwendungen ab 01.01.2017, je nach Pflegegrad, monatlich bis zu folgenden Beträgen beihilfefähig:



Pflegegrad*	Leistung pro Monat
2	796 €
3	1.497 €
4	1.859 €
5	2.299 €

* Ein Sachleistungsanspruch besteht nur für die Pflegegrade 2-5. Jedoch können im Pflegegrad 1 die „Entlastungsleistungen“ für einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden.



Gut zu wissen

Entstehen bei Pflegegrad 4 und 5 die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigende Kosten, sind diese für Landesbeamte in NRW monatlich zusätzlich zur Pflegesachleistung bei Pflegegrad 4 bis 1.000 € und Pflegegrad 5 bis 1.995 € beihilfefähig.

Pflegegeld

Bei einer häuslichen Pflege durch sogenannte andere Pflegepersonen (z.B. Ehegatten, Kinder) besteht gegenüber der Pflegekasse ein Anspruch auf Pflegegeld. Von der zuständigen Beihilfestelle ist bei Pflegegeldbezug eine Pauschalbeihilfe beziehbar. Dabei sind entsprechend der Pflegegrade monatlich höchstens folgende Pauschalbeträge beihilfefähig:

Pflegegrad*	Leistung pro Monat
2	347 €
3	599 €
4	800 €
5	990 €

* Ein Anspruch besteht nur für die Pflegegrade 2-5



Gut zu wissen

Aus Fürsorgegründen wird bei Landesbeamten in NRW der Pflegegrade 4 und 5 neben dem Pflegegeld ein Pflegezuschlag als beihilfefähig anerkannt. Dieser beträgt bei Pflegegrad 4 monatlich 150 € und bei Pflegegrad 5 monatlich 240 €.

Vollstationäre Pflege

Bei vollstationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 SGB XI) ist der Pflegekostenanteil inkl. der Ausbildungsumlage beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt, soweit sie folgende Eigenanteile übersteigen:

- » bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und seiner Angehörigen 50 % des um 400 € verminderten Einkommens,
- » bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen 30%, mit mehreren Angehörigen 25% des um 600 € (bei Empfänger*innen von Versorgungsbezügen um 450 €) verminderten Einkommens.

Was ist Einkommen im beihilfeberechtigten Sinne?

Einkommen im beihilferechtlichen Sinne sind in diesem Zusammenhang die

- » (Brutto-)Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne variable Bezüge-Bestandteile),
- » Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer
- » Alters- oder Hinterbliebenenversorgung,
- » Erwerbseinkommen der beihilfeberechtigten Person. Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gewährt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung sowie ein Erwerbseinkommen des Ehegatten hinzuzurechnen. Erwerbseinkommen sind in diesem Zusammenhang:
 - » Einkünfte aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, sowie
 - » Lohnersatzleistungen.

Erwerbseinkommen aus geringfügiger Tätigkeit (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz. Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt.

Als Angehörige des Beihilfeberechtigten gelten die Ehegatt*in/eingetragene Lebenspartner*in sowie die Kinder, für die der Beihilfeberechtigte einen Beihilfeanspruch hat.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sind nicht beihilfefähig.



Berechnungsbeispiel Beihilfe bei vollstationärer Pflege

Für die Veranschaulichung der Beihilfeberechnung bei vollstationärer Pflege können Sie jederzeit die aktuellen Berechnungsbeispiele der Finanzverwaltung NRW aufrufen:

www.finanzverwaltung.nrw.de/dienststellen/landesamt-fur-besoldung-und-versorgung-nrw/vollstationaere-pflege

Aus diesen Beispielen ist eine deutliche Besserstellung von Beihilfeberechtigten im Vergleich zu gesetzlich Versicherten mit gedeckelten Leistungen der Pflegekasse sowie keiner Beihilfe zu Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten zu erkennen.

Grundsätzlich gilt: die Beihilfe darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Versicherung sowie Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen.



Nützliches am Ende

DER PKV-OMBUDSMANN:

Aufgabe des Ombudsmanns ist die außergerichtliche Schlichtung bei Streitigkeiten der versicherten Person mit den Versicherungsunternehmen, Versicherungsvermittler*innen und Versicherungsberater*innen.

Der PKV-Ombudsmann ist zu erreichen über: www.pkv-ombudsmann.de



Das für Sie zuständige Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz NRW finden Sie unter:

<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/die-landesinitiative/>

Weitere hilfreiche Links:

[Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.](#)

[Mitglieder des PKV-Verbands / Private Versicherungsunternehmen](#)

[Wissenschaftliches Institut der PKV \(WIP\)](#)

[compass private pflegeberatung - Die Pflegeberatung der Privaten Krankenversicherung](#)

[MEDICPROOF](#)

[Das Pflegeportal für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen](#)

[Zentrum für Qualität in der Pflege \(ZQP\)](#)

[Übersicht der Beihilfestellen in Deutschland](#)

[Landesamt für Besoldung und Versorgung NRW \(Merkblätter\)](#)

Impressum:

Fach- und Koordinierungsstelle Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW –
Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der
Träger der Pflegeversicherung NRW

Gürzenichstr. 25
50667 Köln

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

