INHALTSVERZEICHNIS blauer Ordner SGB XII

	Seite
RVO	7
Mutterschutzgesetz·(MuSchG)	11
KSVG	21
USG	39
SGB I, (u.a. Aufklärung und Beratung, Handlungsfähigkeit, Verjährung von Sozialleistungen, Mitwirkung)	53
SGB IV, Auszug §§ 7, 8 und 8a, 25 und 26 (geringfügige Beschäftigungen, Verjährung von Beiträgen, Erstattung von Beiträgen)	76
SGB X	102
SGB X, Auszug § 27 (Wiedereinsetzung)	105
SGB X, Auszug §§ 31-53 (Verwaltungsakt, -verfahren, - Rücknahme, Nichtigkeit von Verwaltungsakten ...)	108
SGB X, Auszug §§ 102-115, mit §§ 111 und 113 neu, EA's, Verzinsung, Ausschlussfrist und Verjährung bei Erstattungen)	120
BVFG (Bundesvertriebenengesetz)	127
Verwaltungsvorschriftzum § 11 BVFG (Einmaligkeit der Leistungen) und BVFG-VwV zur Aufenthaltnahme	141
§ 10 Fremdrenten-und Auslandsrentengesetz (FRG a.F.)	146
Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom 28. Juni 2011 (ab 1.1.12) wenn der Hauptversicherte die Unterschrift auf dem Fami-Fragebogen verweigert	148
Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom 26. Oktober 2007 (bis 31.12.11) wenn das Mitglied die Unterschrift auf der Fami-Versicherungserklärung verweigert	168
Kommentar zum § 91a BSHG (SHT darf Leistungen, aber keine Mitgliedschaften verfolgen)	182
Für ausländische Renten zuständige deutsche Rentenversicherungen (Übersichtstabelle mit Anschriften)	184
Antrag auf Überprüfung der KVdR (Musterschreiben M0)	186

Mitteilungspflicht der KK, Hinweis auf freiwillige Weiterversicherung (Auszug GR vom 9.12.88) 188

Liste Gesamteinkommen 190

Kommentar zum § 10 Abs.6 und Rechtsstellung der familienversicherten Angehörigen 203

Betreuungsunterhalt bei Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern 206

Richtlinien für die Beurteilung des überwiegenden Unterhalts (ÜberwUhRI) 208

gewöhnlicher Aufenthalt und Familienversicherung (Asylbewerber, Bosnier) 226

KV-Zuschuss für Beamtinnen in der Elternzeit 235

Urteil B 12 KR 21/99 B des BSG v. 27.1.00 (Kündigung wegen Beitragsrückständen für Altfälle, hat KK genügend Zeit zur Nachentrichtung gegeben?) 244

Übersicht Höchstaltersgrenzen Schwerbehinderung bei Beitritt gem. § 9 (1) Nr.4 248

Tabellenübersicht KV und Sperrzeit AA 251

Die Versicherungskarte („Alte Chipkarte") 252

Die Versicherungskarte („Neue Chipkarte"=EHIC, eGK AOK) 253

Strukturmerkmale/Chip-Karte (Bundesministerium Gesundheit) 254

Urteil 3 RK 12/89 des BSG v. 8.3.90 (Beginn der Ausschlussfrist Erstattungen bei ne-Kindern) 255

Nothelfer-Urteil Charitè für Berlin 258

SGB III: § 145 (Arbeitslosengeld nach Aussteuerung von Krankengeld) 265

Rundschreiben der KK zum Thema Wahlrecht für Studenten zwischen Familienversicherung und stud. Pflichtversicherung 268

2. Bildungsweg: Bafög-Förderungsfähigkeit (Auszug Bafög-Broschüre) 270

zum § 105 SGB X, Rundschreiben der KK (schuldhaftes Handeln des unzuständigen Leistungsträgers) 272

Vorrangigkeit und Nachrangigkeit bei Eintritt von mehreren Pflichtversicherungen zugleich 273

Pflichtversicherung verdrängt freiwillige KV ohne Kündigungsfristen für die freiwillige (Auszug Kommentar SGB V zum § 191) 274

Auszug Satzung AOK Berlin: § 5 (4): Anspruch Fam. vers. für freiw. Mitgl.: bei Verbleib AOK keine Kündigungsfristen 275

allg. Begriffsdefinitionen SGB V 277

Kündigung wegen Beitragsrückständen: Der KK hat KÜ Beiträge vom TdS vorgelegen, Urteil SG Marburg 278

Einstufung freiw. KV durch KKH zum Höchstbeitrag für Sozial-Hilfe-Empfänger, weil Mitglied keine Einkommensunterlagen geschickt hat, ist rechtswidrig (1.Urteil SG Berlin) 290

Einstufung Höchstbeitrag durch die KKH rechtswidrig (s.o.) 2 .Urteil des SG Berlin mit Auferlegung Mutwillenskosten 302

Lohnabrechnung mit Erläuterungen – wie unterscheidet man Pflichtversicherte von Mini-Jobbern? 316

Wohnsitz im Inland = überall im EU-Gebiet,
- bis 30.4.10 318
- ab 1.5.10 319

KV-Beiträge Bafög (§ 13a BAföG) und BAB (§ 68 SGB III) 320

§ 3 EFZG und § 1 BUrlG (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Urlaubsanspruch) 321

§ 86a SVG (Soldatenversorgungsgesetz), Ansprüche beim Arbeitsamt für Zeitsoldaten 322

Das "Kleingedruckte" in der PKV:

- MBKK 2009 (Musterbedingungen Krankenversicherung) 323
- Auszug Versicherungsvertragsgesetz (WG) 331
- VVG §§ 192-208 (Krankenversicherung) 336
- § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) 344
- MB-BT (Musterbedingungen Basistarif) 346

Unfallversicherung-Auszug SGB VII §§ 2, 150 und 192 348

Antrag Schwerbehinderung Versorgungsamt neutral 353

Antrag Schwerbehinderung Versorgungsamt Berlin 358

SpKK-Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel 363

dazu: BE 24.7.03 TOP 1 Leistungsabgr. b. Kassenwechsel 367

Abschnitt 2 Abrech. Ltf. 2005 Abrechnungsbestimmungen 370

Leitsatz Urteil SG Marburg S 6 KR 404/92, Abr. Zahnersatz 371

ZahnersÜbk 372

Leitfaden Abrechnung nach dem KH EntgG und der FPV 2008
Abschnitt 2.2 Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel 373

Hinweise zum § 26 SGB II – Übernahme von Beiträgen für
Sozialgeldbezieher/innen und Menschen, die nur durch den
KV-Beitrag bedürftig werden 374

Auszug Staatsangehörigkeitsgesetz, §§ 1-9 376

§ 15 Lebenspartnerschaftsgesetz (Aufhebung der LP) 379

Auszug GOÄ und GOZ: Abrechnung bei Standard-Tarif-
Versicherten und Abrechnung bei Zahlung durch
öffentliche Leistungsträger 380

BSG-Urteil B 1 KR 39/06 R vom 19.9.07
zur Abrechnung von Kosten für stationäre
Aufenthalte bei Kassenwechsel 382

§§ 9-12 Fallpauschalenverordnung 2007 389

MB-BT 2009 (Musterbedingungen Basistarif) 390

VO EWG Nr. 574/72, Auszug Art. 16, Nachweis über
EU-Versicherungszeiten, deutsche KK muss von
EU-Kasse holen (gültig bis 30.4.10, ab 1.5.10 gültig für EWR-Staaten) 416

VO EWG Nr. 572/72, Auszug Art. 29, Nachweis über
EU-Versicherungszeiten, deutsche KK muss von
EU-Kasse holen, **Rentner**, gültig bis 30.4.10,
ab 1.5.10 gültig für EWR-Staaten 417

Formular E121,Nachweis EU-Mitgliedschaft für Rentner 418

Formular E104, Nachweis EU-Mitgliedschaft 422

Formular E107, Antrag auf Übersendung des E104
oder E106, deutsche KK beantragt bei EU-Kasse 425

Formular E106, KV im EU-Land, Leistungen in Deutschland
Für Grenzgänger 428

Auszug VO (EG) Nr. 987/2009 vom 16.9.09, Art. 24 und 25 433

Musterschreiben:

- **(M0)**
  Überprüfungsantrag KVdR-Vorversicherungszeiten 186
- **(M1)**
  KK hat Mitgliedschaft nach beitragsfreier Zeit ohne Benachrichtigung beendet 435
- **(M2)**
  Fam.vers. von Angehörigen wegen Ende Mitgliedschaft des Stammversicherten beendet, KK hat nicht benachrichtigt 436
- **(M3)**
  Ablehnung der Familienversicherung, da Stammversicherter die Unterschrift verweigert 437
- **(M4)**
  3-Monatsfrist nach Scheidung abgelaufen 438
- **(M5 alt)**
  freiwillige KV für junge Mütter, die selber noch Familienversicherungsanspruch haben (alt, für Fälle bis 30.3.05) 439
- **(M5 neu)**
  Fam.vers.anspruch für Babies, deren Eltern(teile) selber noch fam.vers. sind (ohne Prüfung überwiegender UH) 440
- **(M6)**
  Kündigung wegen Beitragsrückständen – HE hat Schreiben der KK erhalten 441
- **(M7)**
  Kündigung wegen Beitragsrückständen, – HE hat Schreiben der KK nicht erhalten 442
- **(M8 alt)**
  Ablehnung freiwillige KV für Spätaussiedler (nach kurzer Unterbrechung durch Pflichtversicherung), für Fälle bis 31.12.04 443
- **(M8 neu)**
  und neu für Fälle ab 1.1.05 444
- **(M9)**
  rückwirkende Eintragung der Familienversicherung 445
- **(M10)**
  Antrag auf Wiedereinsetzung gem. § 27 SGB X – wenn die KK Widerworte hat 446
- **(M11)**
  AOK will freiwillige Beiträge bei Anspruch auf Fam.vers. nicht erstatten 447
- **(M12)**
  Antragsschreiben Pflichtversicherung 2. Bildungsweg 448
- **(M13)**
  EA § 105 – TdS hatte keine Kenntnis der Leistungspflicht 449

- **(M14)**
  EA § 105 – TdS hatte Kenntnis der Leistungspflicht, trotzdem Ablehnung 451
- **(M15)**
  KK hat Versicherungsverhältnis rückwirkend storniert, ohne dass HE Falschangaben / Fehler gemacht hat (z.B. KK hat sich schlicht geirrt) 453
- **(M16)**
  Kündigung wegen Beitragsrückständen: Der KK hat KÜ Beiträge vom TdS vorgelegen 456
- **(M17)**
  Kündigung wegen Beitragsrückständen bei der KKH (nach Einstufung Höchstsatz, Überprüfungsantrag) 457
- **(M18)**
  Widerspruch Ablehnung Aufnahme freiw. KV gem. § 9 (1) 8 458
- **(M19)**
  Widerspruch Ablehnung Aufnahme freiw. KV nach SGB II Bezug bei Erwerbsunfähigkeit 459
- **(M20)**
  Widerspruch Stornierung Pflichtversicherung § 5 (1) 2a bei Erwerbsunfähigkeit 460
- **(M21)**
  Widerspruch Ablehnung Pflichtversicherung § 5 (1) Nr. 13 461
- **(M22)**
  Bescheinigung Leistungen für Pflichtvers. § 5 (1) Nr. 13 462
- **(M23)**
  Ablehnung allg. Pflichtvers. wegen Inhaftierung nach letzter Vers. 463
- **(M24)**
  Antrag auf Erlass der aufgelaufenen Beiträge gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 465
- **(M25)**
  Widerspruch Ablehnung allgem. Pflichtvers. wegen SGB XII-Bezug, obwohl die Mitgliedschaft schon vor dem Bezug eingetreten ist 468
- **(M26)**
  Antrag an KK auf Bestätigung einer bestehenden Fami 470

Musterklagen:

- KK hat Mitgliedschaft ohne Benachrichtigung und ohne Hinweis auf freiwillige Weiterversicherung beendet 471

Formulare:

- Antrag auf freiwillige KV, Anzeige allg. Pflichtvers., Erklärungen zur Familienvers., Wahrechtserklärung allg. 474

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Reichsversicherungsordnung

RVO

Ausfertigungsdatum: 19.07.1911

Vollzitat:

"Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 15a G v. 17.3.2009 I 550

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.1.1985 +++)
(+++ Maßgaben aufgrund EinigVtr vgl. RVO Anhang EV +++)

Die RVO ist in Kraft getreten zum Teil gem. Art. 1 EGRVO v. 19.7.1911 S. 839 am 19.7.1911, gem. Art. 2 Abs. 1 EGRVO am 1.1.1912, gem. Art. 1 V v. 5.7.1912 S 439 am 13.7.1912, gem. Art. 2 V v. 5.7.1912 am 1.9.1912, gem. Art. 3 V v. 5.7.1912 am 1.1.1913 u. zum Teil gem. Art. 4 V v. 5.7.1912 am 1.1.1914

Das 4. Buch RVO gilt nicht in dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet gem. Anl. I Kap. VIII Sachg. H Abschn. I Nr. 1 EinigVtr v. 31.8.1990 iVm Art. 1 G v. 23.9.1990 II 885, 1057; Maßgaben teilweise nicht mehr anzuwenden gem. Art. 109 Nr. 3 Buchst. h DBuchst. aa G v. 8.12.2010 I 1864 mWv 15.12.2010

Inhaltsübersicht

ERSTES BUCH
Gemeinsame Vorschriften
Erster Abschnitt
Umfang der Reichsversicherung
(weggefallen) §§ 1 und 2
Zweiter Abschnitt
Träger der Reichsversicherung
(weggefallen) §§ 3 bis 34
Dritter Abschnitt
Versicherungsbehörden
(weggefallen) §§ 35 bis 109
Vierter Abschnitt
Sonstige gemeinsame Vorschriften
I. - III. (weggefallen) §§ 110 bis 121
IV. (weggefallen) §§ 122 und 123
V. (weggefallen) §§ 124 bis 134
VI. - XII. (weggefallen) §§ 135 bis 164

ZWEITES BUCH
Krankenversicherung
Erster Abschnitt
Umfang der Versicherung
(weggefallen) §§ 165 bis 178
Zweiter Abschnitt
Gegenstand der Versicherung
I. Leistungen im allgemeinen §§ 179 bis 180a
Ia. (weggefallen) §§ 181 bis 181b
II. (weggefallen) §§ 182 bis 194

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§§ 165 bis 178

-

Zweiter Abschnitt
Gegenstand der Versicherung

I.
Leistungen im allgemeinen

§ 179

Gegenstand der Versicherung sind die in diesem Buch vorgeschriebenen Leistungen der Krankenkassen an
1. u. 2.
3. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
4.
5. u. 6.

§§ 180 und 180a (weggefallen)

I a.

§§ 181 bis 181b (weggefallen)

II.

§§ 182 bis 194

-

III.
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

§ 195

(1) Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen
1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. stationäre Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

(2) Für die Leistungen nach Absatz 1 gelten die für die Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch geltenden Vorschriften entsprechend, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. § 16 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für den

Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Bei Anwendung des § 65 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben die Leistungen nach Absatz 1 unberücksichtigt.

§ 196

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie auf Hebammenhilfe. Die ärztliche Betreuung umfaßt auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies.

(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung gelten die § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 8 und § 127 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.

§ 197

Wird die Versicherte zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 198

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 37 Abs. 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 199

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 200

(1) Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld.

(2) Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes nach Maßgabe von § 9 Abs. 3 des Mutterschutzgesetzes aufgelöst worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Ist danach eine Berechnung nicht möglich, ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen. Für Mitglieder, deren Arbeitsverhältnis während der Mutterschutzfristen vor oder nach der Geburt beginnt, wird das Mutterschaftsgeld von Beginn des Arbeitsverhältnisses an gezahlt. Übersteigt das Arbeitsentgelt 13 Euro kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängert sich die Bezugsdauer um den Zeitraum, der nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes nicht in Anspruch genommen werden konnte. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der mutmaßliche Tag der Entbindung angegeben ist. Das Zeugnis darf nicht früher als eine Woche vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes ausgestellt sein. Bei Geburten nach dem mutmaßlichen Tag der Entbindung verlängert sich die Bezugsdauer vor der Geburt entsprechend.

(4) Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.

§ 200a

-

§ 200b

(weggefallen)

IIIa.
Sonstige Hilfen

IV.

§§ 201 bis 204

-

V.

§§ 205 bis 205d (weggefallen)

VI.

§§ 206 bis 224

-

Dritter Abschnitt

§§ 225 bis 305

-

Vierter Abschnitt
Verfassung

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz - MuSchG)

MuSchG

Ausfertigungsdatum: 24.01.1952

Vollzitat:

"Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I S. 2318), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 20.6.2002 I 2318;
zuletzt geändert durch Art. 14 G v. 17.3.2009 I 550

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.1.1982 +++)
(+++ Amtlicher Hinweis des Normgebers auf EG-Recht:
Umsetzung der
EWGRL 85/92 (CELEX Nr: 392L0085) +++)

Überschrift: Das G ist in dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet gem. Anlage I Kap. X Sachg. A Abschn. III iVm Art. 1 G v. 23.9.1990 II 885, 1072 ab 1. Januar 1991 anzuwenden. Es gilt nicht für Geburten vor dem 1. Januar 1991.

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt
Allgemeine Vorschriften
Geltungsbereich § 1
Gestaltung des Arbeitsplatzes § 2
Zweiter Abschnitt
Beschäftigungsverbote
Beschäftigungsverbote für werdende Mütter § 3
Weitere Beschäftigungsverbote § 4
Mitteilungspflicht, ärztliches Zeugnis § 5
Beschäftigungsverbote nach der Entbindung § 6
Stillzeit § 7
Mehrarbeit, Nacht- und Sonntagsarbeit § 8
Abschnitt 2a
Mutterschaftsurlaub
(weggefallen) §§ 8a - 8d
Dritter Abschnitt
Kündigung
Kündigungsverbot § 9
(weggefallen) § 9a
Erhaltung von Rechten § 10
Vierter Abschnitt
Leistungen
Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten § 11

(weggefallen) § 12
Mutterschaftsgeld § 13
Zuschuss zum Mutterschaftsgeld § 14
Sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft § 15
Freistellung für Untersuchungen § 16
Erholungsurlaub § 17
Fünfter Abschnitt
Durchführung des Gesetzes
Auslage des Gesetzes § 18
Auskunft § 19
Aufsichtsbehörden § 20
Sechster Abschnitt
Straftaten und Ordnungswidrigkeiten
Straftaten und Ordnungswidrigkeiten § 21
(weggefallen) § 22, 23
Siebter Abschnitt
Schlussvorschriften
In Heimarbeit Beschäftigte § 24
(weggefallen) § 25

Erster Abschnitt
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Geltungsbereich

Dieses Gesetz gilt

1. für Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen,
2. für weibliche in Heimarbeit Beschäftigte und ihnen Gleichgestellte (§ 1 Abs. 1 und 2 des Heimarbeitsgesetzes vom 14. März 1951 BGBl. I S. 191), soweit sie am Stück mitarbeiten.

§ 2 Gestaltung des Arbeitsplatzes

(1) Wer eine werdende oder stillende Mutter beschäftigt, hat bei der Einrichtung und der Unterhaltung des Arbeitsplatzes einschließlich der Maschinen, Werkzeuge und Geräte und bei der Regelung der Beschäftigung die erforderlichen Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutze von Leben und Gesundheit der werdenden oder stillenden Mutter zu treffen.

(2) Wer eine werdende oder stillende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie ständig stehen oder gehen muss, hat für sie eine Sitzgelegenheit zum kurzen Ausruhen bereitzustellen.

(3) Wer eine werdende oder stillende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie ständig sitzen muss, hat ihr Gelegenheit zu kurzen Unterbrechungen ihrer Arbeit zu geben.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. den Arbeitgeber zu verpflichten, zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen der werdenden oder stillenden Mütter oder ihrer Kinder Liegeräume für diese Frauen einzurichten und sonstige Maßnahmen zur Durchführung des in Absatz 1 enthaltenen Grundsatzes zu treffen,

2. nähere Einzelheiten zu regeln wegen der Verpflichtung des Arbeitgebers zur Beurteilung einer Gefährdung für die werdenden oder stillenden Mütter, zur Durchführung der notwendigen Schutzmaßnahmen und zur Unterrichtung der betroffenen Arbeitnehmerinnen nach Maßgabe der insoweit umzusetzenden Artikel 4 bis 6 der Richtlinie 92/85/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz (ABl. EG Nr. L 348 S. 1).

(5) Unabhängig von den auf Grund des Absatzes 4 erlassenen Vorschriften kann die Aufsichtsbehörde in Einzelfällen anordnen, welche Vorkehrungen und Maßnahmen zur Durchführung des Absatzes 1 zu treffen sind.

Zweiter Abschnitt
Beschäftigungsverbote

§ 3 Beschäftigungsverbote für werdende Mütter

(1) Werdende Mütter dürfen nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.

(2) Werdende Mütter dürfen in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden, es sei denn, dass sie sich zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklären; die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

§ 4 Weitere Beschäftigungsverbote

(1) Werdende Mütter dürfen nicht mit schweren körperlichen Arbeiten und nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Strahlen von Staub, Gasen oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt sind.

(2) Werdende Mütter dürfen insbesondere nicht beschäftigt werden

1. mit Arbeiten, bei denen regelmäßig Lasten von mehr als fünf kg Gewicht oder gelegentlich Lasten von mehr als zehn kg Gewicht ohne mechanische Hilfsmittel von Hand gehoben, bewegt oder befördert werden. Sollen größere Lasten mit mechanischen Hilfsmitteln von Hand gehoben, bewegt oder befördert werden, so darf die körperliche Beanspruchung der werdenden Mutter nicht größer sein als bei Arbeiten nach Satz 1,
2. nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft mit Arbeiten, bei denen sie ständig stehen müssen, soweit diese Beschäftigung täglich vier Stunden überschreitet,
3. mit Arbeiten, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder bei denen sie dauernd hocken oder sich gebückt halten müssen,
4. mit der Bedienung von Geräten und Maschinen aller Art mit hoher Fußbeanspruchung, insbesondere von solchen mit Fußantrieb,
5. mit dem Schälen von Holz,
6. mit Arbeiten, bei denen sie infolge ihrer Schwangerschaft in besonderem Maße der Gefahr, an einer Berufskrankheit zu erkranken, ausgesetzt sind oder bei denen durch das Risiko der Entstehung einer Berufskrankheit eine erhöhte Gefährdung für die werdende Mutter oder eine Gefahr für die Leibesfrucht besteht,
7. nach Ablauf des dritten Monats der Schwangerschaft auf Beförderungsmitteln,
8. mit Arbeiten, bei denen sie erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr auszugleiten, zu fallen oder abzustürzen, ausgesetzt sind.

(3) Die Beschäftigung von werdenden Müttern mit

1. Akkordarbeit und sonstigen Arbeiten, bei denen durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein höheres Entgelt erzielt werden kann,
2. Fließarbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo

ist verboten. Die Aufsichtsbehörde kann Ausnahmen bewilligen, wenn die Art der Arbeit und das Arbeitstempo eine Beeinträchtigung der Gesundheit von Mutter oder Kind nicht befürchten lassen. Die Aufsichtsbehörde kann die Beschäftigung für alle werdenden Mütter eines Betriebes oder einer Betriebsabteilung bewilligen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 2 für alle im Betrieb oder in der Betriebsabteilung beschäftigten Frauen gegeben sind.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen der werdenden oder stillenden Mütter und ihrer Kinder durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. Arbeiten zu bestimmen, die unter die Beschäftigungsverbote der Absätze 1 und 2 fallen,
2. weitere Beschäftigungsverbote für werdende und stillende Mütter vor und nach der Entbindung zu erlassen.

(5) Die Aufsichtsbehörde kann in Einzelfällen bestimmen, ob eine Arbeit unter die Beschäftigungsverbote der Absätze 1 bis 3 oder einer von der Bundesregierung gemäß Absatz 4 erlassenen Verordnung fällt. Sie kann in Einzelfällen die Beschäftigung mit bestimmten anderen Arbeiten verbieten.

§ 5 Mitteilungspflicht, ärztliches Zeugnis

(1) Werdende Mütter sollen dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Auf Verlangen des Arbeitgebers sollen sie das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme vorlegen. Der Arbeitgeber hat die Aufsichtsbehörde unverzüglich von der Mitteilung der werdenden Mutter zu benachrichtigen. Er darf die Mitteilung der werdenden Mutter Dritten nicht unbefugt bekannt geben.

(2) Für die Berechnung der in § 3 Abs. 2 bezeichneten Zeiträume vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend; das Zeugnis soll den mutmaßlichen Tag der Entbindung angeben. Irrt sich der Arzt oder die Hebamme über den Zeitpunkt der Entbindung, so verkürzt oder verlängert sich diese Frist entsprechend.

(3) Die Kosten für die Zeugnisse nach den Absätzen 1 und 2 trägt der Arbeitgeber.

§ 6 Beschäftigungsverbote nach der Entbindung

(1) Mütter dürfen bis zum Ablauf von acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigt werden. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängern sich die Fristen nach Satz 1 zusätzlich um den Zeitraum der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2, der nicht in Anspruch genommen werden konnte. Beim Tod ihres Kindes kann die Mutter auf ihr ausdrückliches Verlangen ausnahmsweise schon vor Ablauf dieser Fristen, aber noch nicht in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung, wieder beschäftigt werden, wenn nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht. Sie kann ihre Erklärung jederzeit widerrufen.

(2) Frauen, die in den ersten Monaten nach der Entbindung nach ärztlichem Zeugnis nicht voll leistungsfähig sind, dürfen nicht zu einer ihre Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit herangezogen werden.

(3) Stillende Mütter dürfen mit den in § 4 Abs. 1, 2 Nr. 1, 3, 4, 5, 6 und 8 sowie Abs. 3 Satz 1 genannten Arbeiten nicht beschäftigt werden. Die Vorschriften des § 4 Abs. 3 Satz 2 und 3 sowie Abs. 5 gelten entsprechend.

§ 7 Stillzeit

(1) Stillenden Müttern ist auf ihr Verlangen die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens aber zweimal täglich eine halbe Stunde oder einmal täglich eine Stunde freizugeben. Bei einer zusammenhängenden Arbeitszeit von mehr als acht Stunden soll auf Verlangen zweimal eine Stillzeit von mindestens 45 Minuten oder, wenn in der Nähe der Arbeitsstätte keine Stillgelegenheit vorhanden ist, einmal eine Stillzeit von mindestens 90 Minuten gewährt werden. Die Arbeitszeit gilt als zusammenhängend, soweit sie nicht durch eine Ruhepause von mindestens zwei Stunden unterbrochen wird.

(2) Durch die Gewährung der Stillzeit darf ein Verdienstausfall nicht eintreten. Die Stillzeit darf von stillenden Müttern nicht vor- oder nachgearbeitet und nicht auf die in dem Arbeitszeitgesetz oder in anderen Vorschriften festgesetzten Ruhepausen angerechnet werden.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann in Einzelfällen nähere Bestimmungen über Zahl, Lage und Dauer der Stillzeiten treffen; sie kann die Einrichtung von Stillräumen vorschreiben.

(4) Der Auftraggeber oder Zwischenmeister hat den in Heimarbeit Beschäftigten und den ihnen Gleichgestellten für die Stillzeit ein Entgelt von 75 vom Hundert eines durchschnittlichen Stundenverdienstes, mindestens aber 0,38 Euro für jeden Werktag zu zahlen. Ist die Frau für mehrere Auftraggeber oder Zwischenmeister tätig, so haben diese das Entgelt für die Stillzeit zu gleichen Teilen zu gewähren. Auf das Entgelt finden die Vorschriften der §§ 23 bis 25 des Heimarbeitsgesetzes vom 14. März 1951 (BGBl. I S. 191) über den Entgeltschutz Anwendung.

§ 8 Mehrarbeit, Nacht- und Sonntagsarbeit

(1) Werdende und stillende Mütter dürfen nicht mit Mehrarbeit, nicht in der Nacht zwischen 20 und 6 Uhr und nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden.

(2) Mehrarbeit im Sinne des Absatzes 1 ist jede Arbeit, die

1. von Frauen unter 18 Jahren über 8 Stunden täglich oder 80 Stunden in der Doppelwoche,
2. von sonstigen Frauen über 8 1/2 Stunden täglich oder 90 Stunden in der Doppelwoche

hinaus geleistet wird. In die Doppelwoche werden die Sonntage eingerechnet.

(3) Abweichend vom Nachtarbeitsverbot des Absatzes 1 dürfen werdende Mütter in den ersten vier Monaten der Schwangerschaft und stillende Mütter beschäftigt werden

1. in Gast- und Schankwirtschaften und im Übrigen Beherbergungswesen bis 22 Uhr,
2. in der Landwirtschaft mit dem Melken von Vieh ab 5 Uhr,
3. als Künstlerinnen bei Musikaufführungen, Theatervorstellungen und ähnlichen Aufführungen bis 23 Uhr.

(4) Im Verkehrswesen, in Gast- und Schankwirtschaften und im übrigen Beherbergungswesen, im Familienhaushalt, in Krankenpflege- und in Badeanstalten, bei Musikaufführungen, Theatervorstellungen, anderen Schaustellungen, Darbietungen oder Lustbarkeiten dürfen werdende oder stillende Mütter, abweichend von Absatz 1, an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden, wenn ihnen in jeder Woche einmal eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 24 Stunden im Anschluss an eine Nachtruhe gewährt wird.

(5) An in Heimarbeit Beschäftigte und ihnen Gleichgestellte, +ie werdende oder stillende Mütter sind, darf Heimarbeit nur in solchem Umfang und mit solchen Fertigungsfristen ausgegeben werden, dass sie von der werdenden Mutter voraussichtlich während einer 8-stündigen Tagesarbeitszeit, von der stillenden Mutter voraussichtlich während einer 7 1/4-stündigen Tagesarbeitszeit an Werktagen ausgeführt werden kann. Die Aufsichtsbehörde kann in Einzelfällen nähere Bestimmungen über die Arbeitsmenge treffen; falls ein Heimarbeitsausschuss besteht, hat sie diesen vorher zu hören.

(6) Die Aufsichtsbehörde kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen von den vorstehenden Vorschriften zulassen.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Abschnitt 2a
Mutterschaftsurlaub

§§ 8a bis 8d (weggefallen)

Dritter Abschnitt
Kündigung

§ 9 Kündigungsverbot

(1) Die Kündigung gegenüber einer Frau während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung ist unzulässig, wenn dem Arbeitgeber zur Zeit der Kündigung die Schwangerschaft oder Entbindung bekannt war oder innerhalb zweier Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird; das Überschreiten dieser Frist ist unschädlich, wenn es auf einem von der Frau nicht zu vertretenden Grund beruht und die Mitteilung unverzüglich nachgeholt wird. Die Vorschrift des Satzes 1 gilt für Frauen, die den in Heimarbeit Beschäftigten gleichgestellt sind, nur, wenn sich die Gleichstellung auch auf den Neunten Abschnitt - Kündigung - des Heimarbeitsgesetzes vom 14. März 1951 (BGBl. I S. 191) erstreckt.

(2) Kündigt eine schwangere Frau, gilt § 5 Abs. 1 Satz 3 entsprechend.

(3) Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann in besonderen Fällen, die nicht mit dem Zustand einer Frau während der Schwangerschaft oder ihrer Lage bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung in Zusammenhang stehen, ausnahmsweise die Kündigung für zulässig erklären. Die Kündigung bedarf der schriftlichen Form und sie muss den zulässigen Kündigungsgrund angeben.

(4) In Heimarbeit Beschäftigte und ihnen Gleichgestellte dürfen während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung nicht gegen ihren Willen bei der Ausgabe von Heimarbeit ausgeschlossen werden; die Vorschriften der §§ 3, 4, 6 und 8 Abs. 5 bleiben unberührt.

§ 9a

(weggefallen)

§ 10 Erhaltung von Rechten

(1) Eine Frau kann während der Schwangerschaft und während der Schutzfrist nach der Entbindung (§ 6 Abs. 1) das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist zum Ende der Schutzfrist nach der Entbindung kündigen.

(2) Wird das Arbeitsverhältnis nach Absatz 1 aufgelöst und wird die Frau innerhalb eines Jahres nach der Entbindung in ihrem bisherigen Betrieb wieder eingestellt, so gilt, soweit Rechte aus dem Arbeitsverhältnis von der Dauer der Betriebs- oder Berufszugehörigkeit oder von der Dauer der Beschäftigungs- oder Dienstzeit abhängen, das Arbeitsverhältnis als nicht unterbrochen. Dies gilt nicht, wenn die Frau in der Zeit von der Auflösung des Arbeitsverhältnisses bis zur Wiedereinstellung bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt war.

Vierter Abschnitt
Leistungen

§ 11 Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsverboten

(1) Den unter den Geltungsbereich des § 1 fallenden Frauen ist, soweit sie nicht Mutterschaftsgeld nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung beziehen können, vom Arbeitgeber mindestens der Durchschnittsverdienst der letzten 13 Wochen oder der letzten drei Monate vor Beginn des Monats, in dem die Schwangerschaft eingetreten ist, weiter zu gewähren, wenn sie wegen eines Beschäftigungsverbots nach § 3 Abs. 1, §§ 4, 6 Abs. 2 oder 3 oder wegen des Mehr-, Nacht- oder Sonntagsarbeitsverbots nach § 8 Abs. 1, 3 oder 5 teilweise oder völlig mit der Arbeit aussetzen. Dies gilt auch, wenn wegen dieser Verbote die Beschäftigung oder die Entlohnungsart wechselt. Wird das Arbeitsverhältnis erst nach Eintritt der Schwangerschaft begonnen, so ist der Durchschnittsverdienst aus dem Arbeitsentgelt der ersten 13 Wochen oder drei Monate der Beschäftigung zu berechnen. Hat das Arbeitsverhältnis nach Satz 1 oder 3 kürzer gedauert, so ist der kürzere Zeitraum der Berechnung zugrunde zu legen. Zeiten, in denen kein Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht.

(2) Bei Verdiensterhöhungen nicht nur vorübergehender Natur, die während oder nach Ablauf des Berechnungszeitraums eintreten, ist von dem erhöhten Verdienst auszugehen. Verdienstkürzungen, die im Berechnungszeitraum infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis eintreten, bleiben für die Berechnung des Durchschnittsverdienstes außer Betracht. Zu berücksichtigen sind dauerhafte Verdienstkürzungen, die während oder nach Ablauf des Berechnungszeitraums eintreten und nicht auf einem mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbot beruhen.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Berechnung des Durchschnittsverdienstes im Sinne der Absätze 1 und 2 zu erlassen.

§ 12

(weggefallen)

§ 13 Mutterschaftsgeld

(1) Frauen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten für die Zeit der Schutzfristen des § 3 Abs. 2 und des § 6 Abs. 1 sowie für den Entbindungstag Mutterschaftsgeld nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte über das Mutterschaftsgeld.

(2) Frauen, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten, wenn sie bei Beginn der Schutzfrist nach nach § 3 Abs. 2 in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind, für die Zeit der Schutzfristen des § 3 Abs. 2 und des § 6 Abs. 1 sowie für den Entbindungstag Mutterschaftsgeld zu Lasten des Bundes in entsprechender Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Mutterschaftsgeld, höchstens jedoch insgesamt 210 Euro. Das Mutterschaftsgeld wird diesen Frauen auf Antrag vom Bundesversicherungsamt gezahlt. Die Sätze 1 und 2 gelten für Frauen entsprechend, deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft oder der Schutzfrist des § 6 Abs. 1 nach Maßgabe von § 9 Abs. 3 aufgelöst worden ist.

(3) Frauen, die während der Schutzfristen des § 3 Abs. 2 oder des § 6 Abs. 1 von einem Beamten- in ein Arbeitsverhältnis wechseln, erhalten von diesem Zeitpunkt an Mutterschaftsgeld entsprechend den Absätzen 1 und 2.

§ 14 Zuschuss zum Mutterschaftsgeld

(1) Frauen, die Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 200 Abs. 1, 2 Satz 1 bis 4 und Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, § 29 Abs. 1, 2 und 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte oder § 13 Abs. 2, 3 haben, erhalten während ihres bestehenden Arbeitsverhältnisses für die Zeit der Schutzfristen des § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 sowie für den Entbindungstag von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen 13 Euro und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt. Das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt ist aus den letzten drei abgerechneten Kalendermonaten, bei wöchentlicher Abrechnung aus den letzten 13 abgerechneten Wochen vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 zu berechnen. Nicht nur vorübergehende Erhöhungen des Arbeitsentgeltes, die während der Schutzfristen des § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1

wirksam werden, sind ab diesem Zeitpunkt in die Berechnung einzubeziehen. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Zu berücksichtigen sind dauerhafte Verdienstkürzungen, die während oder nach Ablauf des Berechnungszeitraums eintreten und nicht auf einem mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbot beruhen. Ist danach eine Berechnung nicht möglich, so ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen.

(2) Frauen, deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft oder während der Schutzfrist des § 6 Abs. 1 nach Maßgabe von § 9 Abs. 3 aufgelöst worden ist, erhalten bis zum Ende dieser Schutzfrist den Zuschuss nach Absatz 1 von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn der Arbeitgeber wegen eines Insolvenzereignisses im Sinne des § 183 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch seinen Zuschuss nach Absatz 1 nicht zahlen kann.

(4) Der Zuschuss nach den Absätzen 1 bis 3 entfällt für die Zeit, in der Frauen die Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in Anspruch nehmen oder in Anspruch genommen hätten, wenn deren Arbeitsverhältnis nicht während ihrer Schwangerschaft oder während der Schutzfrist des § 6 Abs. 1 vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden wäre. Dies gilt nicht, soweit sie eine zulässige Teilzeitarbeit leisten.

Fußnote

§ 14 Abs. 1 Satz 1: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG unvereinbar gem. BVerfGE v. 18.11.2003; 2004 I 69 - 1 BvR 302/96 -

§ 15 Sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Frauen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten auch die folgenden Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte:

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. stationäre Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe.

§ 16 Freistellung für Untersuchungen

Der Arbeitgeber hat die Frau für die Zeit freizustellen, die zur Durchführung der Untersuchungen im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich ist. Entsprechendes gilt zugunsten der Frau, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Ein Entgeltausfall darf hierdurch nicht eintreten.

§ 17 Erholungsurlaub

Für den Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub und dessen Dauer gelten die Ausfallzeiten wegen mutterschutzrechtlicher Beschäftigungsverbote als Beschäftigungszeiten. Hat die Frau ihren Urlaub vor Beginn der Beschäftigungsverbote nicht oder nicht vollständig erhalten, so kann sie nach Ablauf der Fristen den Resturlaub im laufenden oder im nächsten Urlaubsjahr beanspruchen.

Fünfter Abschnitt

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Durchführung des Gesetzes

§ 18 Auslage des Gesetzes

(1) In Betrieben und Verwaltungen, in denen regelmäßig mehr als drei Frauen beschäftigt werden, ist ein Abdruck dieses Gesetzes an geeigneter Stelle zur Einsicht auszulegen oder auszuhängen.

(2) Wer Heimarbeit ausgibt oder abnimmt, hat in den Räumen der Ausgabe und Abnahme einen Abdruck dieses Gesetzes an geeigneter Stelle zur Einsicht auszulegen oder auszuhängen.

§ 19 Auskunft

(1) Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der Aufsichtsbehörde auf Verlangen

1. die zur Erfüllung der Aufgaben dieser Behörde erforderlichen Angaben wahrheitsgemäß und vollständig zu machen,
2. die Unterlagen, aus denen Namen, Beschäftigungsart und -zeiten der werdenden und stillenden Mütter sowie Lohn- und Gehaltszahlungen ersichtlich sind, und alle sonstigen Unterlagen, die sich auf die zu Nummer 1 zu machenden Angaben beziehen, zur Einsicht vorzulegen oder einzusenden.

(2) Die Unterlagen sind mindestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Eintragung aufzubewahren.

§ 20 Aufsichtsbehörden

(1) Die Aufsicht über die Ausführung der Vorschriften dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Vorschriften obliegt den nach Landesrecht zuständigen Behörden (Aufsichtsbehörden).

(2) Die Aufsichtsbehörden haben dieselben Befugnisse und Obliegenheiten wie nach § 139b der Gewerbeordnung die dort genannten besonderen Beamten. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

Sechster Abschnitt
Straftaten und Ordnungswidrigkeiten

§ 21 Straftaten und Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt der Arbeitgeber, der vorsätzlich oder fahrlässig

1. den Vorschriften der §§ 3, 4 Abs. 1 bis 3 Satz 1 oder § 6 Abs. 1 bis 3 Satz 1 über die Beschäftigungsverbote vor und nach der Entbindung,
2. den Vorschriften des § 7 Abs. 1 Satz 1 oder Abs. 2 Satz 2 über die Stillzeit,
3. den Vorschriften des § 8 Abs. 1 oder 3 bis 5 Satz 1 über Mehr-, Nacht- oder Sonntagsarbeit,
4. den auf Grund des § 4 Abs. 4 erlassenen Vorschriften, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweisen,
5. einer vollziehbaren Verfügung der Aufsichtsbehörde nach § 2 Abs. 5, § 4 Abs. 5, § 6 Abs. 3 Satz 2, § 7 Abs. 3 oder § 8 Abs. 5 Satz 2 Halbsatz 1,
6. den Vorschriften des § 5 Abs. 1 Satz 3 über die Benachrichtigung,
7. der Vorschrift des § 16 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2, über die Freistellung für Untersuchungen oder
8. den Vorschriften des § 18 über die Auslage des Gesetzes oder des § 19 über die Einsicht, Aufbewahrung und Vorlage der Unterlagen und über die Auskunft

zuwiderhandelt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 kann mit einer Geldbuße bis zu fünfzehntausend Euro, die Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 Nr. 6 bis 8 mit einer Geldbuße bis zu zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

(3) Wer vorsätzlich eine der in Absatz 1 Nr. 1 bis 5 bezeichneten Handlungen begeht und dadurch die Frau in ihrer Arbeitskraft oder Gesundheit gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) Wer in den Fällen des Absatzes 3 die Gefahr fahrlässig verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu einhundertachtzig Tagessätzen bestraft.

§§ 22 und 23

(weggefallen)

Siebenter Abschnitt Schlussvorschriften

§ 24 In Heimarbeit Beschäftigte

Für die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten gelten

1. die §§ 3, 4 und 6 mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Beschäftigungsverbote das Verbot der Ausgabe von Heimarbeit tritt,
2. § 2 Abs. 4, § 5 Abs. 1 und 3, § 9 Abs. 1, § 11 Abs. 1, § 13 Abs. 2, die §§ 14, 16, 19 Abs. 1 und § 21 Abs. 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Arbeitgebers der Auftraggeber oder Zwischenmeister tritt.

§ 25

(weggefallen)

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten (Künstlersozialversicherungsgesetz - KSVG)

KSVG

Ausfertigungsdatum: 27.07.1981

Vollzitat:

"Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 7 G v. 22.12.2010 I 2309

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.1.1982 +++)

(+++ Maßgaben aufgrund EinigVtr nicht mehr anzuwenden gem. Art. 109 Nr. 3 Buchst. f DBuchst. aa G v. 8.12.2010 I 1864 mWv 15.12.2010 +++)

Erster Teil
Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten

Erstes Kapitel
Kreis der versicherten Personen

Erster Abschnitt
Umfang der Versicherungspflicht

§ 1

Selbständige Künstler und Publizisten werden in der allgemeinen Rentenversicherung, in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versichert, wenn sie

1. die künstlerische oder publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausüben und
2. im Zusammenhang mit der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit nicht mehr als einen Arbeitnehmer beschäftigen, es sei denn, die Beschäftigung erfolgt zur Berufsausbildung oder ist geringfügig im Sinne des § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.

§ 2

Künstler im Sinne dieses Gesetzes ist, wer Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt. Publizist im Sinne dieses Gesetzes ist, wer als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig ist oder Publizistik lehrt.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Zweiter Abschnitt
Ausnahmen von der Versicherungspflicht

Erster Unterabschnitt
Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes

§ 3

(1) Versicherungsfrei nach diesem Gesetz ist, wer in dem Kalenderjahr aus selbständiger künstlerischer und publizistischer Tätigkeit voraussichtlich ein Arbeitseinkommen erzielt, das 3.900 Euro nicht übersteigt. Wird die selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit nur während eines Teils des Kalenderjahres ausgeübt, ist die in Satz 1 genannte Grenze entsprechend herabzusetzen. Satz 2 gilt entsprechend für Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld.

(2) Absatz 1 gilt nicht bis zum Ablauf von drei Jahren nach erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit. Die Frist nach Satz 1 verlängert sich um die Zeiten, in denen keine Versicherungspflicht nach diesem Gesetz oder Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 besteht.

(3) Abweichend von Absatz 1 bleibt die Versicherungspflicht bestehen, solange das Arbeitseinkommen nicht mehr als zweimal innerhalb von sechs Kalenderjahren die dort genannte Grenze nicht übersteigt.

(4) (weggefallen)

§ 4

In der gesetzlichen Rentenversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

1. auf Grund einer Beschäftigung oder einer nicht unter § 2 fallenden selbständigen Tätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit ist, es sei denn, die Versicherungsfreiheit beruht auf einer geringfügigen Beschäftigung oder einer geringfügigen selbständigen Tätigkeit (§ 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch),
2. aus einer Beschäftigung ein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder aus einer nicht unter § 2 fallenden selbständigen Tätigkeit ein Arbeitseinkommen bezieht, wenn das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen während des Kalenderjahres voraussichtlich mindestens die Hälfte der für dieses Jahr geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung beträgt; wird die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nur während eines Teils des Kalenderjahres ausgeübt, ist diese Grenze entsprechend herabzusetzen.
3. als Gewerbetreibender in Handwerksbetrieben nach § 2 Satz 1 Nr. 8 oder § 229 Abs. 2a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig ist,
4. Landwirt im Sinne des § 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte ist,
5. eine Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht,
6. als ehemaliger Landwirt eine Altersrente oder nach Vollendung des 60. Lebensjahres eine Landabgaberente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte bezieht oder
7. als Wehr- oder Zivildienstleistender in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist.

§ 5

(1) In der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

1. nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist,

2. nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit aufnimmt,
3. nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert ist,
4. nach anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von § 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit ist,
5. eine nicht unter § 2 fallende selbständige Tätigkeit erwerbsmäßig ausübt, es sei denn, diese ist geringfügig im Sinne des § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch,
6. Wehr- oder Zivildienstleistender ist; § 193 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt,
7. im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen oder freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozeßordnung untergebracht ist und unmittelbar vor der Unterbringung nicht nach diesem Gesetz versichert war oder
8. während der Dauer seines Studiums als ordentlicher Studierender einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit ausübt.

(2) In der sozialen Pflegeversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

1. nach Absatz 1 versicherungsfrei oder
2. nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden

ist.

Zweiter Unterabschnitt
Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag

§ 6

(1) Wer erstmals eine Tätigkeit als selbständiger Künstler oder Publizist aufnimmt und nicht zu dem in § 5 Abs. 1 genannten Personenkreis gehört, wird auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht nach diesem Gesetz befreit, wenn er der Künstlersozialkasse eine Versicherung für den Krankheitsfall bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen nachweist. Voraussetzung ist, daß er für sich und seine Familienangehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankheit entsprechen. Der Antrag ist spätestens drei Monate nach Feststellung der Versicherungspflicht bei der Künstlersozialkasse zu stellen.

(2) Wer nach Absatz 1 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden ist, kann gegenüber der Künstlersozialkasse bis zum Ablauf der in § 3 Abs. 2 genannten Frist schriftlich erklären, daß seine Befreiung von der Versicherungspflicht enden soll. Die Versicherungspflicht beginnt nach Ablauf der in § 3 Abs. 2 genannten Frist.

§ 7

(1) Wer als selbständiger Künstler oder Publizist in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren insgesamt ein Arbeitseinkommen erzielt hat, das über der Summe der Beträge liegt, die für diese Jahre nach § 6 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Jahresarbeitsentgeltgrenze festgelegt waren, wird auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht nach diesem Gesetz befreit. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

(1a) (weggefallen)

(2) Der Antrag ist bis zum 31. März des auf den Dreijahreszeitraum folgenden Kalenderjahres bei der Künstlersozialkasse zu stellen.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 7a

(1) Die Künstlersozialkasse entscheidet über den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht.

(2) Die Befreiung nach § 6 Abs. 1 wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an; sind bereits Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen worden, wirkt die Befreiung vom Beginn des Monats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung nach § 7 wirkt vom Beginn des Monats an, der auf die Antragstellung folgt.

(3) Der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung endet mit der Mitgliedschaft.

Dritter Abschnitt
Beginn und Dauer der Versicherungspflicht, Verlegung des Tätigkeitsortes

§ 8

(1) Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung beginnt mit dem Tage, an dem die Meldung des Versicherten nach § 11 Abs. 1 eingeht, beim Fehlen einer Meldung mit dem Tage des Bescheides, durch den die Künstlersozialkasse die Versicherungspflicht feststellt. Sie beginnt frühestens mit dem Tage, an dem die Voraussetzungen für die Versicherung erfüllt sind. Ist der selbständige Künstler oder Publizist in dem Zeitpunkt, in dem nach Satz 1 die Versicherungspflicht beginnen würde, arbeitsunfähig, beginnt die Versicherungspflicht an dem auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Tage.

(1a) (weggefallen)

(2) Tritt nach § 4 Nr. 1 oder 3 bis 7 oder nach § 5 Versicherungsfreiheit ein, ist § 48 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Bescheid über die Versicherungspflicht vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an aufzuheben ist. Im übrigen ist der Bescheid über die Versicherungspflicht bei Änderung der Verhältnisse nur mit Wirkung vom Ersten des Monats an aufzuheben, der auf den Monat folgt, in dem die Künstlersozialkasse von der Änderung Kenntnis erhält; § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

§ 8a

(1) Verlegt ein Versicherter oder Zuschußberechtigter während des Kalenderjahres seinen Tätigkeitsort aus dem Beitrittsgebiet in das übrige Bundesgebiet oder umgekehrt, ist diese Änderung vom Ersten des Monats an zu berücksichtigen, der auf den Monat folgt, in dem die Künstlersozialkasse von der Änderung Kenntnis erhält.

(2) § 309 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Vierter Abschnitt
Kündigungsrecht

§ 9

(1) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und nach diesem Gesetz krankenversicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Satz 1 gilt entsprechend für den Versicherungsvertrag eines Familienangehörigen, wenn ein Künstler oder Publizist nach diesem Gesetz versicherungspflichtig wird und der Angehörige dadurch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wird.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(2) Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert ist und nach diesem Gesetz pflegeversicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Zweites Kapitel
Beitragszuschuß der Künstlersozialkasse

§ 10

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Versicherungspflicht befreit und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse als vorläufigen Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, der im Falle der Versicherungspflicht für einen Künstler oder Publizisten bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Für Künstler und Publizisten, die im Falle einer Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, ist bei der Berechnung des Zuschusses nach Satz 1 anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zugrunde zu legen. Der Anspruch beginnt mit dem auf den Antrag folgenden Kalendermonat. Bei Zuschussberechtigten, die nach diesem Gesetz in der allgemeinen Rentenversicherung nicht versichert sind, ist für die Berechnung des endgültigen Zuschusses das erzielte Jahresarbeitseinkommen maßgebend; es ist der Künstlersozialkasse bis zu der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 31. Mai des folgenden Jahres zu melden. Die Höhe der Aufwendungen für die freiwillige Krankenversicherung sind der Künstlersozialkasse für jedes Kalenderjahr bis zum 31. Mai des folgenden Jahres nachzuweisen.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach den §§ 6 oder 7 von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse einen vorläufigen Beitragszuschuß, wenn sie für sich und ihre Familienangehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankheit entsprechen. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht unter Zugrundelegung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Künstler oder Publizist für seine private Krankenversicherung zu zahlen hat; für Zeiten, für die bei Versicherungspflicht Arbeitseinkommen nicht zugrunde gelegt wird (§ 234 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), wird ein Beitragszuschuss nicht gezahlt. Für Künstler und Publizisten, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, ist bei der Berechnung des Zuschusses anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zugrunde zu legen. Bei einer Befreiung nach § 6 beginnt der Anspruch mit dem Kalendermonat, in dem die Meldung nach § 11 Abs. 1 eingeht. Bei einer Befreiung nach § 7 gilt Absatz 1 Satz 2. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt. § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 10a

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse als vorläufigen Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz an die Pflegekasse zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte

des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 versicherungsfrei oder nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse einen vorläufigen Beitragszuschuß, wenn sie für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der sozialen Pflegeversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch gleichwertig sind. § 61 Abs. 6 und 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.
Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht an die Pflegekasse zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Künstler oder Publizist für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. § 10 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

§ 10b

Der Bescheid über die Festsetzung des endgültigen Beitragszuschusses soll mit Wirkung für die Vergangenheit zu Ungunsten des Zuschussberechtigten zurückgenommen werden, wenn die Meldung nach § 10 Abs. 1 Satz 3 in wesentlicher Beziehung unrichtige Angaben enthält.

Drittes Kapitel
Auskunfts- und Meldepflichten

§ 11

(1) Wer nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung versichert wird, hat sich bei der Künstlersozialkasse zu melden. § 16 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Wer nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung versichert wird oder nach §§ 10 und 10a Anspruch auf einen Beitragszuschuß hat, hat der Künstlersozialkasse auf Verlangen die Angaben, die zur Feststellung der Versicherungspflicht, der Höhe der Beiträge und der Beitragszuschüsse erforderlich sind, sowie die in § 13 genannten Angaben zu machen. Er hat die dafür notwendigen Auskünfte zu geben und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Angaben, die zur Erfüllung sonstiger Aufgaben der Künstlersozialkasse nach diesem Gesetz erforderlich sind.

(3) Die Vordrucke der Künstlersozialkasse sind zu verwenden.

(4) Der nach Absatz 1 Meldepflichtige hat in dem Anmeldevordruck der Künstlersozialkasse die ihm von einem Träger der Rentenversicherung oder der Datenstelle der Träger der Rentenversicherung zugeteilte Versicherungsnummer einzutragen. Ist eine Versicherungsnummer nicht zugeteilt worden, ist sie von der Datenstelle der Träger der Rentenversicherung über die Künstlersozialkasse zu vergeben.

§ 12

(1) Versicherte und Zuschußberechtigte haben der Künstlersozialkasse bis zum 1. Dezember eines Jahres das voraussichtliche Arbeitseinkommen, das sie aus der Tätigkeit als selbständige Künstler und Publizisten erzielen, bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung für das folgende Kalenderjahr zu melden. Die Künstlersozialkasse schätzt die Höhe des Arbeitseinkommens, wenn der Versicherte trotz Aufforderung die Meldung nach Satz 1 nicht erstattet oder die Meldung mit den Verhältnissen unvereinbar ist, die dem Versicherten als Grundlage für seine Meldung bekannt waren. Versicherte, deren voraussichtliches Arbeitseinkommen in dem in § 3 Abs. 2 genannten Zeitraum mindestens einmal die in § 3 Abs. 1 genannte

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Grenze nicht überschritten hat, haben der ersten Meldung nach Ablauf dieses Zeitraums vorhandene Unterlagen über ihr voraussichtliches Arbeitseinkommen beizufügen.

(2) Erstattet der Zuschußberechtigte trotz Aufforderung die Meldung nach Absatz 1 Satz 1 nicht, entfällt der Anspruch auf den Beitragszuschuß bis zum Ablauf des auf die Meldung folgenden Monats. Satz 1 gilt entsprechend, wenn er den Melde- und Nachweispflichten nach §§ 10 und 10a trotz Aufforderung nicht nachkommt. Die Rückforderung vorläufig gezahlter Beitragszuschüsse bleibt unberührt.

(3) Ändern sich die Verhältnisse, die für die Ermittlung des voraussichtlichen Jahresarbeitseinkommens maßgebend waren, ist auf Antrag die Änderung mit Wirkung vom Ersten des Monats an zu berücksichtigen, der auf den Monat folgt, in dem der Antrag bei der Künstlersozialkasse eingeht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das Jahresarbeitseinkommen geschätzt worden ist.

§ 13

Die Künstlersozialkasse kann von den Versicherten und den Zuschußberechtigten Angaben darüber verlangen, in welchem der Bereiche selbständiger künstlerischer und publizistischer Tätigkeiten das Arbeitseinkommen jeweils erzielt wurde, in welchem Umfang das Arbeitseinkommen auf Geschäften mit zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten beruhte und von welchen zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten Arbeitseinkommen bezogen wurde. Außerdem kann die Künstlersozialkasse von den Versicherten und den Zuschussberechtigten Angaben darüber verlangen, in welcher Höhe Arbeitseinkommen aus künstlerischen, publizistischen und sonstigen selbständigen Tätigkeiten in den vergangenen vier Kalenderjahren erzielt wurde. Für den Nachweis der Angaben zur Höhe des Arbeitseinkommens kann sie die Vorlage der erforderlichen Unterlagen, insbesondere von Einkommensteuerbescheiden oder Gewinn- und Verlustrechnungen, verlangen. Die Erhebung dieser Angaben erfolgt durch eine wechselnde jährliche Stichprobe.

Erster Abschnitt
Grundsatz

§ 14

Die Mittel für die Versicherung nach diesem Gesetz werden durch Beitragsanteile der Versicherten (§§ 15 bis 16a) zur einen Hälfte, durch die Künstlersozialabgabe (§§ 23 bis 26) und durch einen Zuschuß des Bundes (§ 34) zur anderen Hälfte aufgebracht.

Zweiter Abschnitt
Beitragsanteile des Versicherten

Erster Unterabschnitt
Höhe der Beitragsanteile

§ 15

Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Rentenversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus den §§ 157 bis 161, 165 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und § 175 Abs. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Fünften des folgenden Monats fällig.

§ 16

(1) Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Beitrages gemäß dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte zu zahlen; die

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1 bis 3, 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden Anwendung. Hat der Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld, ist bei der Berechnung des Beitrages anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zugrunde zu legen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Fünften des folgenden Monats fällig. Hat der Versicherte einen Tarif nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt, so hat er daraus resultierende Prämienzahlungen an die Krankenkasse zu leisten.

(2) Ist der Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn die Künstlersozialkasse zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt die Künstlersozialkasse das Ruhen der Leistungen fest; das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang des Bescheides beim Versicherten ein. Voraussetzung ist, daß der Versicherte in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Ruhensbescheid haben keine aufschiebende Wirkung. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile nach Absatz 1 sowie nach § 16a Abs. 1 gezahlt sind. Die Künstlersozialkasse kann bei Vereinbarung von Ratenzahlungen das Ruhen vorzeitig für beendet erklären. Die zuständige Krankenkasse ist von der Mahnung sowie dem Eintritt und dem Ende des Ruhens zu unterrichten.

§ 16a

(1) Versicherte haben an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur sozialen Pflegeversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus § 55 Abs. 1 und 2 und § 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil erhöht sich um den Beitragszuschlag, der sich aus § 57 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergibt. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Fünften des Folgemonats fällig.

(2) § 16 Abs. 2 gilt entsprechend.

Zweiter Unterabschnitt
Beitragsverfahren

§ 17

Entrichtet ein Versicherter, der nach diesem Gesetz sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung als auch in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist, seine Beitragsanteile nur zum Teil, werden die Zahlungen vorrangig zur Erfüllung der Verpflichtung gegenüber der Krankenkasse und der Pflegekasse verwandt.

§ 17a

Als Tag der Zahlung der Beitragsanteile gilt:

1. bei Abbuchung der Tag der Fälligkeit, es sei denn, der Abbuchungsauftrag wird nicht ausgeführt oder abgebuchte Beitragsanteile werden zurückgerufen,
2. bei Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der Künstlersozialkasse der achte Tag vor dem Tag der Wertstellung zugunsten der Künstlersozialkasse oder, falls es für den Versicherten günstiger ist, der Tag der Belastung oder Einzahlung,
3. bei Zahlung durch Scheck der Tag der Absendung, es sei denn, der Scheck wird von dem Kreditinstitut, das das zu belastende Konto führt, nicht eingelöst,
4. bei Barzahlung der Tag der Einzahlung.

§ 18

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Für die Erhebung eines Säumniszuschlags auf rückständige Beitragsanteile des Versicherten gilt § 24 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Säumniszuschläge gehören zum Vermögen der Künstlersozialkasse.

§ 19

Für die Verjährung der Ansprüche auf Beitragsanteile gilt § 25 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 20

Die Künstlersozialkasse hat dem Versicherten und dem Zuschußberechtigten jährlich eine Abrechnung zu erteilen, aus der die Berechnung der von ihm und für ihn erbrachten Beitragsleistungen ersichtlich ist. Die Jahresabrechnung gilt als Bescheinigung im Sinne des § 25 der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung.

Dritter Unterabschnitt
Erstattungen

§ 21

(1) Die Künstlersozialkasse hat zu Unrecht entrichtete Beitragsanteile zu erstatten. § 26 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Die Künstlersozialkasse kann mit Zustimmung des Berechtigten zu Unrecht entrichtete Beitragsanteile mit künftigen Ansprüchen auf Beitragsanteile verrechnen.

(3) Für die Verzinsung und Verjährung des Anspruchs auf Erstattung gilt § 27 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 22

-

Dritter Abschnitt
Künstlersozialabgabe

§ 23

Die Künstlersozialkasse erhebt von den zur Abgabe Verpflichteten (§ 24) eine Umlage (Künstlersozialabgabe) nach einem Vomhundertsatz (§ 26) der Bemessungsgrundlage (§ 25).

Erster Unterabschnitt
Personenkreis

§ 24

(1) Zur Künstlersozialabgabe ist ein Unternehmer verpflichtet, der eines der folgenden Unternehmen betreibt:

1. Buch-, Presse- und sonstige Verlage, Presseagenturen (einschließlich Bilderdienste),
2. Theater (ausgenommen Filmtheater), Orchester, Chöre und vergleichbare Unternehmen; Voraussetzung ist, daß ihr Zweck überwiegend darauf gerichtet ist, künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen öffentlich aufzuführen oder darzubieten; Absatz 2 bleibt unberührt,
3. Theater-, Konzert- und Gastspieldirektionen sowie sonstige Unternehmen, deren wesentlicher Zweck darauf gerichtet ist, für die Aufführung oder Darbietung

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

künstlerischer oder publizistischer Werke oder Leistungen zu sorgen; Absatz 2 bleibt unberührt,

4. Rundfunk, Fernsehen,
5. Herstellung von bespielten Bild- und Tonträgern (ausschließlich alleiniger Vervielfältigung),
6. Galerien, Kunsthandel,
7. Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit für Dritte,
8. Variete- und Zirkusunternehmen, Museen,
9. Aus- und Fortbildungseinrichtungen für künstlerische oder publizistische Tätigkeiten.

Zur Künstlersozialabgabe sind auch Unternehmer verpflichtet, die für Zwecke ihres eigenen Unternehmens Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit betreiben und dabei nicht nur gelegentlich Aufträge an selbständige Künstler oder Publizisten erteilen.

(2) Zur Künstlersozialabgabe sind ferner Unternehmer verpflichtet, die nicht nur gelegentlich Aufträge an selbständige Künstler oder Publizisten erteilen, um deren Werke oder Leistungen für Zwecke ihres Unternehmens zu nutzen, wenn im Zusammenhang mit dieser Nutzung Einnahmen erzielt werden sollen. Werden in einem Kalenderjahr nicht mehr als drei Veranstaltungen durchgeführt, in denen künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen aufgeführt oder dargeboten werden, liegt eine nur gelegentliche Erteilung von Aufträgen im Sinne des Satzes 1 vor. Satz 1 gilt nicht für Musikvereine, soweit für sie Chorleiter oder Dirigenten regelmäßig tätig sind.

(3) (weggefallen)

Zweiter Unterabschnitt
Bestimmungsgrößen

§ 25

(1) Bemessungsgrundlage der Künstlersozialabgabe sind die Entgelte für künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen, die ein nach § 24 Abs. 1 oder 2 zur Abgabe Verpflichteter im Rahmen der dort aufgeführten Tätigkeiten im Laufe eines Kalenderjahres an selbständige Künstler oder Publizisten zahlt, auch wenn diese selbst nach diesem Gesetz nicht versicherungspflichtig sind. Bemessungsgrundlage sind auch die Entgelte, die ein nicht abgabepflichtiger Dritter für künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen zahlt, die für einen zur Abgabe Verpflichteten erbracht werden.

(2) Entgelt im Sinne des Absatzes 1 ist alles, was der zur Abgabe Verpflichtete aufwendet, um das Werk oder die Leistung zu erhalten oder zu nutzen, abzüglich der in einer Rechnung oder Gutschrift gesondert ausgewiesenen Umsatzsteuer. Ausgenommen hiervon sind

1. die Entgelte, die für urheberrechtliche Nutzungsrechte, sonstige Rechte des Urhebers oder Leistungsschutzrechte an Verwertungsgesellschaften gezahlt werden,
2. steuerfreie Aufwandsentschädigungen und die in § 3 Nr. 26 des Einkommensteuergesetzes genannten steuerfreien Einnahmen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, zur Vereinfachung des Abgabeverfahrens durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß Nebenleistungen, die der zur Abgabe Verpflichtete im Zusammenhang mit dem Erwerb oder der Nutzung des Werkes oder der Leistung erbringt, ganz oder teilweise nicht dem Entgelt im Sinne des Satzes 1 zuzurechnen sind.

(3) Entgelt im Sinne des Absatzes 1 ist auch der Preis, der dem Künstler oder Publizisten aus der Veräußerung seines Werkes im Wege eines Kommissionsgeschäfts für seine eigene Leistung zusteht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ein nach § 24 Abs. 1 zur Abgabe Verpflichteter

1. den Vertrag im Namen des Künstlers oder Publizisten mit einem Dritten oder im Namen eines Dritten mit dem Künstler oder Publizisten abgeschlossen hat oder
2. den Künstler oder Publizisten an einen Dritten vermittelt und für diesen dabei Leistungen erbringt, die über einen Gelegenheitsnachweis hinausgehen,

es sei denn, der Dritte ist selbst zur Abgabe verpflichtet.

(4) Erwirbt ein nach § 24 Abs. 1 oder 2 zur Abgabe Verpflichteter von einer Person, die ihren Wohnsitz oder Sitz nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat, ein künstlerisches oder publizistisches Werk eines selbständigen Künstlers oder Publizisten, der zur Zeit der Herstellung des Werkes seinen Wohnsitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hatte, gilt als Entgelt im Sinne des Absatzes 1 auch das Entgelt, das der Künstler oder Publizist aus der Veräußerung seines Werkes von dieser Person erhalten hat. Satz 1 gilt nicht, wenn der zur Abgabe Verpflichtete nachweist, daß von dem Entgelt Künstlersozialabgabe gezahlt worden ist oder die Veräußerung des Werkes mehr als zwei Jahre zurückliegt. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn eine künstlerische oder publizistische Leistung erbracht wird.

§ 26

(1) Der Vomhundertsatz der Künstlersozialabgabe ist unter Berücksichtigung des Grundsatzes des § 14 so festzusetzen, dass das Aufkommen (Umlagesoll) zusammen mit den Beitragsanteilen der Versicherten und dem Bundeszuschuss ausreicht, um den Bedarf der Künstlersozialkasse für ein Kalenderjahr zu decken.

(2) Der Bedarf der Künstlersozialkasse berechnet sich aus:

1. in dem Kalenderjahr zu erfüllenden Verpflichtungen, die ihr gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Bund, den Kranken- und Pflegekassen und den Zuschußberechtigten obliegen,
2. dem Soll zur Auffüllung der Betriebsmittel nach § 44 Abs. 2 und
3. den Fehlbeträgen oder Überschüssen des vorvergangenen Kalenderjahres.

(3) und (4) (weggefallen)

(5) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung den Vomhundertsatz für das folgende Kalenderjahr aufgrund von Schätzungen des Bedarfs nach Absatz 2. Die Bestimmung soll bis zum 30. September erfolgen.

(6) (weggefallen)

Dritter Unterabschnitt
Melde- und Abgabeverfahren

§ 27

(1) Der zur Abgabe Verpflichtete hat nach Ablauf eines Kalenderjahres, spätestens bis zum 31. März des Folgejahres, der Künstlersozialkasse die Summe der sich nach § 25 ergebenden Beträge zu melden. Für die Meldung ist ein Vordruck der Künstlersozialkasse zu verwenden. Soweit der zur Abgabe Verpflichtete trotz Aufforderung die Meldung nicht, nicht rechtzeitig, falsch oder unvollständig erstattet, nehmen die Künstlersozialkasse oder, sofern die Aufforderung durch die Träger der Rentenversicherung erfolgte, diese eine Schätzung vor. Satz 3 gilt entsprechend, soweit die Künstlersozialkasse bei einer Prüfung auf Grund des § 35 oder die Träger der Rentenversicherung bei einer Prüfung auf Grund des § 28p des Vierten Buches Sozialgesetzbuch die Höhe der sich nach § 25 ergebenden Beträge nicht oder nicht in angemessener Zeit ermitteln können, insbesondere weil die Aufzeichnungspflichten nach § 28 nicht ordnungsgemäß erfüllt worden sind.

(1a) Die Künstlersozialkasse teilt dem zur Abgabe Verpflichteten den von ihm zu zahlenden Betrag der Künstlersozialabgabe und die zu leistende Vorauszahlung schriftlich mit, es sei denn, diese Verwaltungsakte werden von den Trägern der

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Deutschen Rentenversicherung im Rahmen ihrer Prüfung bei den Arbeitgebern nach § 28p des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erlassen. Der Abgabebescheid wird mit Wirkung für die Vergangenheit zu Ungunsten des zur Abgabe Verpflichteten zurückgenommen, wenn die Meldung nach Absatz 1 unrichtige Angaben enthält oder sich die Schätzung nach Absatz 1 Satz 3 als unrichtig erweist.

(2) Der zur Abgabe Verpflichtete hat innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf jeden Kalendermonats eine Vorauszahlung auf die Abgabe an die Künstlersozialkasse zu leisten.

(3) Die monatliche Vorauszahlung bemißt sich nach dem für das laufende Kalenderjahr geltenden Vomhundertsatz (§ 26) und einem Zwölftel der Bemessungsgrundlage für das vorausgegangene Kalenderjahr. Für die Zeit zwischen dem Ablauf eines Kalenderjahres und dem folgenden 1. März ist die Vorauszahlung in Höhe des Betrages zu leisten, der für den Dezember des vorausgegangenen Kalenderjahres zu entrichten war. Die Vorauszahlungspflicht entfällt, wenn der vorauszuzahlende Betrag 40 Euro nicht übersteigt.

(4) Die Vorauszahlungspflicht beginnt zehn Tage nach Ablauf des Monats, bis zu welchem die Künstlersozialabgabe zuerst vom Verpflichteten abzurechnen war. Hat die Abgabepflicht nur während eines Teils des vorausgegangenen Kalenderjahres bestanden, ist die Bemessungsgrundlage für das vorausgegangene Kalenderjahr durch die Zahl der begonnenen Kalendermonate zu teilen, in denen die Abgabepflicht bestand.

(5) Die Künstlersozialkasse kann auf Antrag die Höhe der Vorauszahlung herabsetzen, wenn glaubhaft gemacht wird, daß voraussichtlich die Bemessungsgrundlage die für das vorausgegangene Kalenderjahr maßgebende Bemessungsgrundlage erheblich unterschreiten wird. Liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 vor, können die Träger der Deutschen Rentenversicherung die Höhe der Vorauszahlungen im Rahmen eines bei ihnen anhängigen Widerspruchsverfahrens herabsetzen.

(6) Für die Zahlung der Künstlersozialabgabe und die Vorauszahlung gilt § 17a entsprechend.

§ 28

Die zur Abgabe Verpflichteten haben fortlaufende Aufzeichnungen über die Entgelte im Sinne des § 25 zu führen. Dabei müssen das Zustandekommen der daraus abgeleiteten Meldungen nach § 27 und der Zusammenhang mit den zugrunde liegenden Unterlagen nachprüfbar sein; auf Anforderung der Künstlersozialkasse oder der Träger der Rentenversicherung müssen die abgabepflichtigen Entgelte listenmäßig zusammengeführt werden können. Die Aufzeichnungen sind mindestens fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Entgelte fällig geworden sind, aufzubewahren. Soweit Aufzeichnungen, Unterlagen, Meldungen, Berechnungen und Zahlungen mit Hilfe technischer Einrichtungen erstellt oder verwaltet werden, muss sichergestellt sein, dass die Anforderungen des Satzes 2 erfüllt werden können; insbesondere müssen Datenverarbeitungsprogramme, die zur Erstellung oder Verwaltung benutzt werden, ordnungsgemäß dokumentiert sein.

§ 29

Die zur Abgabe Verpflichteten haben der Künstlersozialkasse oder den Trägern der Rentenversicherung auf Verlangen über alle für die Feststellung der Abgabepflicht, der Höhe der Künstlersozialabgabe sowie der Versicherungspflicht und der Höhe der Beiträge und Beitragszuschüsse erforderlichen Tatsachen Auskunft zu geben und die Unterlagen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, insbesondere die in § 28 genannten Aufzeichnungen, während der Arbeitszeit nach Wahl der Künstlersozialkasse oder der Träger der Rentenversicherung entweder in deren oder in ihren eigenen Geschäftsräumen vorzulegen. Sind ihre Geschäftsräume gleichzeitig ihre privaten Wohnungen, so sind sie nur verpflichtet, die Unterlagen in den Geschäftsräumen der Künstlersozialkasse oder der Träger der Rentenversicherung vorzulegen.

§ 30

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Für die Erhebung eines Säumniszuschlags auf rückständige Künstlersozialabgabe und Abgabevorauszahlungen gilt § 24 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Säumniszuschläge gehören zum Vermögen der Künstlersozialkasse.

§ 31

Für die Verjährung der Ansprüche auf Künstlersozialabgabe gilt § 25 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 32

(1) Mit Zustimmung der Künstlersozialkasse können nach § 24 zur Abgabe Verpflichtete eine Ausgleichsvereinigung bilden, die ihre der Künstlersozialkasse gegenüber obliegenden Pflichten erfüllt, insbesondere mit befreiender Wirkung die Künstlersozialabgabe und die Vorauszahlungen entrichten kann. Die Künstlersozialkasse kann vertraglich mit einer Ausgleichsvereinigung abweichend von diesem Gesetz die Ermittlung der Entgelte im Sinne des § 25 unter Zugrundelegung von anderen für ihre Höhe maßgebenden Berechnungsgrößen und die Berücksichtigung von Verwaltungskosten der Ausgleichsvereinigung regeln. Der Vertrag bedarf der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes.

(2) Die Aufzeichnungspflicht nach § 28 und Prüfungen aufgrund des § 35 entfallen für die Jahre, für die Pflichten des zur Abgabe Verpflichteten durch die Ausgleichsvereinigung erfüllt werden. Im Übrigen bleiben die Rechte und Pflichten des zur Abgabe Verpflichteten gegenüber der Künstlersozialkasse unberührt.

(3) Die Künstlersozialkasse hat einer Ausgleichsvereinigung mit Einwilligung des zur Abgabe Verpflichteten die Angaben zu machen, die die Ausgleichsvereinigung zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt.

Vierter Unterabschnitt
Erstattungen

§ 33

(1) Die Künstlersozialkasse hat zu Unrecht entrichtete Künstlersozialabgabe zu erstatten.

(2) Die Künstlersozialkasse kann mit Zustimmung des Berechtigten die zu Unrecht entrichtete Künstlersozialabgabe mit künftigen Ansprüchen auf Künstlersozialabgabe oder Vorauszahlungen verrechnen.

(3) Für die Verzinsung und Verjährung des Anspruchs auf Erstattung gilt § 27 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

Vierter Abschnitt
Zuschuß des Bundes

§ 34

(1) Der Zuschuß des Bundes beträgt für das Kalenderjahr 20 vom Hundert der Ausgaben der Künstlersozialkasse. Bei der Bestimmung der Ausgaben im Sinne des Satzes 1 gilt ein Sozialausgleich nach § 242b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als nicht erfolgt. Überzahlungen sind mit dem Bundeszuschuß des übernächsten Jahres zu verrechnen.

(2) Der Bund trägt die Verwaltungskosten der Künstlersozialkasse.

(3) Die Leistungen des Bundes nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur entsprechend dem jeweiligen Ausgabebedarf in Anspruch genommen werden.

§ 34a

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(weggefallen)

Fünftes Kapitel
Überwachung

§ 35

(1) Die Künstlersozialkasse überwacht die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beitragsanteile der Versicherten und der Künstlersozialabgabe bei den Unternehmern ohne Beschäftigte und den Ausgleichsvereinigungen. Die Träger der Rentenversicherung überwachen im Rahmen ihrer Prüfung bei den Arbeitgebern nach § 28p des Vierten Buches Sozialgesetzbuch die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Künstlersozialabgabe durch diese Unternehmer. Entstehen durch die Überwachung der Künstlersozialabgabe Barauslagen, so können sie dem zur Abgabe Verpflichteten auferlegt werden, wenn er sie durch Pflichtversäumnis verursacht hat.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales erläßt durch Rechtsverordnung Überwachungsvorschriften.

Sechstes Kapitel
Bußgeldvorschriften

§ 36

(1) Ordnungswidrig handelt der Versicherte, der vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 11 Abs. 2 auf Verlangen Angaben nicht, nicht richtig oder nicht vollständig macht,
2. der Auskunfts- oder Vorlagepflicht nach § 11 Abs. 2 auf Verlangen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig nachkommt oder
3. der Meldepflicht nach § 12 Abs. 1 Satz 1 nicht rechtzeitig, nicht richtig oder nicht vollständig nachkommt.

(2) Ordnungswidrig handelt der zur Abgabe Verpflichtete, der vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 27 Abs. 1 Satz 1 die Summe der sich nach § 25 ergebenden Beträge nicht rechtzeitig oder nicht richtig meldet,
2. entgegen § 28 Satz 1 Aufzeichnungen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig führt oder
3. der Auskunfts- oder Vorlagepflicht nach § 29 auf Verlangen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig nachkommt.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro und in den übrigen Fällen mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.

(4) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist

1. der Träger der Rentenversicherung, wenn Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 von ihm bei einer Prüfung nach § 28p Abs. 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch festgestellt werden,
2. im Übrigen die Künstlersozialkasse.

Siebtes Kapitel

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Anwendung des Sozialgesetzbuches

§ 36a

Auf die Rechtsbeziehungen zwischen der Künstlersozialkasse und den Versicherten, Zuschußberechtigten und zur Abgabe Verpflichteten finden die Vorschriften des Sozialgesetzbuches Anwendung. Auf die Rechtsbeziehungen zwischen den zur Abgabe Verpflichteten und den Versicherten und Zuschußberechtigten findet § 32 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechende Anwendung.

Zweiter Teil
Durchführung der Künstlersozialversicherung

§ 37

(1) Die Unfallkasse des Bundes führt dieses Gesetz im Auftrag des Bundes als Künstlersozialkasse durch.

(2) In Angelegenheiten der Künstlersozialversicherung führt der Geschäftsführer der Unfallkasse des Bundes die Verwaltungsgeschäfte und vertritt die Künstlersozialkasse gerichtlich und außergerichtlich. Stellvertreter des Geschäftsführers in Angelegenheiten der Künstlersozialversicherung ist der für die Künstlersozialkasse zuständige Abteilungsleiter; dieser wird auf Vorschlag des Geschäftsführers nach Anhörung des Beirats bei der Künstlersozialkasse vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestellt.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ernennt und entlässt die Beamtinnen und Beamten der Künstlersozialkasse. Es kann seine Befugnisse auf die Geschäftsführerin oder den Geschäftsführer der Unfallkasse des Bundes übertragen.

(4) Oberste Dienstbehörde für den in Absatz 2 Satz 2 genannten Stellvertreter ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, für die übrigen Beamten der Künstlersozialkasse der Geschäftsführer der Unfallkasse des Bundes.

§ 37a

(weggefallen)

§ 37b

(weggefallen)

(weggefallen)

§ 38

(1) Bei der Künstlersozialkasse wird ein Beirat aus Persönlichkeiten aus den Kreisen der Versicherten und der zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten gebildet. Dabei sollen die Bereiche Wort, Musik, darstellende und bildende Kunst möglichst angemessen vertreten sein.

(2) Aufgabe des Beirats ist es, die Künstlersozialkasse bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu beraten.

(3) Die Mitglieder des Beirats sowie ihre Stellvertreter werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales berufen. Dabei sollen Vorschläge von Verbänden, die die Interessen der Versicherten oder der zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten vertreten, nach Möglichkeit berücksichtigt werden. Ein Mitglied des Beirats kann aus wichtigem Grund vor Ablauf der Amtsdauer abberufen werden.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(4) Die §§ 40 bis 42 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch über Ehrenämter, Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen und Haftung gelten sinngemäß.

§ 39

(1) Den Widerspruchsbescheid im Vorverfahren nach § 85 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes erläßt einer der bei der Künstlersozialkasse zu bildenden Ausschüsse. Es wird jeweils ein Ausschuß für die Bereiche Wort, Musik, darstellende Kunst und bildende Kunst errichtet.

(2) Jeder Ausschuß setzt sich aus zwei Mitgliedern des Beirats, und zwar je einem Vertreter der Versicherten und der nach § 24 Abs. 1 oder 2 zur Abgabe Verpflichteten, und einem Vertreter der Künstlersozialkasse zusammen. Die Mitglieder der Ausschüsse werden auf Vorschlag des Beirats durch die Künstlersozialkasse berufen.

(3) Die Mitglieder der Ausschüsse sind unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen.

(4) Für die Mitglieder des Beirats in den Ausschüssen gilt § 38 Abs. 4.

§ 40

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestimmt durch Rechtsverordnung das Nähere über die Aufgaben, die Zusammensetzung, die Rechte und Pflichten der Mitglieder, die Amtsdauer und das Verfahren des Beirats (§ 38) und der Ausschüsse (§ 39).

§ 41

(weggefallen)

§ 42

Die Einnahmen aus Beitragsanteilen, der Künstlersozialabgabe und dem Bundeszuschuss sind als abgesondertes Vermögen zu verwalten. Dieses haftet nicht für Verbindlichkeiten der Unfallkasse des Bundes als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Haftung der Unfallkasse des Bundes für Verbindlichkeiten der Künstlersozialkasse nach dem Ersten und Vierten Teil ist auf das abgesonderte Vermögen der Künstlersozialkasse beschränkt.

§ 43

(1) Die Unfallkasse des Bundes weist alle zu erwartenden Einnahmen, voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen der Künstlersozialkasse in einem gesonderten Haushaltsplan aus. Auf die Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplans, die Zahlungen, die Buchführung und die Rechnungslegung sind die für die Träger der Rentenversicherung jeweils geltenden Bestimmungen, mit Ausnahme des Kontenrahmens, entsprechend anzuwenden.

(2) Die Künstlersozialkasse erstellt einen eigenen Kontenrahmen. Er bedarf der Genehmigung des Bundesversicherungsamts. Die Veranschlagung und Buchung der Verwaltungseinnahmen und -ausgaben sowie der Investitionseinnahmen und -ausgaben richtet sich nach dem Kontenrahmen für die Träger der allgemeinen Rentenversicherung.

(3) Die Künstlersozialkasse stellt unter Mitwirkung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales den Haushaltsplan auf und stellt ihn nach Anhörung des Beirats fest.

(4) Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes, die mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums der Finanzen erteilt wird. Die Genehmigung erstreckt sich auch auf die Zweckmäßigkeit der Ansätze. Der Haushaltsplan ist dem Bundesversicherungsamt spätestens am 1. September vor Beginn des Haushaltsjahres, für das er gelten soll, vorzulegen.

(5) Soweit der Haushaltsplan zu Beginn des Haushaltsjahres noch nicht genehmigt ist, kann das Bundesversicherungsamt zulassen, daß die Künstlersozialkasse die Ausgaben leistet, die unvermeidbar sind, um ihre rechtlich begründeten Verpflichtungen und Aufgaben zu erfüllen.

(6) Im Falle eines unvorhergesehenen und unabweisbaren Bedürfnisses, für das Ausgaben im Haushaltsplan nicht oder nicht in ausreichender Höhe veranschlagt sind, kann die Künstlersozialkasse mit Einwilligung des Bundesversicherungsamtes, die mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums der Finanzen erteilt wird, überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben leisten.

(7) Nach Ende des Haushaltsjahres hat die Künstlersozialkasse eine Rechnung aufzustellen. Die Rechnung umfaßt auch den Bestand, die Einnahmen und Ausgaben der Liquiditätsreserve und des sonstigen Vermögens. Sie ist vom Bundesversicherungsamt zu prüfen. Das Bundesversicherungsamt erteilt die Entlastung.

§ 44

(1) Die Künstlersozialkasse hat kurzfristig verfügbare Mittel zur Bestreitung ihrer laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen (Betriebsmittel) bereitzuhalten. Die Betriebsmittel sollen im Betrag mindestens einer Monatsausgabe nach dem Durchschnitt des voraufgegangenen Kalenderjahres entsprechen (Liquiditätssoll).

(2) Solange das Liquiditätssoll nicht vorhanden ist, hat die Künstlersozialkasse zur Auffüllung der Betriebsmittel jährlich mindestens 1 vom Hundert des im Haushaltsplan vorgesehenen Einnahmesolls (Auffüllungssoll) den Betriebsmitteln zuzuführen.

§ 45

§ 80 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 46

Die Aufsicht über die Künstlersozialkasse führt das Bundesversicherungsamt, soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes bestimmt.

§ 47

Die Künstlersozialkasse hat die Versicherten und die zur Künstlersozialabgabe Verpflichteten über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und zu beraten.

§ 48

-

Dritter Teil

(weggefallen)

Vierter Teil
Übergangs- und Schlußvorschriften

(weggefallen)

§ 55

(weggefallen)

§ 56

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) (weggefallen)

(2) § 5 Abs. 1 Nr. 8 ist nicht auf Personen anzuwenden, die ihr Studium vor dem 1. Juli 2001 aufgenommen haben.

§ 56a

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die am 31. Dezember 1988 auf Grund des § 5 Nr. 6 in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind, bleiben versicherungsfrei.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, deren Tätigkeitsort am 31. Dezember 1991 im Beitrittsgebiet liegt und die von der Krankenversicherungspflicht befreit sind, bleiben versicherungsfrei, wenn sie ihren Wohnsitz vor dem 3. Oktober 1990 in diesem Gebiet hatten. Sie können gegenüber der Künstlersozialkasse schriftlich bis zum 30. Juni 1992 erklären, daß sie versicherungspflichtig werden wollen. Die Versicherung beginnt mit dem Ersten des Kalendermonats, der auf den Monat folgt, in dem die Erklärung bei der Künstlersozialkasse eingegangen ist. Unbeschadet der Sätze 2 und 3 gilt § 6 Abs. 2 entsprechend.

(3) Die Vorschriften des § 10 über einen Zuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag finden Anwendung. Im Fall des Absatzes 2 Satz 1 beginnt der Anspruch mit dem auf den Antrag folgenden Kalendermonat; geht der Antrag bis zum 31. März 1992 bei der Künstlersozialkasse ein, beginnt der Anspruch mit dem 1. Januar 1992.

§ 56b

Endet die in § 6 Abs. 1 in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung genannte Fünfjahresfrist nach dem 31. Dezember 1988, bleibt die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bestehen; § 6 Abs. 2 gilt entsprechend. Endet die Fünfjahresfrist vor dem 1. Juli 1989, gilt § 6 Abs. 2 entsprechend mit der Maßgabe, daß die Erklärung bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem Ende der Fünfjahresfrist abgegeben werden kann.

§ 57

(weggefallen)

(weggefallen)

§ 61

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 1983 in Kraft.

(2) Am Tag nach der Verkündung treten in Kraft:

1. der zweite Teil,
2. § 28 Satz 3,
3.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Gesetz über die Sicherung des Unterhalts der zum Wehrdienst einberufenen Wehrpflichtigen und ihrer Angehörigen (Unterhaltssicherungsgesetz - USG)

USG

Ausfertigungsdatum: 26.07.1957

Vollzitat:

"Unterhaltssicherungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. August 2008 (BGBl. I S. 1774), das durch Artikel 2f des Gesetzes vom 24. September 2008 (BGBl. I S. 1856) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 26.8.2008 I 1774
Geändert durch Art. 2f G v. 24.9.2008 I 1856

2011 noch aktuell

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.7.1980 +++)
(+++ Maßgaben aufgrund des EinigVtr vgl. USG Anhang EV +++)

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt
Allgemeine Grundsätze
§ 1 Sicherung des Unterhalts
§ 2 Leistungsarten
§ 3 Familienangehörige
§ 4 Anspruchsvoraussetzungen
§ 4a Antrag

Zweiter Abschnitt
Leistungen zur Unterhaltssicherung
I. Leistungen nach § 2 Nr. 1
§ 5 Allgemeine Leistungen
§ 5a Überbrückungsgeld
§ 5b Besondere Zuwendung
§ 5c Beihilfe bei Geburt eines Kindes
§ 6 Einzelleistungen
§ 7 Sonderleistungen
§ 7a Mietbeihilfe
§ 7b Wirtschaftsbeihilfe
§ 8 (weggefallen)
§ 9 Empfangsberechtigte
§ 10 Bemessungsgrundlage
§ 11 Anrechnung von Einkommen
§ 12 Ersatzansprüche

II. Leistungen nach § 2 Nr. 2
§ 12a Leistungen für grundwehrdienstleistende Sanitätsoffiziere

III. Leistungen nach § 2 Nr. 3
§ 13 Verdienstausfallentschädigung
§ 13a Leistungen für Selbständige

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 13b Entschädigung bei Ausfall sonstiger Einkünfte
§ 13c Mindestleistung
§ 13d Zusammentreffen mehrerer Ansprüche

IV. Gemeinsame Vorschriften
§ 14 Ruhen der Leistungen
§ 15 Steuerfreiheit
§ 16 Überzahlungen

Dritter Abschnitt
Zuständigkeit und Verfahren
§ 17 Zuständigkeit
§ 18 Zahlungsart und Dauer
§ 19 Kosten
§ 20 Auskunfts- und Mitteilungspflicht
§§ 21, 22 (weggefallen)

Vierter Abschnitt
Sonstige Vorschriften
§ 23 Härteausgleich
§ 24 Ordnungswidrigkeit
§ 25 Erlass von Rechtsverordnungen
§ 26 (Inkrafttreten)

Erster Abschnitt
Allgemeine Grundsätze

§ 1 Sicherung des Unterhalts

(1) Der nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes einberufene Wehrpflichtige und seine Familienangehörigen erhalten Leistungen zur Sicherung ihres Lebensbedarfs (Unterhaltssicherung) nach Maßgabe dieses Gesetzes. Dies gilt auch, wenn Wehrdienst nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes geleistet wird.

(2) Ein Anspruch auf Unterhaltssicherung nach diesem Gesetz besteht nicht, wenn der Wehrpflichtige Dienstbezüge als Berufssoldat oder Soldat auf Zeit erhält. Das Gleiche gilt mit Ausnahme des § 13c Abs. 2, soweit der Wehrpflichtige als Beamter oder Richter Dienstbezüge oder Unterhaltszuschuss oder als Arbeitnehmer Arbeitsentgelt erhält.

§ 2 Leistungsarten

Zur Unterhaltssicherung werden gewährt,

1. wenn der Wehrpflichtige Grundwehrdienst leistet,
   a) allgemeine Leistungen (§ 5),
   b) Überbrückungsgeld (§ 5a),
   c) besondere Zuwendung (§ 5b),
   d) Beihilfe bei Geburt eines Kindes (§ 5c),
   e) Einzelleistungen (§ 6),
   f) Sonderleistungen (§ 7),
   g) Mietbeihilfe (§ 7a),
   h) Wirtschaftsbeihilfe (§ 7b);

   diese Leistungen werden mit Ausnahme des Überbrückungsgeldes (§ 5a) auch gewährt, wenn der Wehrpflichtige freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst im Anschluss an den Grundwehrdienst leistet;
   allgemeine Leistungen (§ 5), Überbrückungsgeld (§ 5a) und besondere Zuwendung (§ 5b) werden nicht gewährt für die Zeit, in der auch der Lebenspartner Grundwehrdienst leistet;

2. wenn der Wehrpflichtige Grundwehrdienst als Sanitätsoffizier in militärfachlicher Verwendung leistet,
   Leistungen für grundwehrdienstleistende Sanitätsoffiziere (§ 12a);
3. wenn der Wehrpflichtige eine Wehrübung leistet, an einer besonderen Auslandsverwendung nach § 6a des Wehrpflichtgesetzes, einer Hilfeleistung im Innern nach § 6c des Wehrpflichtgesetzes oder einer Hilfeleistung im Ausland nach § 6d des Wehrpflichtgesetzes teilnimmt oder unbefristeten Wehrdienst im Spannungs- und Verteidigungsfall leistet,
   Leistungen nach den §§ 13 bis 13d;
   diese Leistungen werden auch gewährt bei der Heranziehung zu Dienstleistungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes.

§ 3 Familienangehörige

(1) Familienangehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. die Ehefrau oder der Lebenspartner des Wehrpflichtigen,
2. Kinder des Wehrpflichtigen,
3. Kinder der Ehefrau des Wehrpflichtigen, die nicht von ihm abstammen, jedoch im gemeinsamen Haushalt leben, sowie Kinder des Lebenspartners, die mit dem Wehrpflichtigen im gemeinsamen Haushalt leben,
4. die Frau, deren Ehe mit dem Wehrpflichtigen geschieden, für nichtig erklärt oder aufgehoben ist, sowie der Lebenspartner des Wehrpflichtigen, dessen Lebenspartnerschaft aufgehoben ist,
5. die Eltern und Großeltern des Wehrpflichtigen,
6. Geschwister des Wehrpflichtigen.

(2) Kinder, für die dem Wehrpflichtigen die elterliche Sorge zusteht, sowie die in Absatz 1 Nr. 1 und 3 genannten Personen sind Familienangehörige im engeren Sinne. Die übrigen Personen sind sonstige Familienangehörige.

§ 4 Anspruchsvoraussetzungen

(1) Familienangehörige nach § 3 Abs. 1 Nr. 1, 2, 4 und 5 haben Anspruch auf Leistungen zur Unterhaltssicherung,

1. wenn sie nach bürgerlichem Recht einen Unterhaltsanspruch gegen den Wehrpflichtigen haben oder
2. wenn sie nach bürgerlichem Recht einen Unterhaltsanspruch gegen den Wehrpflichtigen hätten, falls er nicht eingezogen worden wäre.

(2) Familienangehörige nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 und 6 haben Anspruch auf Leistungen zur Unterhaltssicherung,

1. wenn sie von dem Wehrpflichtigen ganz oder überwiegend unterhalten worden sind oder
2. wenn sie von dem Wehrpflichtigen ganz oder überwiegend unterhalten worden wären, falls er nicht eingezogen worden wäre.

§ 4a Antrag

(1) Die Leistungen zur Unterhaltssicherung werden auf Antrag gewährt.

(2) Antragsberechtigt sind

1. die anspruchsberechtigten Familienangehörigen,
2. der Wehrpflichtige.

(3) Als Antrag gilt auch die schriftliche Anzeige eines Trägers der Sozialhilfe nach § 93 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder der Träger der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach § 33 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(4) Das Antragsrecht erlischt drei Monate nach Beendigung des geleisteten Wehrdienstes. Ist gegen den Wehrpflichtigen ein Verfahren auf Unterhaltsleistung anhängig, so erlischt das Antragsrecht erst mit Ablauf eines Monats nach Abschluss des Verfahrens oder nach Rechtskraft der Entscheidung.

Zweiter Abschnitt
Leistungen zur Unterhaltssicherung

I.
Leistungen nach § 2 Nr. 1

§ 5 Allgemeine Leistungen

(1) Anspruchsberechtigte Familienangehörige im engeren Sinne erhalten zur Unterhaltssicherung allgemeine Leistungen.

(2) Die allgemeinen Leistungen betragen

1. für die Ehefrau oder den Lebenspartner 60 vom Hundert der Bemessungsgrundlage, höchstens 1.067 Euro monatlich,
2. für jedes Kind 12 vom Hundert der Bemessungsgrundlage, höchstens 213,50 Euro monatlich; werden allgemeine Leistungen nach Nummer 1 nicht gewährt, erhöht sich der Anspruch für jedes Kind auf 20 vom Hundert der Bemessungsgrundlage, höchstens 356 Euro monatlich.

Die Beträge nach den Nummern 1 und 2 zusammen dürfen 90 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nicht überschreiten.

(3) Als Mindestleistungen werden gewährt

1. der Ehefrau oder dem Lebenspartner 367 Euro monatlich,
2. dem ersten Kind 118,50 Euro, dem zweiten Kind 102 Euro, dem dritten und jedem weiteren Kind je 85 Euro monatlich.

Der Betrag nach Nummer 1 erhöht sich auf 542,50 Euro, wenn die Ehefrau oder der Lebenspartner mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt lebt und für deren Pflege und Erziehung sorgt.

§ 5a Überbrückungsgeld

Anspruchsberechtigte Familienangehörige im engeren Sinne erhalten bei Entlassung des Wehrpflichtigen nach einem Grundwehrdienst von mindestens einem Monat ein Überbrückungsgeld. Das Überbrückungsgeld beträgt für die Ehefrau oder für den Lebenspartner 358 Euro und für jedes Kind 102,50 Euro. Es wird für die gesamte Dauer des Grundwehrdienstes nur einmal gewährt.

§ 5b Besondere Zuwendung

Anspruchsberechtigte Familienangehörige im engeren Sinne erhalten für den Monat Dezember neben den allgemeinen Leistungen eine besondere Zuwendung. Die besondere Zuwendung beträgt für die Ehefrau oder für den Lebenspartner 230 Euro und für jedes Kind 30,50 Euro.

§ 5c Beihilfe bei Geburt eines Kindes

Einem Kind, das während des Grundwehrdienstes des Wehrpflichtigen geboren wird und Anspruch auf allgemeine Leistungen hat, wird zu den Kosten seiner Erstausstattung eine einmalige Beihilfe von 128 Euro gewährt.

§ 6 Einzelleistungen

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) Anspruchsberechtigte sonstige Familienangehörige erhalten zur Unterhaltssicherung Einzelleistungen.

(2) Die Einzelleistungen bemessen sich nach den Unterhaltsleistungen, zu deren Gewährung der Wehrpflichtige ohne die Einberufung gesetzlich verpflichtet wäre. War der Wehrpflichtige vor der Einberufung infolge Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Krankheit oder aus Gründen, denen er sich nicht entziehen konnte, zur Gewährung des Unterhalts außerstande, so bemessen sich die Einzelleistungen nach den Unterhaltsleistungen, zu deren Gewährung er verpflichtet gewesen wäre, wenn diese Umstände nicht vorgelegen hätten.

(3) Die Einzelleistungen dürfen zusammen mit den allgemeinen Leistungen 90 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nicht überschreiten. Reicht dieser Betrag zur vollen Befriedigung der Ansprüche nicht aus, sind die Einzelleistungen zu kürzen.

§ 7 Sonderleistungen

(1) Die anspruchsberechtigten Familienangehörigen im engeren Sinne erhalten Sonderleistungen nach Absatz 2 Nr. 1, 3, 3a und 6. Der Wehrpflichtige erhält Sonderleistungen nach Absatz 2 Nr. 2, 2a und 4 bis 6. Die Sonderleistungen werden neben den allgemeinen Leistungen nach § 5 gewährt.

(2) Als Sonderleistungen werden gewährt

1. Krankenhilfe, Hilfe bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Mutterschaftshilfe sowie sonstige Hilfen im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie nicht nach sozialversicherungsrechtlichen oder anderen gesetzlichen Vorschriften gewährt werden oder soweit die Kosten nicht von einer privaten Krankenversicherung ersetzt werden; die Hilfe hat die Leistungen sicherzustellen, die Familienangehörigen nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zustehen;
2. Ersatz der Ruhensbeiträge zu einer privaten Krankenversicherung zu Gunsten nichtkrankenversicherungspflichtiger Wehrpflichtiger;
2a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zu Gunsten Wehrpflichtiger, für die keine Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung entrichtet werden;
3. Ersatz der Beiträge zu einer Krankenversicherung, die zu Gunsten von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen an ein privates Krankenversicherungsunternehmen oder an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt werden;
3a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zu Gunsten von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen;
4. Ersatz der Beiträge zu Versicherungen gegen Vermögensnachteile mit Ausnahme von Versicherungen, die mit dem Führen und Halten von Kraftfahrzeugen zusammenhängen;
5. Ersatz der Aufwendungen für den Bau oder Kauf von eigenem selbstgenutzten Wohnraum;
6. Ersatz der notwendigen Aufwendungen für die Bestattung von Familienangehörigen, soweit diese Aufwendungen nicht durch Ansprüche gegen Versicherungen oder ähnliche Einrichtungen gedeckt sind.

(3) Die Sonderleistungen nach Absatz 2 Nr. 4 dürfen höchstens 6 vom Hundert, die nach Absatz 2 Nr. 5 höchstens 45 vom Hundert der Bemessungsgrundlage betragen. Diese Sonderleistungen dürfen außerdem zusammen mit den allgemeinen Leistungen und den Einzelleistungen 90 vom Hundert der Bemessungsgrundlage nicht überschreiten. Reicht dieser Betrag zur vollen Befriedigung der Ansprüche nicht aus, sind zuerst die Einzelleistungen, dann die Sonderleistungen zu kürzen.

(4) Die Sonderleistungen nach Absatz 2 Nr. 4 und 5 werden nur gewährt, wenn die den Aufwendungen zugrunde liegenden Verträge bei Beginn des Wehrdienstes mindestens sechs Monate bestehen und den Wehrpflichtigen für diesen Zeitraum zu Aufwendungen in einer Höhe verpflichten, die mindestens dem geltend gemachten Betrag entspricht.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 7a Mietbeihilfe

(1) Wehrpflichtige, die allein stehend und Mieter von Wohnraum sind, erhalten Mietbeihilfe nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4. Alleinstehend sind Wehrpflichtige, die nicht mit Familienangehörigen nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 und 5 in einer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft leben. Keine Mietbeihilfe erhalten Wehrpflichtige, die im Eigentum der Familienangehörigen nach § 3 Abs. 1 Nr. 5 stehenden Wohnraum nutzen und über kein eigenes Einkommen im Sinne von § 10 verfügen.

(2) Als Mietbeihilfe wird gewährt

1. Ersatz der vollen Miete, jedoch monatlich nicht mehr als 298,50 Euro, wenn der Wehrpflichtige die Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 1 bei Beginn des Wehrdienstes bereits sechs Monate erfüllt oder den Wohnraum dringend benötigt;
2. Ersatz von 70 vom Hundert der Miete, jedoch monatlich nicht mehr als 209 Euro, in allen anderen Fällen des Absatzes 1, sofern das Mietverhältnis vor dem Wehrdienst begonnen hat.

Überschreitet in den Fällen der Nummer 1 die Miete den Höchstbetrag und beträgt die Bemessungsgrundlage mehr als 663,50 Euro, erhöht sich die Mietbeihilfe bis zu 45 vom Hundert der Bemessungsgrundlage, höchstens jedoch auf 613,50 Euro monatlich. Als Miete gelten das Entgelt für die Gebrauchsüberlassung des Wohnraums und die sonstigen Aufwendungen, soweit sie zur Aufrechterhaltung des Mietverhältnisses unabweisbar notwendig sind.

(3) Wird der Wohnraum von anderen als den in § 3 Abs. 1 Nr. 2 genannten Personen mitbenutzt, ist für die Gewährung der Mietbeihilfe der Anteil der erstattungsfähigen Aufwendungen zu Grunde zu legen, der nach der Gesamtzahl der Wohnraumbenutzer auf den Wehrpflichtigen entfällt.

(4) Soweit Wohngeld nach § 20 Abs. 1 des Wohngeldgesetzes weitergewährt wird, wird es auf die Mietbeihilfe angerechnet.

§ 7b Wirtschaftsbeihilfe

(1) Wehrpflichtige, die bei Beginn des Wehrdienstes mindestens zwölf Monate Inhaber eines Gewerbebetriebes oder Betriebes der Land- und Forstwirtschaft sind oder eine andere selbständige Tätigkeit ausüben, erhalten zur Sicherung dieser Erwerbsgrundlage Wirtschaftsbeihilfe nach Absatz 2 oder 3.

(2) Wird der Betrieb oder die selbständige Tätigkeit des Wehrpflichtigen während des Wehrdienstes fortgeführt, erhält der Wehrpflichtige Ersatz der angemessenen Aufwendungen für Ersatzkräfte, soweit diese Aufwendungen nicht aus dem Geschäftsergebnis gedeckt werden können. Ersatzkraft im Sinne des Satzes 1 ist, wer mit Rücksicht auf die wehrdienstbedingte Abwesenheit des Betriebs- oder Praxisinhabers eingestellt worden ist und an dessen Stelle tätig wird. Als Geschäftsergebnis gelten die in der Zeit der Beschäftigung der Ersatzkräfte erzielten Einkünfte aus dem Betrieb oder der selbständigen Tätigkeit zuzüglich der Aufwendungen für diese Ersatzkräfte; die Einkünfte während der Beschäftigungszeit sind nach dem Durchschnitt der durch Einkommensteuerbescheid festgestellten Einkünfte aus den Steuerjahren zu errechnen, in denen der Wehrpflichtige die Ersatzkräfte beschäftigt hat.

(3) Ruht der Betrieb oder die selbständige Tätigkeit während des Wehrdienstes, erhält der Wehrpflichtige Ersatz der Aufwendungen für die Miete der Berufsstätte sowie der sonstigen unabwendbaren Aufwendungen zur Sicherung der Fortführung des Betriebes oder der selbständigen Tätigkeit.

§ 8 (weggefallen)

-

§ 9 Empfangsberechtigte

Die Leistungen sind grundsätzlich an einen Anspruchsberechtigten auszuzahlen. Die Leistungen für ein anspruchsberechtigtes Kind sind abweichend hiervon an

diejenige Person auszuzahlen, die sorgeberechtigt ist und bei der das Kind lebt. Der Härteausgleich nach § 23 ist an denjenigen auszuzahlen, bei dem die besondere Härte vorliegt; bei einem Härteausgleich für Kinder gilt Satz 2.

§ 10 Bemessungsgrundlage

(1) Bemessungsgrundlage im Sinne dieses Gesetzes ist der monatliche Durchschnitt des Nettoeinkommens des Wehrpflichtigen.

(2) Nettoeinkommen ist

1. bei einem Wehrpflichtigen, der zur Einkommensteuer zu veranlagen ist, der Gesamtbetrag der von ihm erzielten Einkünfte, der sich aus dem letzten Einkommensteuerbescheid nach Abzug der auf diese Einkünfte entfallenden Steuern vom Einkommen ergibt; nach den §§ 7b bis 7d des Einkommensteuergesetzes abgesetzte Beträge sind den Einkünften wieder hinzuzurechnen; ist der Wehrpflichtige wegen Vorliegens der Voraussetzungen des § 46 des Einkommensteuergesetzes zu veranlagen, bestimmt sich das Nettoeinkommen nach Nummer 2;
2. bei einem Wehrpflichtigen, der nicht zur Einkommensteuer zu veranlagen ist, der Arbeitslohn in dem Jahr, das dem Kalendermonat vor der Einberufung vorausgeht, nach Abzug der entrichteten Steuern vom Einkommen und der Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung sowie seine Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 5 bis 7 des Einkommensteuergesetzes; decken sich die Lohnzahlungszeiträume nicht mit diesem Jahr, sind die Lohnzahlungszeiträume maßgebend, die in diesem Jahr geendet haben.

(3) Zeiten der Berufsausbildung sowie Zeiten des Verdienstausfalls infolge Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Krankheit oder aus Gründen, denen der Wehrpflichtige sich nicht entziehen konnte, bleiben unberücksichtigt. Soweit diese Zeiten im Fall des Absatzes 2 Nr. 2 das gesamte dort genannte Jahr ausfüllen, ist der Durchschnitt des Nettoeinkommens des Vorjahres maßgebend.

§ 11 Anrechnung von Einkommen

(1) Die Leistungen zur Unterhaltssicherung sind um die einkommensteuerpflichtigen Einkünfte des Wehrpflichtigen zu kürzen, die er während des Wehrdienstes erhält. Hierbei sind die Einkünfte um die Steuern vom Einkommen sowie um die Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozialversicherung und den Beitrag des Arbeitnehmers zur Bundesagentur für Arbeit zu mindern. Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes sind nach den durchschnittlich auf den Bewilligungszeitraum entfallenden Einkünften zu ermitteln, wie sie sich aus den für diese Zeit maßgebenden Einkommensteuerbescheiden ergeben. Außer Ansatz bleiben

1. Teile der Einkünfte, soweit sie bei der Gewährung der Wirtschaftsbeihilfe nach § 7b Abs. 2 bereits angerechnet worden sind;
2. die Einkünfte des Wehrpflichtigen aus seiner Tätigkeit vor der Einberufung, die während des Wehrdienstes eingehen und nicht regelmäßig wiederkehrende feste Vergütungen sind, sofern die Erwerbstätigkeit während des Wehrdienstes ruht.

(2) Die Gewährung von Leistungen zur Unterhaltssicherung darf nicht von dem Verbrauch oder der Verwertung des Vermögens abhängig gemacht werden.

§ 12 Ersatzansprüche

(1) Steht anspruchsberechtigten Familienangehörigen infolge eines Ereignisses, durch das die Gewährung oder die Erhöhung von Leistungen zur Unterhaltssicherung erforderlich wird, ein gesetzlicher Schadenersatzanspruch gegen Dritte zu, so geht dieser Anspruch auf die Bundesrepublik Deutschland über, soweit diese den anspruchsberechtigten Familienangehörigen Leistungen zur Unterhaltssicherung wegen des Ereignisses gewährt.

(2) Der Bund kann von den Trägern der Sozialversicherung entsprechend den §§ 103 bis 114 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch Erstattung verlangen.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

II.
Leistungen nach § 2 Nr. 2

§ 12a Leistungen für grundwehrdienstleistende Sanitätsoffiziere

(1) Wehrpflichtige, bei denen die Voraussetzungen des § 2 Nr. 2 vorliegen, erhalten einen Betrag von monatlich 946 Euro. Sind unterhaltsberechtigte Familienangehörige im engeren Sinne vorhanden, erhöht sich dieser Betrag auf monatlich 1.227 Euro; dies gilt nicht für die Zeit, in der auch der Lebenspartner Grundwehrdienst leistet.

(2) § 7b Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 gilt entsprechend. Für Wehrpflichtige, die Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 erhalten, gelten die §§ 5a bis 5c entsprechend.

III.
Leistungen nach § 2 Nr. 3

§ 13 Verdienstausfallentschädigung

(1) Wehrpflichtige, die infolge des Wehrdienstes Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit oder Lohnersatzleistungen einbüßen, erhalten eine Verdienstausfallentschädigung nach Absatz 2 oder 3.

(2) Arbeitnehmern, deren Arbeitsverhältnis nach dem Arbeitsplatzschutzgesetz während des Wehrdienstes ruht, wird das entfallende Arbeitsentgelt ersetzt. Als Arbeitsentgelt im Sinne des Satzes 1 gilt das Bruttoarbeitsentgelt, das dem Arbeitnehmer für die Zeit des Wehrdienstes im Fall eines Erholungsurlaubs zugestanden hätte, nach Abzug der Steuern vom Einkommen und der Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung; zum Arbeitsentgelt gehören nicht besondere Zuwendungen, die mit Rücksicht auf den Erholungsurlaub gewährt werden.

(3) Liegen die Voraussetzungen des Absatzes 2 nicht vor, erhält der Wehrpflichtige für jeden Wehrdiensttag 1/360 des Arbeitslohns, der in dem Jahre erzielt wurde, das dem Kalendermonat vor der Einberufung vorausgeht, nach Abzug der entrichteten Steuern vom Einkommen und der Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung. § 10 Abs. 2 Nr. 2 zweiter Halbsatz und § 10 Abs. 3 gelten entsprechend.

(4) Die Verdienstausfallentschädigung beträgt je Wehrdiensttag höchstens

1. für Wehrpflichtige mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen im engeren Sinne 184 Euro,
2. für die übrigen Wehrpflichtigen 153,50 Euro.

§ 13a Leistungen für Selbständige

(1) Wehrpflichtigen, die Inhaber von Gewerbebetrieben oder Betrieben der Land- und Forstwirtschaft sind oder andere selbständige Tätigkeiten ausüben, werden Leistungen nach Absatz 2 oder 3 gewährt.

(2) Zur Fortführung des Betriebs oder der selbständigen Tätigkeit während des Wehrdienstes werden dem Wehrpflichtigen die angemessenen Aufwendungen für eine Ersatzkraft, die an seiner Stelle tätig wird, oder die angemessenen Mehraufwendungen, die dadurch entstehen, dass der Wehrpflichtige seine Aufgaben im Betrieb für die Zeit seiner wehrdienstbedingten Abwesenheit teilweise oder ganz auf Betriebsangehörige überträgt, bis zu 307 Euro je Wehrdiensttag erstattet. Bei einer stundenweisen Vertretung nach Satz 1 werden die angemessenen Aufwendungen oder die angemessenen Mehraufwendungen bis zu 35 Euro je Stunde erstattet, jedoch nicht mehr als 307 Euro je Vertretungstag.

(3) Ist eine Fortführung des Betriebs oder der selbständigen Tätigkeit nach Absatz 2 aus Gründen, die der Wehrpflichtige nicht zu vertreten hat, nicht möglich mit der Folge, dass die betriebliche oder selbständige Tätigkeit während des Wehrdienstes ruht, erhält der Wehrpflichtige für die ihm entfallenden Einkünfte eine Entschädigung. Sie beträgt für jeden Wehrdiensttag 1/360 der Summe der Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes, die sich aus dem letzten Einkommensteuerbescheid ergibt, höchstens jedoch 307 Euro. § 10 Abs. 3 gilt entsprechend. Daneben werden dem Wehrpflichtigen die Miete für die Berufsstätte sowie die sonstigen Betriebsausgaben im Sinne des Einkommensteuergesetzes erstattet, sofern entsprechende laufende Zahlungsverpflichtungen für die Dauer des Wehrdienstes bestehen.

§ 13b Entschädigung bei Ausfall sonstiger Einkünfte

Wehrpflichtige, denen Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Einkommensteuergesetzes infolge des Wehrdienstes entfallen, erhalten als Entschädigung für jeden Wehrdiensttag 1/360 der sonstigen Einkünfte, die sich aus dem letzten Einkommensteuerbescheid ergeben, nach Abzug der während des Wehrdienstes weiterlaufenden sonstigen Einkünfte, höchstens jedoch 307 Euro.

§ 13c Mindestleistung

(1) Unterschreiten die Leistungen nach den §§ 13 bis 13b zusammen den Betrag, der sich für den Wehrpflichtigen auf Grund seines Dienstgrades und Familienstandes nach der als Anlage beigefügten Tabelle ergibt, wird die Tabellenleistung gewährt. Diese Mindestleistung steht auch Wehrpflichtigen zu, die keine Leistungen nach den §§ 13 bis 13b erhalten.

(2) Beamte, Richter und Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst erhalten die Mindestleistung nur, soweit sie höher ist als die nach dem Arbeitsplatzschutzgesetz gewährten Bezüge, Gehälter und Löhne, gemindert um die Steuern vom Einkommen und die Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung.

(3) Beamte, Richter und Berufssoldaten, die sich im Ruhestand befinden, erhalten als Mindestleistung den Unterschiedsbetrag zwischen ihren Versorgungsbezügen nach Abzug der entrichteten Lohnsteuern und den ruhegehaltfähigen Dienstbezügen nach der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der das Ruhegehalt berechnet ist, gemindert um den Betrag, der als Lohnsteuer von den Dienstbezügen abzuziehen wäre.

§ 13d Zusammentreffen mehrerer Ansprüche

Leistungen nach den §§ 13a und 13b werden zusammen nur bis zu dem in § 13a Abs. 2 festgelegten Höchstbetrag gewährt. Verdienstausfallentschädigung nach § 13 wird daneben nur insoweit gewährt, als sie die Hälfte des nach Satz 1 nicht in Anspruch genommenen Höchstbetrags nicht übersteigt.

IV.
Gemeinsame Vorschriften

§ 14 Ruhen der Leistungen

(1) Die Leistungen zur Unterhaltssicherung ruhen, wenn der Wehrpflichtige unter Fortfall der Geld- und Sachbezüge beurlaubt wird, wenn er eigenmächtig die Truppe oder Dienststelle verlässt, ihr fernbleibt und länger als eine Woche abwesend ist oder wenn er eine Freiheitsstrafe von wenigstens drei Monaten verbüßt.

(2) Verbüßt ein anspruchsberechtigter Familienangehöriger eine Freiheitsstrafe von wenigstens drei Monaten oder ist er für den gleichen Zeitraum auf Grund einer Maßregel der Besserung und Sicherung untergebracht, so ruhen die auf ihn entfallenden Leistungen zur Unterhaltssicherung.

§ 15 Steuerfreiheit

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) Leistungen nach diesem Gesetz sind steuerfrei. Dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 7b, 13a und 13b.

(2) Aufwendungen im Sinne des § 7 Abs. 2 Nr. 2 bis 4 sind insoweit nicht als Sonderausgaben nach § 10 des Einkommensteuergesetzes abzugsfähig, als für sie Sonderleistungen nach § 7 gewährt werden.

§ 16 Überzahlungen

(1) Zu Unrecht empfangene Leistungen zur Unterhaltssicherung sind zu erstatten, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist. Der Einwand der nicht mehr vorhandenen Bereicherung ist ausgeschlossen.

(2) Soweit die Überzahlung auf einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse beruht, kann der zu Unrecht gezahlte Betrag nur zurückgefordert werden, wenn der Empfänger wusste oder wissen musste, dass ihm die gewährten Leistungen im Zeitpunkt der Zahlung nicht oder nicht in der bisherigen Höhe zustanden.

(3) Von der Rückforderung der zu Unrecht empfangenen Leistungen kann ganz oder teilweise abgesehen werden, wenn sie eine besondere Härte für den Empfänger bedeutet oder wenn daraus in unverhältnismäßigem Umfang Kosten oder Verwaltungsaufwand entstehen.

(4) Der Wehrpflichtige hat die Kenntnis seiner Familienangehörigen, dass die Leistungen zu Unrecht empfangen worden sind, zu vertreten.

Dritter Abschnitt
Zuständigkeit und Verfahren

§ 17 Zuständigkeit

(1) Die Länder führen dieses Gesetz im Auftrag des Bundes durch.

(2) Die Landesregierungen bestimmen die für die Feststellung und Bewilligung der Leistungen zur Unterhaltssicherung zuständigen Behörden.

§ 18 Zahlungsart und Dauer

(1) Die Leistungen zur Unterhaltssicherung werden in der festgesetzten Höhe vom Tag des Beginns bis zum Tag der Beendigung des Wehrdienstes gewährt, sofern nicht zwischenzeitlich eine Änderung in den Verhältnissen des Wehrpflichtigen oder seiner Familienangehörigen eintritt, durch welche die Voraussetzungen zur Weitergewährung der Leistungen sich ändern oder entfallen.

(2) Die laufenden Leistungen zur Unterhaltssicherung werden monatlich im Voraus gezahlt. Bei einer Zahlung nach Tagen wird der Monat zu 30 Tagen gerechnet.

(3) Das Überbrückungsgeld (§ 5a) wird zu dem auf die Entlassung des Wehrpflichtigen aus dem Grundwehrdienst folgenden Tag gezahlt. Zum Grundwehrdienst im Sinne des Satzes 1 sind auch der freiwillige zusätzliche Wehrdienst und Wehrübungen hinzuzurechnen, wenn sie sich einzeln oder zusammen an den Grundwehrdienst unmittelbar anschließen. Die besondere Zuwendung (§ 5b) und die Beihilfe bei der Geburt eines Kindes (§ 5c) werden zusammen mit den allgemeinen Leistungen gezahlt.

§ 19 Kosten

(1) Die Leistungen zur Unterhaltssicherung trägt der Bund. Die Ausgaben sind für Rechnung des Bundes zu leisten. Die damit zusammenhängenden Einnahmen sind an den Bund abzuführen.

(2) Auf die für Rechnung des Bundes geleisteten Ausgaben und die mit ihnen zusammenhängenden Einnahmen sind die Vorschriften über das Haushaltsrecht des Bundes anzuwenden. Die für die Durchführung des Haushalts verantwortlichen Bundesbehörden

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

können ihre Befugnisse auf die zuständigen obersten Landesbehörden übertragen und zulassen, dass auf die für Rechnung des Bundes zu leistenden Ausgaben und die mit ihnen zusammenhängenden Einnahmen die landesrechtlichen Vorschriften über die Kassen- und Buchführung der zuständigen Landes- und Gemeindebehörden angewendet werden.

§ 20 Auskunfts- und Mitteilungspflicht

(1) Der Wehrpflichtige und die Familienangehörigen sind auf Verlangen der zuständigen Behörden (§ 17) verpflichtet, diesen die zur Feststellung der Leistungen zur Unterhaltssicherung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sie sind ferner verpflichtet, jede Änderung der Verhältnisse, die für die Bemessung dieser Leistungen von Einfluss ist, unverzüglich anzuzeigen.

(2) Die Arbeitgeber haben auf Verlangen der zuständigen Behörde Auskunft über Art und Dauer der Beschäftigung, über die Arbeitsstätte und über den Arbeitsverdienst des zum Wehrdienst einberufenen Wehrpflichtigen und der Familienangehörigen zu erteilen.

(3) Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, über alle das Beschäftigungsverhältnis des Wehrpflichtigen und der Familienangehörigen betreffenden ihnen bekannten Tatsachen Auskunft zu erteilen.

(4) Die Finanzbehörden haben den zur Gewährung der Leistungen zur Unterhaltssicherung zuständigen Behörden, soweit erforderlich, über die ihnen bekannten Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Wehrpflichtigen und seiner Familienangehörigen Auskunft zu erteilen.

(5) Die für die Einberufung und Entlassung eines Wehrpflichtigen zuständigen Stellen haben den nach § 17 zuständigen Behörden die Tatsachen unverzüglich mitzuteilen, die für die Gewährung oder Einstellung der Leistungen zur Unterhaltssicherung erheblich sind.

(weggefallen)

-

Vierter Abschnitt
Sonstige Vorschriften

§ 23 Härteausgleich

(1) Sofern sich in einzelnen Fällen aus den Vorschriften dieses Gesetzes besondere Härten ergeben, kann ein Ausgleich gewährt werden. Hierzu bedarf es des Einvernehmens der obersten Landesbehörde und des Bundesministeriums der Verteidigung. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung bestimmen, dass anstelle der obersten Landesbehörde eine dieser nachgeordnete Verwaltungsbehörde das Einvernehmen herstellt.

(2) In bestimmten Fällen kann das Bundesministerium der Verteidigung die Gewährung eines Härteausgleichs allgemein zulassen. In diesen Fällen bedarf es des Einvernehmens nicht.

§ 24 Ordnungswidrigkeit

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. bei Erteilung der Auskunft nach § 20 Abs. 1 Satz 1 unrichtige oder unvollständige Angaben macht oder
2. die in § 20 Abs. 1 Satz 2 vorgeschriebene Anzeige nicht oder nicht rechtzeitig erstattet,
3. Auskünfte, zu denen er nach § 20 Abs. 2 verpflichtet ist, ganz oder teilweise verweigert oder nicht rechtzeitig erteilt oder unrichtige oder unvollständige Angaben macht.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu dreitausend Euro geahndet werden.

§ 25 (weggefallen)

-

§ 26 (Inkrafttreten)

-

Anlage (zu § 13c)

(Fundstelle: BGBl. I 2008, 1782)

Dienstgrad	Tagessatz – in Euro –				
	Ledige[1)2)]	Verheiratete oder eine Lebenspartnerschaft Führende[3)]			
		ohne Kind	mit einem Kind	mit zwei Kindern	mit drei und mehr Kindern[4)]
Grenadier, Flieger, Matrose, Gefreiter	19,00 €	24,00 €	25,00 €	27,00 €	28,50 €
Obergefreiter	19,50 €	24,00 €	25,50 €	27,50 €	29,00 €
Hauptgefreiter	20,00 €	24,50 €	25,50 €	27,50 €	29,50 €
Stabsgefreiter, Oberstabsgefreiter, Unteroffizier, Maat, Fahnenjunker, Seekadett	20,50 €	25,00 €	26,50 €	28,00 €	30,00 €
Stabsunteroffizier, Obermaat	21,00 €	25,50 €	27,50 €	28,50 €	30,50 €
Feldwebel, Bootsmann, Fähnrich	22,00 €	26,50 €	28,00 €	29,00 €	31,00 €
Oberfeldwebel, Oberbootsmann	23,00 €	27,00 €	28,50 €	30,50 €	32,00 €
Hauptfeldwebel, Hauptbootsmann, Oberfähnrich	24,00 €	28,50 €	30,00 €	31,50 €	33,50 €
Stabsfeldwebel, Stabsbootsmann, Leutnant	25,50 €	30,50 €	32,00 €	34,00 €	36,00 €
Oberstabsfeldwebel, Oberstabsbootsmann, Oberleutnant	27,00 €	32,50 €	34,00 €	36,00 €	37,50 €
Hauptmann, Kapitänleutnant	30,00 €	36,00 €	38,00 €	39,50 €	41,50 €
Major, Korvettenkapitän, Stabsarzt, Stabshauptmann, Stabskapitänleutnant	34,00 €	42,00 €	44,50 €	46,00 €	48,00 €
Oberstleutnant, Fregattenkapitän, Oberstabsarzt	35,00 €	43,50 €	46,50 €	47,50 €	49,50 €
Oberfeldarzt, Flottillenarzt	38,00 €	47,50 €	49,50 €	51,00 €	53,00 €

1) Diesen Satz erhalten auch sonstige Wehrpflichtige im Sinne des § 13 Abs. 4 Buchstabe b.

2) Ledige Wehrpflichtige mit Kindern, für die ihnen die elterliche Sorge zusteht, erhalten ab dem ersten Kind für jedes Kind zusätzlich den jeweiligen Differenzbetrag der Tagessätze für Verheiratete oder eine Lebenspartnerschaft Führende zu den Kindern.

3) Diesen Satz erhalten auch sonstige Wehrpflichtige im Sinne des § 13 Abs. 4 Buchstabe a.

4) Bei mehr als drei Kindern wird der Tagessatz für jedes weitere Kind um die Differenz des Tabellensatzes vom zweiten zum dritten Kind erhöht.

Anhang EV Auszug aus EinigVtr Anlage I Kapitel XIX Sachgebiet B Abschnitt III
(BGBl. II 1990, 889, 1147)
- Maßgaben für das beigetretene Gebiet (Art. 3 EinigVtr) -

Abschnitt III
Bundesrecht tritt in dem in Artikel 3 des Vertrages genannten Gebiet mit folgenden Maßgaben in Kraft:

...

6. Unterhaltssicherungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2614), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. April 1990 (BGBl I S. 769),
   mit folgender Maßgabe:
   Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, die Höhe der in Beträgen festgeschriebenen Leistungen sowie die Leistungsgrenzen entsprechend den wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnissen in dem in Artikel 3 des Vertrages genannten Gebiet anzupassen.

...

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015)

SGB 1

Ausfertigungsdatum: 11.12.1975

Vollzitat:

"Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 12 Absatz 2a des Gesetzes vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert Art. 12 Abs. 2a G v. 24.3.2011 I 453

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.1.1982 +++)
(+++ Maßgaben aufgrund EinigVtr nicht mehr anzuwenden gem. Art. 109 Nr. 3 Buchst. d DBuchst. aa G v. 8.12.2010 I 1864 mWv 15.12.2010 +++)

Das G wurde vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Es ist gem. Art. II § 23 Abs. 1 G v. 11.12.1975 I 3015 (SGBAT) am 1.1.1976 in Kraft getreten.

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt
Aufgaben des Sozialgesetzbuches und soziale Rechte

§ 1 Aufgaben des Sozialgesetzbuches
§ 2 Soziale Rechte
§ 3 Bildungs- und Arbeitsförderung
§ 4 Sozialversicherung
§ 5 Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden
§ 6 Minderung des Familienaufwands
§ 7 Zuschuss für eine angemessene Wohnung
§ 8 Kinder- und Jugendhilfe
§ 9 Sozialhilfe
§ 10 Teilhabe behinderter Menschen

Zweiter Abschnitt
Einweisungsvorschriften

Erster Titel
Allgemeines über Sozialleistungen und Leistungsträger

§ 11 Leistungsarten
§ 12 Leistungsträger
§ 13 Aufklärung
§ 14 Beratung
§ 15 Auskunft
§ 16 Antragstellung
§ 17 Ausführung der Sozialleistungen

Zweiter Titel
Einzelne Sozialleistungen und zuständige Leistungsträger

§ 18 Leistungen der Ausbildungsförderung
§ 19 Leistungen der Arbeitsförderung
§ 19a Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 19b Leistungen bei gleitendem Übergang älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand
§ 20 (aufgehoben)
§ 21 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
§ 21a Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
§ 21b Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen
§ 22 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung
§ 23 Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte
§ 24 Versorgungsleistungen bei Gesundheitsschäden
§ 25 Kindergeld, Kinderzuschlag, Leistungen für Bildung und Teilhabe, Erziehungsgeld und Elterngeld
§ 26 Wohngeld
§ 27 Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe
§ 28 Leistungen der Sozialhilfe
§ 28a (weggefallen)
§ 29 Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Dritter Abschnitt
Gemeinsame Vorschriften für alle Sozialleistungsbereiche dieses Gesetzbuches

Erster Titel
Allgemeine Grundsätze

§ 30 Geltungsbereich
§ 31 Vorbehalt des Gesetzes
§ 32 Verbot nachteiliger Vereinbarungen
§ 33 Ausgestaltung von Rechten und Pflichten
§ 33a Altersabhängige Rechte und Pflichten
§ 33b Lebenspartnerschaften
§ 33c Benachteiligungsverbot
§ 34 Begrenzung von Rechten und Pflichten
§ 35 Sozialgeheimnis
§ 36 Handlungsfähigkeit
§ 36a Elektronische Kommunikation
§ 37 Vorbehalt abweichender Regelungen

Zweiter Titel
Grundsätze des Leistungsrechts

§ 38 Rechtsanspruch
§ 39 Ermessensleistungen
§ 40 Entstehen der Ansprüche
§ 41 Fälligkeit
§ 42 Vorschüsse
§ 43 Vorläufige Leistungen
§ 44 Verzinsung
§ 45 Verjährung
§ 46 Verzicht
§ 47 Auszahlung von Geldleistungen
§ 48 Auszahlung bei Verletzung der Unterhaltspflicht
§ 49 Auszahlung bei Unterbringung
§ 50 Überleitung bei Unterbringung
§ 51 Aufrechnung
§ 52 Verrechnung
§ 53 Übertragung und Verpfändung
§ 54 Pfändung
§ 55 Kontenpfändung und Pfändung von Bargeld
§ 56 Sonderrechtsnachfolge
§ 57 Verzicht und Haftung des Sonderrechtsnachfolgers
§ 58 Vererbung
§ 59 Ausschluss der Rechtsnachfolge

Dritter Titel
Mitwirkung des Leistungsberechtigten

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 60 Angabe von Tatsachen
§ 61 Persönliches Erscheinen
§ 62 Untersuchungen
§ 63 Heilbehandlung
§ 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
§ 65 Grenzen der Mitwirkung
§ 65a Aufwendungsersatz
§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung
§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Vierter Abschnitt
Übergangs- und Schlussvorschriften
§ 68 Besondere Teile dieses Gesetzbuches
§ 69 Stadtstaaten-Klausel
§ 70 Überleitungsvorschrift zum Verjährungsrecht
§ 71 Überleitungsvorschrift zur Übertragung, Verpfändung und Pfändung

Erster Abschnitt
Aufgaben des Sozialgesetzbuchs und soziale Rechte

§ 1 Aufgaben des Sozialgesetzbuchs

(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen,

ein menschenwürdiges Dasein zu sichern,
gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen,
die Familie zu schützen und zu fördern,
den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.

(2) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, daß die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.

§ 2 Soziale Rechte

(1) Der Erfüllung der in § 1 genannten Aufgaben dienen die nachfolgenden sozialen Rechte. Aus ihnen können Ansprüche nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs im einzelnen bestimmt sind.

(2) Die nachfolgenden sozialen Rechte sind bei der Auslegung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, daß die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden.

§ 3 Bildungs- und Arbeitsförderung

(1) Wer an einer Ausbildung teilnimmt, die seiner Neigung, Eignung und Leistung entspricht, hat ein Recht auf individuelle Förderung seiner Ausbildung, wenn ihm die hierfür erforderlichen Mittel nicht anderweitig zur Verfügung stehen.

(2) Wer am Arbeitsleben teilnimmt oder teilnehmen will, hat ein Recht auf

1. Beratung bei der Wahl des Bildungswegs und des Berufs,
2. individuelle Förderung seiner beruflichen Weiterbildung,
3. Hilfe zur Erlangung und Erhaltung eines angemessenen Arbeitsplatzes und

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

4. wirtschaftliche Sicherung bei Arbeitslosigkeit und bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers.

§ 4 Sozialversicherung

(1) Jeder hat im Rahmen dieses Gesetzbuchs ein Recht auf Zugang zur Sozialversicherung.

(2) Wer in der Sozialversicherung versichert ist, hat im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte ein Recht auf

1. die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und
2. wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter.

Ein Recht auf wirtschaftliche Sicherung haben auch die Hinterbliebenen eines Versicherten.

§ 5 Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden

Wer einen Gesundheitsschaden erleidet, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder aus anderen Gründen nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einsteht, hat ein Recht auf

1. die notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und
2. angemessene wirtschaftliche Versorgung.

Ein Recht auf angemessene wirtschaftliche Versorgung haben auch die Hinterbliebenen eines Beschädigten.

§ 6 Minderung des Familienaufwands

Wer Kindern Unterhalt zu leisten hat oder leistet, hat ein Recht auf Minderung der dadurch entstehenden wirtschaftlichen Belastungen.

§ 7 Zuschuß für eine angemessene Wohnung

Wer für eine angemessene Wohnung Aufwendungen erbringen muß, die ihm nicht zugemutet werden können, hat ein Recht auf Zuschuß zur Miete oder zu vergleichbaren Aufwendungen.

§ 8 Kinder- und Jugendhilfe

Junge Menschen und Personensorgeberechtigte haben im Rahmen dieses Gesetzbuchs ein Recht, Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen. Sie sollen die Entwicklung junger Menschen fördern und die Erziehung in der Familie unterstützen und ergänzen.

§ 9 Sozialhilfe

Wer nicht in der Lage ist, aus eigenen Kräften seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder in besonderen Lebenslagen sich selbst zu helfen, und auch von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhält, hat ein Recht auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe, die seinem besonderen Bedarf entspricht, ihn zur Selbsthilfe befähigt, die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht und die Führung eines menschenwürdigen Lebens sichert. Hierbei müssen Leistungsberechtigte nach ihren Kräften mitwirken.

§ 10 Teilhabe behinderter Menschen

Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.

Zweiter Abschnitt
Einweisungsvorschriften

Erster Titel
Allgemeines über Sozialleistungen und Leistungsträger

§ 11 Leistungsarten

Gegenstand der sozialen Rechte sind die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen). Die persönliche und erzieherische Hilfe gehört zu den Dienstleistungen.

§ 12 Leistungsträger

Zuständig für die Sozialleistungen sind die in den §§ 18 bis 29 genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger). Die Abgrenzung ihrer Zuständigkeit ergibt sich aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs.

§ 13 Aufklärung

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

§ 14 Beratung

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§ 15 Auskunft

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

(2) Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftsuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.

(3) Die Auskunftsstellen sind verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(4) Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können über Möglichkeiten zum Aufbau einer nach § 10a oder Abschnitt XI des Einkommensteuergesetzes geförderten zusätzlichen Altersvorsorge Auskünfte erteilen, soweit sie dazu im Stande sind.

§ 16 Antragstellung

(1) Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern, von allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen.

(2) Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer der in Satz 1 genannten Stellen eingegangen ist.

(3) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

§ 17 Ausführung der Sozialleistungen

(1) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß

1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,
3. der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, insbesondere durch Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke und
4. ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.

(2) Hörbehinderte Menschen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen; § 19 Abs. 2 Satz 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(3) In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, daß sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten. Die Nachprüfung zweckentsprechender Verwendung bei der Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bleibt unberührt. Im übrigen ergibt sich ihr Verhältnis zueinander aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs; § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 und Abs. 2 des Zehnten Buches findet keine Anwendung.

Zweiter Titel
Einzelne Sozialleistungen und zuständige Leistungsträger

§ 18 Leistungen der Ausbildungsförderung

(1) Nach dem Recht der Ausbildungsförderung können Zuschüsse und Darlehen für den Lebensunterhalt und die Ausbildung in Anspruch genommen werden.

(2) Zuständig sind die Ämter und die Landesämter für Ausbildungsförderung nach Maßgabe der §§ 39, 40, 40a und 45 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes.

§ 19 Leistungen der Arbeitsförderung

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) Nach dem Recht der Arbeitsförderung können in Anspruch genommen werden:

1. Berufsberatung und Arbeitsmarktberatung,
2. Ausbildungsvermittlung und Arbeitsvermittlung,
3. Leistungen zur
   a) Vermittlungsunterstützung
   b) (weggefallen)
   c) Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung und einer selbständigen Tätigkeit,
   d) Förderung der Berufsausbildung und der beruflichen Weiterbildung,
   e) Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben,
   f) Eingliederung von Arbeitnehmern,
   g) Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen,
4. Wintergeld in Betrieben des Baugewerbes und in Betrieben solcher Wirtschaftszweige, die von saisonbedingtem Arbeitsausfall betroffen sind,
5. als Entgeltersatzleistungen Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld und Insolvenzgeld.

(2) Zuständig sind die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit.

§ 19a Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende

(1) Nach dem Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende können in Anspruch genommen werden

1. Leistungen zur Eingliederung in Arbeit,
2. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts.

(2) Zuständig sind die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, sowie die kreisfreien Städte und Kreise, soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind. In den Fällen des § 6a des Zweiten Buches ist abweichend von Satz 1 der zugelassene kommunale Träger zuständig.

§ 19b Leistungen bei gleitendem Übergang älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand

(1) Nach dem Recht der Förderung eines gleitenden Übergangs älterer Arbeitnehmer in den Ruhestand können in Anspruch genommen werden:

1. Erstattung der Beiträge zur Höherversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung und der nicht auf das Arbeitsentgelt entfallenden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für ältere Arbeitnehmer, die ihre Arbeitszeit verkürzt haben.
2. Erstattung der Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit.

(2) Zuständig sind die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit.

§ 20

(weggefallen)

§ 21 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

2. bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere
   a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
   b) Versorgung mit Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
   c) häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
   d) Krankenhausbehandlung,
   e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
   f) Betriebshilfe für Landwirte,
   g) Krankengeld,
3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,
4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.
5. (weggefallen)

(2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

§ 21a Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

(1) Nach dem Recht der sozialen Pflegeversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen bei häuslicher Pflege:
   a) Pflegesachleistung,
   b) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
   c) häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
   d) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen,
2. teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege,
3. Leistungen für Pflegepersonen, insbesondere
   a) soziale Sicherung und
   b) Pflegekurse,
4. vollstationäre Pflege.

(2) Zuständig sind die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen.

§ 21b Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen

(1) Nach dem Fünften Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes können bei einem nicht rechtswidrigen oder unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruch einer Schwangerschaft Leistungen in Anspruch genommen werden.

(2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftliche Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

§ 22 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung können in Anspruch genommen werden:

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

1. Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und zur Ersten Hilfe sowie Maßnahmen zur Früherkennung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren,
2. Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie zur Erleichterung der Verletzungsfolgen einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,
3. Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit,
4. Renten an Hinterbliebene, Sterbegeld und Beihilfen,
5. Rentenabfindungen,
6. Haushaltshilfe,
7. Betriebshilfe für Landwirte.

(2) Zuständig sind die gewerblichen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die Feuerwehr-Unfallkassen, die Eisenbahn-Unfallkasse, die Unfallkasse Post und Telekom, die Unfallkassen der Länder und Gemeinden, die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und kommunalen Bereich und die Unfallkasse des Bundes.

§ 23 Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte können in Anspruch genommen werden:

1. in der gesetzlichen Rentenversicherung:
   a) Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,
   b) Renten wegen Alters, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Knappschaftsausgleichsleistung,
   c) Renten wegen Todes,
   d) Witwen- und Witwerrentenabfindungen sowie Beitragserstattungen,
   e) Zuschüsse zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung,
   f) Leistungen für Kindererziehung,
2. in der Alterssicherung der Landwirte:
   a) Heilbehandlung und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einschließlich Betriebs- oder Haushaltshilfe,
   b) Renten wegen Erwerbsminderung und Alters,
   c) Renten wegen Todes,
   d) Beitragszuschüsse,
   e) Betriebs- und Haushaltshilfe oder sonstige Leistungen zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft.

(2) Zuständig sind

1. in der allgemeinen Rentenversicherung die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
2. in der knappschaftlichen Rentenversicherung die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
3. in der Alterssicherung der Landwirte die landwirtschaftlichen Alterskassen.

§ 24 Versorgungsleistungen bei Gesundheitsschäden

(1) Nach dem Recht der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden können in Anspruch genommen werden:

1. Heil- und Krankenbehandlung sowie andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,
2. besondere Hilfen im Einzelfall einschließlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. Renten wegen anerkannten Schädigungsfolgen,
4. Renten an Hinterbliebene, Bestattungsgeld und Sterbegeld,
5. Kapitalabfindung, insbesondere zur Wohnraumbeschaffung.

(2) Zuständig sind die Versorgungsämter, die Landesversorgungsämter und die orthopädischen Versorgungsstellen, für die besonderen Hilfen im Einzelfall die Kreise und kreisfreien Städte sowie die Hauptfürsorgestellen. Bei der Durchführung der Heil- und Krankenbehandlung wirken die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit.

§ 25 Kindergeld, Kinderzuschlag, Leistungen für Bildung und Teilhabe, Erziehungsgeld und Elterngeld

(1) Nach dem Bundeskindergeldgesetz kann nur dann Kindergeld in Anspruch genommen werden, wenn nicht der Familienleistungsausgleich nach § 31 des Einkommensteuergesetzes zur Anwendung kommt. Nach dem Bundeskindergeldgesetz können auch der Kinderzuschlag und Leistungen für Bildung und Teilhabe in Anspruch genommen werden.

(2) Nach dem Recht des Erziehungsgelds kann grundsätzlich für jedes Kind Erziehungsgeld in Anspruch genommen werden. Anspruch auf Elterngeld besteht nach dem Recht des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes.

(3) Für die Ausführung des Absatzes 1 sind die nach § 7 des Bundeskindergeldgesetzes bestimmten Stellen, für die Ausführung des Absatzes 2 Satz 1 die nach § 10 des Bundeserziehungsgeldgesetzes bestimmten Stellen und für die Ausführung des Absatzes 2 Satz 2 die nach § 12 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes bestimmten Stellen zuständig.

§ 26 Wohngeld

(1) Nach dem Wohngeldrecht kann als Zuschuß zur Miete oder als Zuschuß zu den Aufwendungen für den eigengenutzten Wohnraum Wohngeld in Anspruch genommen werden.

(2) Zuständig sind die durch Landesrecht bestimmten Behörden.

§ 27 Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

(1) Nach dem Recht der Kinder- und Jugendhilfe können in Anspruch genommen werden:

1. Angebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Jugendschutzes,
2. Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie,
3. Angebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege,
4. Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie Hilfe für junge Volljährige.

(2) Zuständig sind die Kreise und die kreisfreien Städte, nach Maßgabe des Landesrechts auch kreisangehörige Gemeinden; sie arbeiten mit der freien Jugendhilfe zusammen.

§ 28 Leistungen der Sozialhilfe

(1) Nach dem Recht der Sozialhilfe können in Anspruch genommen werden:

1. Hilfe zum Lebensunterhalt,

1a. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,

2. Hilfen zur Gesundheit,
3. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen,
4. Hilfe zur Pflege,
5. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten,
6. Hilfe in anderen Lebenslagen

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

(2) Zuständig sind die Kreise und kreisfreien Städte, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und für besondere Aufgaben die Gesundheitsämter; sie arbeiten mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege zusammen.

§ 28a

(weggefallen)

§ 29 Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

(1) Nach dem Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen können in Anspruch genommen werden

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere
   a) Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
   b) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
   c) Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
   d) Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel,
   e) Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere
   a) Hilfen zum Erhalten oder Erlangen eines Arbeitsplatzes,
   b) Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung,
   c) sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben,
3. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, insbesondere Hilfen
   a) zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht,
   b) zur angemessenen Schulbildung,
   c) zur heilpädagogischen Förderung,
   d) zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
   e) zur Ausübung einer angemessenen Tätigkeit, soweit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht möglich sind,
   f) zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
   g) zur Freizeitgestaltung und sonstigen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
4. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, insbesondere
   a) Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,
   b) Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit,
   c) Reisekosten,
   d) Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten,
   e) Rehabilitationssport und Funktionstraining,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

5. besondere Leistungen und sonstige Hilfen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am Arbeitsleben.

(2) Zuständig sind die in den §§ 19 bis 24, 27 und 28 genannten Leistungsträger und die Integrationsämter.

Dritter Abschnitt
Gemeinsame Vorschriften für alle Sozialleistungsbereiche dieses Gesetzbuchs

Erster Titel
Allgemeine Grundsätze

§ 30 Geltungsbereich

(1) Die Vorschriften dieses Gesetzbuchs gelten für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben.

(2) Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben unberührt.

(3) Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, daß er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. Den gewöhnlichen Aufenthalt hat jemand dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, daß er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.

§ 31 Vorbehalt des Gesetzes

Rechte und Pflichten in den Sozialleistungsbereichen dieses Gesetzbuchs dürfen nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben werden, soweit ein Gesetz es vorschreibt oder zuläßt.

§ 32 Verbot nachteiliger Vereinbarungen

Privatrechtliche Vereinbarungen, die zum Nachteil des Sozialleistungsberechtigten von Vorschriften dieses Gesetzbuchs abweichen, sind nichtig.

§ 33 Ausgestaltung von Rechten und Pflichten

Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art oder Umfang nicht im einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Dabei soll den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

§ 33a Altersabhängige Rechte und Pflichten

(1) Sind Rechte oder Pflichten davon abhängig, daß eine bestimmte Altersgrenze erreicht oder nicht überschritten ist, ist das Geburtsdatum maßgebend, das sich aus der ersten Angabe des Berechtigten oder Verpflichteten oder seiner Angehörigen gegenüber einem Sozialleistungsträger oder, soweit es sich um eine Angabe im Rahmen des Dritten oder Sechsten Abschnitts des Vierten Buches handelt, gegenüber dem Arbeitgeber ergibt.

(2) Von einem nach Absatz 1 maßgebenden Geburtsdatum darf nur abgewichen werden, wenn der zuständige Leistungsträger feststellt, daß

1. ein Schreibfehler vorliegt oder
2. sich aus einer Urkunde, deren Original vor dem Zeitpunkt der Angabe nach Absatz 1 ausgestellt worden ist, ein anderes Geburtsdatum ergibt.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Geburtsdaten, die Bestandteil der Versicherungsnummer oder eines anderen in den Sozialleistungsbereichen dieses Gesetzbuchs verwendeten Kennzeichens sind, entsprechend.

§ 33b Lebenspartnerschaften

Lebenspartnerschaften im Sinne dieses Gesetzbuches sind Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

§ 33c Benachteiligungsverbot

Bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte darf niemand aus Gründen der Rasse, wegen der ethnischen Herkunft oder einer Behinderung benachteiligt werden. Ansprüche können nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs im Einzelnen bestimmt sind.

§ 34 Begrenzung von Rechten und Pflichten

(1) Soweit Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch ein familienrechtliches Rechtsverhältnis voraussetzen, reicht ein Rechtsverhältnis, das gemäß Internationalem Privatrecht dem Recht eines anderen Staats unterliegt und nach diesem Recht besteht, nur aus, wenn es dem Rechtsverhältnis im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs entspricht.

(2) Ansprüche mehrerer Ehegatten auf Witwenrente oder Witwerrente werden anteilig und endgültig aufgeteilt.

§ 35 Sozialgeheimnis

(1) Jeder hat Anspruch darauf, daß die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 Zehntes Buch) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis). Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfaßt die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, daß die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden. Sozialdaten der Beschäftigten und ihrer Angehörigen dürfen Personen, die Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, weder zugänglich sein noch von Zugriffsberechtigten weitergegeben werden. Der Anspruch richtet sich auch gegen die Verbände der Leistungsträger, die Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger und ihrer Verbände, die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung, die Zentrale Speicherstelle bei der Datenstelle der Träger der Deutschen Rentenversicherung, soweit sie Aufgaben nach § 99 des Vierten Buches, und die Registratur Fachverfahren bei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung, soweit sie Aufgaben nach § 100 des Vierten Buches wahrnimmt, die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen, gemeinsame Servicestellen, Integrationsfachdienste, die Künstlersozialkasse, die Deutsche Post AG, soweit sie mit der Berechnung oder Auszahlung von Sozialleistungen betraut ist, die Behörden der Zollverwaltung, soweit sie Aufgaben nach § 2 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes und § 66 des Zehnten Buches durchführen, die Versicherungsämter und Gemeindebehörden, sowie die anerkannten Adoptionsvermittlungsstellen (§ 2 Abs. 2 des Adoptionsvermittlungsgesetzes), soweit sie Aufgaben nach diesem Gesetzbuch wahrnehmen und die Stellen, die Aufgaben nach § 67c Abs. 3 des Zehnten Buches wahrnehmen. Die Beschäftigten haben auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei den genannten Stellen das Sozialgeheimnis zu wahren.

(2) Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches zulässig.

(3) Soweit eine Übermittlung nicht zulässig ist, besteht keine Auskunftspflicht, keine Zeugnispflicht und keine Pflicht zur Vorlegung oder Auslieferung von Schriftstücken, nicht automatisierten Dateien und automatisiert erhobenen, verarbeiteten oder genutzten Sozialdaten.

(4) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse stehen Sozialdaten gleich.

(5) Sozialdaten Verstorbener dürfen nach Maßgabe des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches verarbeitet oder genutzt werden. Sie dürfen außerdem verarbeitet oder genutzt werden, wenn schutzwürdige Interessen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen dadurch nicht beeinträchtigt werden können.

§ 36 Handlungsfähigkeit

(1) Wer das fünfzehnte Lebensjahr vollendet hat, kann Anträge auf Sozialleistungen stellen und verfolgen sowie Sozialleistungen entgegennehmen. Der Leistungsträger soll den gesetzlichen Vertreter über die Antragstellung und die erbrachten Sozialleistungen unterrichten.

(2) Die Handlungsfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 kann vom gesetzlichen Vertreter durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Leistungsträger eingeschränkt werden. Die Rücknahme von Anträgen, der Verzicht auf Sozialleistungen und die Entgegennahme von Darlehen bedürfen der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters.

§ 36a Elektronische Kommunikation

(1) Die Übermittlung elektronischer Dokumente ist zulässig, soweit der Empfänger hierfür einen Zugang eröffnet.

(2) Eine durch Rechtsvorschrift angeordnete Schriftform kann, soweit nicht durch Rechtsvorschrift etwas anderes bestimmt ist, durch die elektronische Form ersetzt werden. In diesem Fall ist das elektronische Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz zu versehen. Die Signierung mit einem Pseudonym, das die Identifizierung der Person des Signaturschlüsselinhabers nicht ermöglicht, ist nicht zulässig.

(3) Ist ein der Behörde übermitteltes elektronisches Dokument für sie zur Bearbeitung nicht geeignet, teilt sie dies dem Absender unter Angabe der für sie geltenden technischen Rahmenbedingungen unverzüglich mit. Macht ein Empfänger geltend, er könne das von der Behörde übermittelte elektronische Dokument nicht bearbeiten, übermittelt sie es ihm erneut in einem geeigneten elektronischen Format oder als Schriftstück.

(4) Die Träger der Sozialversicherung einschließlich der Bundesagentur für Arbeit, ihre Verbände und Arbeitsgemeinschaften verwenden unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im jeweiligen Sozialleistungsbereich Zertifizierungsdienste nach dem Signaturgesetz, die eine gemeinsame und bundeseinheitliche Kommunikation und Übermittlung der Daten und die Überprüfbarkeit der qualifizierten elektronischen Signatur auf Dauer sicherstellen. Diese Träger sollen über ihren jeweiligen Bereich hinaus Zertifizierungsdienste im Sinne des Satzes 1 verwenden. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Leistungserbringer nach dem Fünften und dem Elften Buch und die von ihnen gebildeten Organisationen.

§ 37 Vorbehalt abweichender Regelungen

Das Erste und Zehnte Buch gelten für alle Sozialleistungsbereiche dieses Gesetzbuchs, soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt; § 68 bleibt unberührt. Der Vorbehalt gilt nicht für die §§ 1 bis 17 und 31 bis 36. Das Zweite Kapitel des Zehnten Buches geht dessen Erstem Kapitel vor, soweit sich die Ermittlung des Sachverhaltes auf Sozialdaten erstreckt.

Zweiter Titel
Grundsätze des Leistungsrechts

§ 38 Rechtsanspruch

Auf Sozialleistungen besteht ein Anspruch, soweit nicht nach den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs die Leistungsträger ermächtigt sind, bei der Entscheidung über die Leistung nach ihrem Ermessen zu handeln.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 39 Ermessensleistungen

(1) Sind die Leistungsträger ermächtigt, bei der Entscheidung über Sozialleistungen nach ihrem Ermessen zu handeln, haben sie ihr Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten. Auf pflichtgemäße Ausübung des Ermessens besteht ein Anspruch.

(2) Für Ermessensleistungen gelten die Vorschriften über Sozialleistungen, auf die ein Anspruch besteht, entsprechend, soweit sich aus den Vorschriften dieses Gesetzbuchs nichts Abweichendes ergibt.

§ 40 Entstehen der Ansprüche

(1) Ansprüche auf Sozialleistungen entstehen, sobald ihre im Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen.

(2) Bei Ermessensleistungen ist der Zeitpunkt maßgebend, in dem die Entscheidung über die Leistung bekanntgegeben wird, es sei denn, daß in der Entscheidung ein anderer Zeitpunkt bestimmt ist.

§ 41 Fälligkeit

Soweit die besonderen Teile dieses Gesetzbuchs keine Regelung enthalten, werden Ansprüche auf Sozialleistungen mit ihrem Entstehen fällig.

§ 42 Vorschüsse

(1) Besteht ein Anspruch auf Geldleistungen dem Grunde nach und ist zur Feststellung seiner Höhe voraussichtlich längere Zeit erforderlich, kann der zuständige Leistungsträger Vorschüsse zahlen, deren Höhe er nach pflichtgemäßen Ermessen bestimmt. Er hat Vorschüsse nach Satz 1 zu zahlen, wenn der Berechtigte es beantragt; die Vorschußzahlung beginnt spätestens nach Ablauf eines Kalendermonats nach Eingang des Antrags.

(2) Die Vorschüsse sind auf die zustehende Leistung anzurechnen. Soweit sie diese übersteigen, sind sie vom Empfänger zu erstatten. § 50 Abs. 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(3) Für die Stundung, Niederschlagung und den Erlaß des Erstattungsanspruchs gilt § 76 Abs. 2 des Vierten Buches entsprechend.

§ 43 Vorläufige Leistungen

(1) Besteht ein Anspruch auf Sozialleistungen und ist zwischen mehreren Leistungsträgern streitig, wer zur Leistung verpflichtet ist, kann der unter ihnen zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßen Ermessen bestimmt. Er hat Leistungen nach Satz 1 zu erbringen, wenn der Berechtigte es beantragt; die vorläufigen Leistungen beginnen spätestens nach Ablauf eines Kalendermonats nach Eingang des Antrags.

(2) Für die Leistungen nach Absatz 1 gilt § 42 Abs. 2 und 3 entsprechend. Ein Erstattungsanspruch gegen den Empfänger steht nur dem zur Leistung verpflichteten Leistungsträger zu.

(3)

§ 44 Verzinsung

(1) Ansprüche auf Geldleistungen sind nach Ablauf eines Kalendermonats nach dem Eintritt ihrer Fälligkeit bis zum Ablauf des Kalendermonats vor der Zahlung mit vier vom Hundert zu verzinsen.

(2) Die Verzinsung beginnt frühestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten nach Eingang des vollständigen Leistungsantrags beim zuständigen Leistungsträger, beim

Fehlen eines Antrags nach Ablauf eines Kalendermonats nach der Bekanntgabe der Entscheidung über die Leistung.

(3) Verzinst werden volle Euro-Beträge. Dabei ist der Kalendermonat mit dreißig Tagen zugrunde zu legen.

§ 45 Verjährung

(1) Ansprüche auf Sozialleistungen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind.

(2) Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß.

(3) Die Verjährung wird auch durch schriftlichen Antrag auf die Sozialleistung oder durch Erhebung eines Widerspruchs gehemmt. Die Hemmung endet sechs Monate nach Bekanntgabe der Entscheidung über den Antrag oder den Widerspruch.

(4)

§ 46 Verzicht

(1) Auf Ansprüche auf Sozialleistungen kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Leistungsträger verzichtet werden; der Verzicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

(2) Der Verzicht ist unwirksam, soweit durch ihn andere Personen oder Leistungsträger belastet oder Rechtsvorschriften umgangen werden.

§ 47 Auszahlung von Geldleistungen

Soweit die besonderen Teile dieses Gesetzbuchs keine Regelung enthalten, sollen Geldleistungen kostenfrei auf ein Konto des Empfängers bei einem Geldinstitut überwiesen oder, wenn der Empfänger es verlangt, kostenfrei an seinen Wohnsitz übermittelt werden.

§ 48 Auszahlung bei Verletzung der Unterhaltspflicht

(1) Laufende Geldleistungen, die der Sicherung des Lebensunterhalts zu dienen bestimmt sind, können in angemessener Höhe an den Ehegatten oder die Kinder des Leistungsberechtigten ausgezahlt werden, wenn er ihnen gegenüber seiner gesetzlichen Unterhaltspflicht nicht nachkommt. Kindergeld, Kinderzuschläge und vergleichbare Rentenbestandteile (Geldleistungen für Kinder) können an Kinder, die bei der Festsetzung der Geldleistungen berücksichtigt werden, bis zur Höhe des Betrages, der sich bei entsprechender Anwendung des § 54 Abs. 5 Satz 2 ergibt, ausgezahlt werden. Für das Kindergeld gilt dies auch dann, wenn der Kindergeldberechtigte mangels Leistungsfähigkeit nicht unterhaltspflichtig ist oder nur Unterhalt in Höhe eines Betrages zu leisten braucht, der geringer ist als das für die Auszahlung in Betracht kommende Kindergeld. Die Auszahlung kann auch an die Person oder Stelle erfolgen, die dem Ehegatten oder den Kindern Unterhalt gewährt.

(2) Absatz 1 Satz 1, 2 und 4 gilt entsprechend, wenn unter Berücksichtigung von Kindern, denen gegenüber der Leistungsberechtigte nicht kraft Gesetzes unterhaltspflichtig ist, Geldleistungen erbracht werden und der Leistungsberechtigte diese Kinder nicht unterhält.

§ 49 Auszahlung bei Unterbringung

(1) Ist ein Leistungsberechtigter auf Grund richterlicher Anordnung länger als einen Kalendermonat in einer Anstalt oder Einrichtung untergebracht, sind laufende Geldleistungen, die der Sicherung des Lebensunterhalts zu dienen bestimmt sind, an die Unterhaltsberechtigten auszuzahlen, soweit der Leistungsberechtigte kraft Gesetzes unterhaltspflichtig ist und er oder die Unterhaltsberechtigten es beantragen.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn für Kinder, denen gegenüber der Leistungsberechtigte nicht kraft Gesetzes unterhaltspflichtig ist, Geldleistungen erbracht werden.

(3) § 48 Abs. 1 Satz 4 bleibt unberührt.

§ 50 Überleitung bei Unterbringung

(1) Ist der Leistungsberechtigte untergebracht (§ 49 Abs. 1), kann die Stelle, der die Kosten der Unterbringung zur Last fallen, seine Ansprüche auf laufende Geldleistungen, die der Sicherung des Lebensunterhalts zu dienen bestimmt sind, durch schriftliche Anzeige an den zuständigen Leistungsträger auf sich überleiten.

(2) Die Anzeige bewirkt den Anspruchsübergang nur insoweit, als die Leistung nicht an Unterhaltsberechtigte oder die in § 49 Abs. 2 genannten Kinder zu zahlen ist, der Leistungsberechtigte die Kosten der Unterbringung zu erstatten hat und die Leistung auf den für die Erstattung maßgebenden Zeitraum entfällt.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn für ein Kind (§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 2), das untergebracht ist (§ 49 Abs. 1), ein Anspruch auf eine laufende Geldleistung besteht.

§ 51 Aufrechnung

(1) Gegen Ansprüche auf Geldleistungen kann der zuständige Leistungsträger mit Ansprüchen gegen den Berechtigten aufrechnen, soweit die Ansprüche auf Geldleistungen nach § 54 Abs. 2 und 4 pfändbar sind.

(2) Mit Ansprüchen auf Erstattung zu Unrecht erbrachter Sozialleistungen und mit Beitragsansprüchen nach diesem Gesetzbuch kann der zuständige Leistungsträger gegen Ansprüche auf laufende Geldleistungen bis zu deren Hälfte aufrechnen, wenn der Leistungsberechtigte nicht nachweist, dass er dadurch hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des Zwölften Buches über die Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch wird.

§ 52 Verrechnung

Der für eine Geldleistung zuständige Leistungsträger kann mit Ermächtigung eines anderen Leistungsträgers dessen Ansprüche gegen den Berechtigten mit der ihm obliegenden Geldleistung verrechnen, soweit nach § 51 die Aufrechnung zulässig ist.

§ 53 Übertragung und Verpfändung

(1) Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen können weder übertragen noch verpfändet werden.

(2) Ansprüche auf Geldleistungen können übertragen und verpfändet werden

1. zur Erfüllung oder zur Sicherung von Ansprüchen auf Rückzahlung von Darlehen und auf Erstattung von Aufwendungen, die im Vorgriff auf fällig gewordene Sozialleistungen zu einer angemessenen Lebensführung gegeben oder gemacht worden sind oder,
2. wenn der zuständige Leistungsträger feststellt, daß die Übertragung oder Verpfändung im wohlverstandenen Interesse des Berechtigten liegt.

(3) Ansprüche auf laufende Geldleistungen, die der Sicherung des Lebensunterhalts zu dienen bestimmt sind, können in anderen Fällen übertragen und verpfändet werden, soweit sie den für Arbeitseinkommen geltenden unpfändbaren Betrag übersteigen.

(4) Der Leistungsträger ist zur Auszahlung an den neuen Gläubiger nicht vor Ablauf des Monats verpflichtet, der dem Monat folgt, in dem er von der Übertragung oder Verpfändung Kenntnis erlangt hat.

(5) Eine Übertragung oder Verpfändung von Ansprüchen auf Geldleistungen steht einer Aufrechnung oder Verrechnung auch dann nicht entgegen, wenn der Leistungsträger beim Erwerb des Anspruchs von der Übertragung oder Verpfändung Kenntnis hatte.

(6) Soweit bei einer Übertragung oder Verpfändung Geldleistungen zu Unrecht erbracht worden sind, sind sowohl der Leistungsberechtigte als auch der neue Gläubiger als Gesamtschuldner dem Leistungsträger zur Erstattung des entsprechenden Betrages verpflichtet. Der Leistungsträger hat den Erstattungsanspruch durch Verwaltungsakt geltend zu machen.

§ 54 Pfändung

(1) Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen können nicht gepfändet werden.

(2) Ansprüche auf einmalige Geldleistungen können nur gepfändet werden, soweit nach den Umständen des Falles, insbesondere nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Leistungsberechtigten, der Art des beizutreibenden Anspruchs sowie der Höhe und der Zweckbestimmung der Geldleistung, die Pfändung der Billigkeit entspricht.

(3) Unpfändbar sind Ansprüche auf

1. Erziehungsgeld und vergleichbare Leistungen der Länder sowie Elterngeld bis zur Höhe der nach § 10 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes anrechnungsfreien Beträge,
2. Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes, soweit das Mutterschaftsgeld nicht aus einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit herrührt, bis zur Höhe des Erziehungsgeldes nach § 5 Abs. 1 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder des Elterngeldes nach § 2 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes, soweit es die anrechnungsfreien Beträge nach § 10 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes nicht übersteigt,

2a. Wohngeld, soweit nicht die Pfändung wegen Ansprüchen erfolgt, die Gegenstand der §§ 9 und 10 des Wohngeldgesetzes sind,

3. Geldleistungen, die dafür bestimmt sind, den durch einen Körper- oder Gesundheitsschaden bedingten Mehraufwand auszugleichen.

(4) Im übrigen können Ansprüche auf laufende Geldleistungen wie Arbeitseinkommen gepfändet werden.

(5) Ein Anspruch des Leistungsberechtigten auf Geldleistungen für Kinder (§ 48 Abs. 1 Satz 2) kann nur wegen gesetzlicher Unterhaltsansprüche eines Kindes, das bei der Festsetzung der Geldleistungen berücksichtigt wird, gepfändet werden. Für die Höhe des pfändbaren Betrages bei Kindergeld gilt:

1. Gehört das unterhaltsberechtigte Kind zum Kreis der Kinder, für die dem Leistungsberechtigten Kindergeld gezahlt wird, so ist eine Pfändung bis zu dem Betrag möglich, der bei gleichmäßiger Verteilung des Kindergeldes auf jedes dieser Kinder entfällt. Ist das Kindergeld durch die Berücksichtigung eines weiteren Kindes erhöht, für das einer dritten Person Kindergeld oder dieser oder dem Leistungsberechtigten eine andere Geldleistung für Kinder zusteht, so bleibt der Erhöhungsbetrag bei der Bestimmung des pfändbaren Betrages des Kindergeldes nach Satz 1 außer Betracht.
2. Der Erhöhungsbetrag (Nummer 1 Satz 2) ist zugunsten jedes bei der Festsetzung des Kindergeldes berücksichtigten unterhaltsberechtigten Kindes zu dem Anteil pfändbar, der sich bei gleichmäßiger Verteilung auf alle Kinder, die bei der Festsetzung des Kindergeldes zugunsten des Leistungsberechtigten berücksichtigt werden, ergibt.

(6) In den Fällen der Absätze 2, 4 und 5 gilt § 53 Abs. 6 entsprechend.

§ 55 Kontenpfändung und Pfändung von Bargeld

(1) Wird eine Geldleistung auf das Konto des Berechtigten bei einem Kreditinstitut überwiesen, ist die Forderung, die durch die Gutschrift entsteht, für die Dauer von 14 Tagen seit der Gutschrift der Überweisung unpfändbar. Eine Pfändung des Guthabens

gilt als mit der Maßgabe ausgesprochen, daß sie das Guthaben in Höhe der in Satz 1 bezeichneten Forderung während der 14 Tage nicht erfaßt.

(2) Das Kreditinstitut ist dem Schuldner innerhalb der 14 Tage zur Leistung aus dem nach Absatz 1 Satz 2 von der Pfändung nicht erfaßten Guthaben nur soweit verpflichtet, als der Schuldner nachweist oder als dem Kreditinstitut sonst bekannt ist, daß das Guthaben von der Pfändung nicht erfaßt ist. Soweit das Kreditinstitut hiernach geleistet hat, gilt Absatz 1 Satz 2 nicht.

(3) Eine Leistung, die das Kreditinstitut innerhalb der 14 Tage aus dem nach Absatz 1 Satz 2 von der Pfändung nicht erfaßten Guthaben an den Gläubiger bewirkt, ist dem Schuldner gegenüber unwirksam. Das gilt auch für eine Hinterlegung.

(4) Bei Empfängern laufender Geldleistungen sind die in Absatz 1 genannten Forderungen nach Ablauf von 14 Tagen seit der Gutschrift sowie Bargeld insoweit nicht der Pfändung unterworfen, als ihr Betrag dem unpfändbaren Teil der Leistungen für die Zeit von der Pfändung bis zum nächsten Zahlungstermin entspricht.

(5) Pfändungsschutz für Kontoguthaben besteht nach dieser Vorschrift nicht, wenn der Schuldner ein Pfändungsschutzkonto im Sinne von § 850k Abs. 7 der Zivilprozessordnung führt. Hat das Kreditinstitut keine Kenntnis von dem Bestehen eines Pfändungsschutzkontos, leistet es nach den Absätzen 1 bis 4 mit befreiender Wirkung an den Schuldner. Gegenüber dem Gläubiger ist das Kreditinstitut zur Leistung nur verpflichtet, wenn ihm das Bestehen des Pfändungsschutzkontos nachgewiesen ist.

§ 56 Sonderrechtsnachfolge

(1) Fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen stehen beim Tod des Berechtigten nacheinander

1. dem Ehegatten,
1a. dem Lebenspartner,
2. den Kindern,
3. den Eltern,
4. dem Haushaltsführer

zu, wenn diese mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind. Mehreren Personen einer Gruppe stehen die Ansprüche zu gleichen Teilen zu.

(2) Als Kinder im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 gelten auch

1. Stiefkinder und Enkel, die in den Haushalt des Berechtigten aufgenommen sind,
2. Pflegekinder (Personen, die mit dem Berechtigten durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind),
3. Geschwister des Berechtigten, die in seinen Haushalt aufgenommen worden sind.

(3) Als Eltern im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 3 gelten auch

1. sonstige Verwandte der geraden aufsteigenden Linie,
2. Stiefeltern,
3. Pflegeeltern (Personen, die den Berechtigten als Pflegekind aufgenommen haben).

(4) Haushaltsführer im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 ist derjenige Verwandte oder Verschwägerte, der an Stelle des verstorbenen oder geschiedenen oder an der Führung des Haushalts aus gesundheitlichen Gründen dauernd gehinderten Ehegatten oder Lebenspartners den Haushalt des Berechtigten mindestens ein Jahr lang vor dessen Tod geführt hat und von diesem überwiegend unterhalten worden ist.

§ 57 Verzicht und Haftung des Sonderrechtsnachfolgers

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) Der nach § 56 Berechtigte kann auf die Sonderrechtsnachfolge innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Kenntnis durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Leistungsträger verzichten. Verzichtet er innerhalb dieser Frist, gelten die Ansprüche als auf ihn nicht übergegangen. Sie stehen den Personen zu, die ohne den Verzichtenden nach § 56 berechtigt wären.

(2) Soweit Ansprüche auf den Sonderrechtsnachfolger übergegangen sind, haftet er für die nach diesem Gesetzbuch bestehenden Verbindlichkeiten des Verstorbenen gegenüber dem für die Ansprüche zuständigen Leistungsträger. Insoweit entfällt eine Haftung des Erben. Eine Aufrechnung und Verrechnung nach den §§ 51 und 52 ist ohne die dort genannten Beschränkungen der Höhe zulässig.

§ 58 Vererbung

Soweit fällige Ansprüche auf Geldleistungen nicht nach den §§ 56 und 57 einem Sonderrechtsnachfolger zustehen, werden sie nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs vererbt. Der Fiskus als gesetzlicher Erbe kann die Ansprüche nicht geltend machen.

§ 59 Ausschluß der Rechtsnachfolge

Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen erlöschen mit dem Tod des Berechtigten. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen nur, wenn sie im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt sind noch ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig ist.

Dritter Titel
Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

§ 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

§ 63 Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, daß sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

§ 64 Berufsfördernde Maßnahmen

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

§ 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,

können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 65a Aufwendungsersatz

(1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller

Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 67 Nachholung der Mitwirkung

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

Vierter Abschnitt
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 68 Besondere Teile dieses Gesetzbuches

Bis zu ihrer Einordnung in dieses Gesetzbuch gelten die nachfolgenden Gesetze mit den zu ihrer Ergänzung und Änderung erlassenen Gesetzen als dessen besondere Teile:

1. das Bundesausbildungsförderungsgesetz,
2. (aufgehoben)
3. die Reichsversicherungsordnung,
4. das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
5. das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte,
6. das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte,
7. das Bundesversorgungsgesetz, auch soweit andere Gesetze, insbesondere
   a) § 80 des Soldatenversorgungsgesetzes,
   b) § 59 Abs. 1 des Bundesgrenzschutzgesetzes,
   c) § 47 des Zivildienstgesetzes,
   d) § 60 des Infektionsschutzgesetzes,
   e) §§ 4 und 5 des Häftlingshilfegesetzes,
   f) § 1 des Opferentschädigungsgesetzes,
   g) §§ 21 und 22 des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes,
   h) §§ 3 und 4 des Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes,

   die entsprechende Anwendung der Leistungsvorschriften des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
8. das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung,
9. das Bundeskindergeldgesetz,
10. das Wohngeldgesetz,
11. (weggefallen)
12. das Adoptionsvermittlungsgesetz,
13. (aufgehoben)
14. das Unterhaltsvorschussgesetz,
15. der Erste Abschnitt des Bundeserziehungsgeldgesetzes,

15a. der erste Abschnitt des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes,

16. das Altersteilzeitgesetz,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

17. der Fünfte Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes.

18. (weggefallen)

§ 69 Stadtstaaten-Klausel

Die Senate der Länder Berlin, Bremen und Hamburg werden ermächtigt, die Vorschriften dieses Buches über die Zuständigkeit von Behörden dem besonderen Verwaltungsaufbau ihrer Länder anzupassen.

§ 70 Überleitungsvorschrift zum Verjährungsrecht

Artikel 229 § 6 Abs. 1 und 2 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche gilt entsprechend bei der Anwendung des § 45 Abs. 2 und 3 in der seit dem 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

§ 71 Überleitungsvorschrift zur Übertragung, Verpfändung und Pfändung

§ 53 Abs. 6 und § 54 Abs. 6 sind nur auf Geldleistungen anzuwenden, soweit diese nach dem 30. März 2005 ganz oder teilweise zu Unrecht erbracht werden.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845)

SGB 4

Ausfertigungsdatum: 23.12.1976

Vollzitat:

"Viertes Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 12.11.2009 I 3710, 3973; 2011, 363
zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 22.12.2010 I 2309

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.1.1982 +++)
(+++ Maßgaben aufgrund EinigVtr vgl. SGB 4 Anhang EV +++)

Überschrift: IdF d. Art. 3 Nr. 1 G v. 20.12.1988 I 2477 mWv 1.1.1989

Stadtstaaten-Klausel bzgl. der Länder Berlin, Bremen und Hamburg vgl. § 94 SVWO 1997

Das G wurde vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Es ist gem. Art. II § 21 Abs. 1 G 860-4-1/1 v. 23.12.1976 I 3845 (SGBSVVs) am 1.7.1977 in Kraft getreten.

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht
Erster Abschnitt
Grundsätze und Begriffsbestimmungen
Erster Titel
Geltungsbereich
und Umfang der Versicherung

§ 1 Sachlicher Geltungsbereich
§ 2 Versicherter Personenkreis
§ 3 Persönlicher und räumlicher Geltungsbereich
§ 4 Ausstrahlung
§ 5 Einstrahlung
§ 6 Vorbehalt abweichender Regelungen

Zweiter Titel
Beschäftigung
und selbständige Tätigkeit

§ 7 Beschäftigung
§ 7a Anfrageverfahren
§ 7b Wertguthabenvereinbarung
§ 7c Verwendung von Wertguthaben

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

elektronischen Entgeltnachweises
Erster Titel
Allgemeine Vorschriften
§ 95 Anwendungsbereich
§ 96 Errichtung der Zentralen Speicherstelle und der Registratur Fachverfahren
Zweiter Titel
Pflichten der
Arbeitgeber und Beschäftigten
§ 97 Pflichten des Arbeitgebers
§ 98 Mitwirkung der Beschäftigten
Dritter Titel
Aufgaben und Befugnisse
der Zentralen Speicherstelle
und der Registratur Fachverfahren
§ 99 Aufgaben und Befugnisse der Zentralen Speicherstelle
§ 100 Aufgaben und Befugnisse der Registratur Fachverfahren
Vierter Titel
Abrufverfahren
§ 101 Abrufverfahren bei der Zentralen Speicherstelle
§ 102 Pflichten der abrufenden Behörde
§ 103 Rechte und Pflichten des Teilnehmers im Abrufverfahren
§§ 104 - 110 (weggefallen)
Siebter Abschnitt
Aufbewahrung von Unterlagen
§ 110a Aufbewahrungspflicht
§ 110b Rückgabe, Vernichtung und Archivierung von Unterlagen
§ 110c Verwaltungsvereinbarungen, Verordnungsermächtigung
§ 110d Beweiswirkung
Achter Abschnitt
Bußgeldvorschriften
§ 111 Bußgeldvorschriften
§ 112 Allgemeines über Bußgeldvorschriften
§ 113 Zusammenarbeit mit anderen Behörden
Neunter Abschnitt
Übergangs- und
Außerkrafttretensvorschriften
§ 114 Einkommen beim Zusammentreffen mit Renten wegen Todes
§ 115 Vorfinanzierung des Verfahrens des elektronischen Entgeltnachweises
§ 116 Übergangsregelungen für bestehende Wertguthaben
§ 116a Übergangsregelung zur Beitragshaftung
§ 117 Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner
§ 118 Bundeseinheitliche Regelung
§ 119 Übergangsregelungen zum Verfahren des elektronischen Entgeltnachweises
§ 120 Außerkrafttreten

Erster Abschnitt
Grundsätze und Begriffsbestimmungen

Erster Titel
Geltungsbereich und Umfang der Versicherung

§ 1 Sachlicher Geltungsbereich

(1) Die Vorschriften dieses Buches gelten für die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte sowie die soziale Pflegeversicherung (Versicherungszweige). Die Vorschriften dieses Buches gelten mit Ausnahme des Ersten und Zweiten Titels des Vierten Abschnitts und des Fünften

Abschnitts auch für die Arbeitsförderung. Die Bundesagentur für Arbeit gilt im Sinne dieses Buches als Versicherungsträger.

(2) § 18h gilt auch für die Sozialhilfe und die Grundsicherung für Arbeitsuchende; außerdem gelten die §§ 18f, 18g und 19a für die Grundsicherung für Arbeitsuchende.

(3) Regelungen in den Sozialleistungsbereichen dieses Gesetzbuches, die in den Absätzen 1 und 2 genannt sind, bleiben unberührt, soweit sie von den Vorschriften dieses Buches abweichen.

(4) Der Sechste Abschnitt gilt für das gesamte Gesetzbuch einschließlich seiner besonderen Teile.

§§ 104 bis 110 (weggefallen)

§ 2 Versicherter Personenkreis

(1) Die Sozialversicherung umfasst Personen, die kraft Gesetzes oder Satzung (Versicherungspflicht) oder auf Grund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (Versicherungsberechtigung) versichert sind.

(1a) Deutsche im Sinne der Vorschriften über die Sozialversicherung und die Arbeitsförderung sind Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes.

(2) In allen Zweigen der Sozialversicherung sind nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige versichert

1. Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind,
2. behinderte Menschen, die in geschützten Einrichtungen beschäftigt werden,
3. Landwirte.

(3) Deutsche Seeleute, die auf einem Seeschiff beschäftigt sind, das nicht berechtigt ist, die Bundesflagge zu führen, werden auf Antrag des Reeders

1. in der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung versichert und in die Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch einbezogen,
2. in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert, wenn der Reeder das Seeschiff der Unfallverhütung und Schiffssicherheitsüberwachung durch die Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft unterstellt hat und der Staat, dessen Flagge das Seeschiff führt, dem nicht widerspricht.

Für deutsche Seeleute, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und auf einem Seeschiff beschäftigt sind, das im überwiegenden wirtschaftlichen Eigentum eines deutschen Reeders mit Sitz im Inland steht, ist der Reeder verpflichtet, einen Antrag nach Satz 1 Nummer 1 und unter den Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 2 einen Antrag nach Satz 1 Nummer 2 zu stellen. Der Reeder hat auf Grund der Antragstellung gegenüber den Versicherungsträgern die Pflichten eines Arbeitgebers. Ein Reeder mit Sitz im Ausland hat für die Erfüllung seiner Verbindlichkeiten gegenüber den Versicherungsträgern einen Bevollmächtigten im Inland zu bestellen. Der Reeder und der Bevollmächtigte haften gegenüber den Versicherungsträgern als Gesamtschuldner; sie haben auf Verlangen entsprechende Sicherheit zu leisten.

(4) Die Versicherung weiterer Personengruppen in einzelnen Versicherungszweigen ergibt sich aus den für sie geltenden besonderen Vorschriften.

§ 3 Persönlicher und räumlicher Geltungsbereich

(1) Die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung gelten,

1. soweit sie eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit voraussetzen, für alle Personen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs beschäftigt oder selbständig tätig sind,

2. soweit sie eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit nicht voraussetzen, für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben.

(2) Die Regelungen des Sechsten Abschnitts gelten für alle, die im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches Beschäftigte, Beamte, Richter oder Soldaten sind.

§ 4 Ausstrahlung

(1) Soweit die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung eine Beschäftigung voraussetzen, gelten sie auch für Personen, die im Rahmen eines im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in ein Gebiet außerhalb dieses Geltungsbereichs entsandt werden, wenn die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

(2) Für Personen, die eine selbständige Tätigkeit ausüben, gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 5 Einstrahlung

(1) Soweit die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung eine Beschäftigung voraussetzen, gelten sie nicht für Personen, die im Rahmen eines außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in diesen Geltungsbereich entsandt werden, wenn die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

(2) Für Personen, die eine selbständige Tätigkeit ausüben, gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 6 Vorbehalt abweichender Regelungen

Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben unberührt.

Zweiter Titel
Beschäftigung und selbständige Tätigkeit

§ 7 Beschäftigung

(1) Beschäftigung ist die nichtselbständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers.

(1a) Eine Beschäftigung besteht auch in Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung von mehr als einem Monat, wenn

1. während der Freistellung Arbeitsentgelt aus einem Wertguthaben nach § 7b fällig ist und
2. das monatlich fällige Arbeitsentgelt in der Zeit der Freistellung nicht unangemessen von dem für die vorausgegangenen zwölf Kalendermonate abweicht, in denen Arbeitsentgelt bezogen wurde.

Beginnt ein Beschäftigungsverhältnis mit einer Zeit der Freistellung, gilt Satz 1 Nummer 2 mit der Maßgabe, dass das monatlich fällige Arbeitsentgelt in der Zeit der Freistellung nicht unangemessen von dem für die Zeit der Arbeitsleistung abweichen darf, mit der das Arbeitsentgelt später erzielt werden soll. Eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt besteht während der Zeit der Freistellung auch, wenn die Arbeitsleistung, mit der das Arbeitsentgelt später erzielt werden soll, wegen einer im Zeitpunkt der Vereinbarung nicht vorhersehbaren vorzeitigen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr erbracht werden kann. Die Vertragsparteien können beim Abschluss der Vereinbarung nur für den Fall, dass Wertguthaben wegen der Beendigung der Beschäftigung auf Grund verminderter Erwerbsfähigkeit, des Erreichens einer Altersgrenze, zu der eine Rente wegen Alters beansprucht werden kann,

oder des Todes des Beschäftigten nicht mehr für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung verwendet werden können, einen anderen Verwendungszweck vereinbaren. Die Sätze 1 bis 4 gelten nicht für Beschäftigte, auf die Wertguthaben übertragen werden. Bis zur Herstellung einheitlicher Einkommensverhältnisse im Inland werden Wertguthaben, die durch Arbeitsleistung im Beitrittsgebiet erzielt werden, getrennt erfasst; sind für die Beitrags- oder Leistungsberechnung im Beitrittsgebiet und im Übrigen Bundesgebiet unterschiedliche Werte vorgeschrieben, sind die Werte maßgebend, die für den Teil des Inlandes gelten, in dem das Wertguthaben erzielt worden ist.

(1b) Die Möglichkeit eines Arbeitnehmers zur Vereinbarung flexibler Arbeitszeiten gilt nicht als eine die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber begründende Tatsache im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 1 des Kündigungsschutzgesetzes.

(2) Als Beschäftigung gilt auch der Erwerb beruflicher Kenntnisse, Fertigkeiten oder Erfahrungen im Rahmen betrieblicher Berufsbildung.

(3) Eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt gilt als fortbestehend, solange das Beschäftigungsverhältnis ohne Anspruch auf Arbeitsentgelt fortdauert, jedoch nicht länger als einen Monat. Eine Beschäftigung gilt auch als fortbestehend, wenn Arbeitsentgelt aus einem der Deutschen Rentenversicherung Bund übertragenen Wertguthaben bezogen wird. Satz 1 gilt nicht, wenn Krankengeld, Krankentagegeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Mutterschaftsgeld oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen oder Wehrdienst oder Zivildienst geleistet wird. Satz 1 gilt auch nicht für die Inanspruchnahme von Pflegezeit im Sinne des § 3 des Pflegezeitgesetzes.

§ 7a Anfrageverfahren

(1) Die Beteiligten können schriftlich eine Entscheidung beantragen, ob eine Beschäftigung vorliegt, es sei denn, die Einzugsstelle oder ein anderer Versicherungsträger hatte im Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Verfahren zur Feststellung einer Beschäftigung eingeleitet. Die Einzugsstelle hat einen Antrag nach Satz 1 zu stellen, wenn sich aus der Meldung des Arbeitgebers (§ 28a) ergibt, dass der Beschäftigte Ehegatte, Lebenspartner oder Abkömmling des Arbeitgebers oder geschäftsführender Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist. Über den Antrag entscheidet abweichend von § 28h Absatz 2 die Deutsche Rentenversicherung Bund.

(2) Die Deutsche Rentenversicherung Bund entscheidet auf Grund einer Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalles, ob eine Beschäftigung vorliegt.

(3) Die Deutsche Rentenversicherung Bund teilt den Beteiligten schriftlich mit, welche Angaben und Unterlagen sie für ihre Entscheidung benötigt. Sie setzt den Beteiligten eine angemessene Frist, innerhalb der diese die Angaben zu machen und die Unterlagen vorzulegen haben.

(4) Die Deutsche Rentenversicherung Bund teilt den Beteiligten mit, welche Entscheidung sie zu treffen beabsichtigt, bezeichnet die Tatsachen, auf die sie ihre Entscheidung stützen will, und gibt den Beteiligten Gelegenheit, sich zu der beabsichtigten Entscheidung zu äußern.

(5) Die Deutsche Rentenversicherung Bund fordert die Beteiligten auf, innerhalb einer angemessenen Frist die Tatsachen anzugeben, die eine Widerlegung begründen, wenn diese die Vermutung widerlegen wollen.

(6) Wird der Antrag nach Absatz 1 innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt und stellt die Deutsche Rentenversicherung Bund ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis fest, tritt die Versicherungspflicht mit der Bekanntgabe der Entscheidung ein, wenn der Beschäftigte

1. zustimmt und
2. er für den Zeitraum zwischen Aufnahme der Beschäftigung und der Entscheidung eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Altersvorsorge vorgenommen hat, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht.

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird erst zu dem Zeitpunkt fällig, zu dem die Entscheidung, dass eine Beschäftigung vorliegt, unanfechtbar geworden ist.

(7) Widerspruch und Klage gegen Entscheidungen, dass eine Beschäftigung vorliegt, haben aufschiebende Wirkung. Eine Klage auf Erlass der Entscheidung ist abweichend von § 88 Absatz 1 des Sozialgerichtsgesetzes nach Ablauf von drei Monaten zulässig.

§ 7b Wertguthabenvereinbarungen

Eine Wertguthabenvereinbarung liegt vor, wenn

1. der Aufbau des Wertguthabens auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung erfolgt,
2. diese Vereinbarung nicht das Ziel der flexiblen Gestaltung der werktäglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit oder den Ausgleich betrieblicher Produktions- und Arbeitszeitzyklen verfolgt,
3. Arbeitsentgelt in das Wertguthaben eingebracht wird, um es für Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu entnehmen,
4. das aus dem Wertguthaben fällige Arbeitsentgelt mit einer vor oder nach der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erbrachten Arbeitsleistung erzielt wird und
5. das fällige Arbeitsentgelt insgesamt 400 Euro monatlich übersteigt, es sei denn, die Beschäftigung wurde vor der Freistellung als geringfügige Beschäftigung ausgeübt.

§ 7c Verwendung von Wertguthaben

(1) Das Wertguthaben auf Grund einer Vereinbarung nach § 7b kann in Anspruch genommen werden

1. für gesetzlich geregelte vollständige oder teilweise Freistellungen von der Arbeitsleistung oder gesetzlich geregelte Verringerungen der Arbeitszeit, insbesondere für Zeiten,
   a) in denen der Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896) in der jeweils geltenden Fassung einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegt,
   b) in denen der Beschäftigte nach § 15 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes ein Kind selbst betreut und erzieht,
   c) für die der Beschäftigte eine Verringerung seiner vertraglich vereinbarten Arbeitszeit nach § 8 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes verlangen kann; § 8 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes gilt mit der Maßgabe, dass die Verringerung der Arbeitszeit auf die Dauer der Entnahme aus dem Wertguthaben befristet werden kann,
2. für vertraglich vereinbarte vollständige oder teilweise Freistellungen von der Arbeitsleistung oder vertraglich vereinbarte Verringerungen der Arbeitszeit, insbesondere für Zeiten,
   a) die unmittelbar vor dem Zeitpunkt liegen, zu dem der Beschäftigte eine Rente wegen Alters nach dem Sechsten Buch bezieht oder beziehen könnte oder
   b) in denen der Beschäftigte an beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen teilnimmt.

(2) Die Vertragsparteien können die Zwecke, für die das Wertguthaben in Anspruch genommen werden kann, in der Vereinbarung nach § 7b abweichend von Absatz 1 auf bestimmte Zwecke beschränken.

§ 7d Führung und Verwaltung von Wertguthaben

(1) Wertguthaben sind als Arbeitsentgeltguthaben einschließlich des darauf entfallenden Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu führen. Die Arbeitszeitguthaben sind in Arbeitsentgelt umzurechnen.

(2) Arbeitgeber haben Beschäftigte mindestens einmal jährlich in Textform über die Höhe ihres im Wertguthaben enthaltenen Arbeitsentgeltguthabens zu unterrichten.

(3) Für die Anlage von Wertguthaben gelten die Vorschriften über die Anlage der Mittel von Versicherungsträgern nach dem Vierten Titel des Vierten Abschnitts entsprechend, mit der Maßgabe, dass eine Anlage in Aktien oder Aktienfonds bis zu einer Höhe von 20 Prozent zulässig und ein Rückfluss zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Wertguthabens mindestens in der Höhe des angelegten Betrages gewährleistet ist. Ein höherer Anlageanteil in Aktien oder Aktienfonds ist zulässig, wenn

1. dies in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung vereinbart ist oder
2. das Wertguthaben nach der Wertguthabenvereinbarung ausschließlich für Freistellungen nach § 7c Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a in Anspruch genommen werden kann.

§ 7e Insolvenzschutz

(1) Die Vertragsparteien treffen im Rahmen ihrer Vereinbarung nach § 7b durch den Arbeitgeber zu erfüllende Vorkehrungen, um das Wertguthaben einschließlich des darin enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrages gegen das Risiko der Insolvenz des Arbeitgebers vollständig abzusichern, soweit

1. ein Anspruch auf Insolvenzgeld nicht besteht und wenn
2. das Wertguthaben des Beschäftigten einschließlich des darin enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrages einen Betrag in Höhe der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

In einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung kann ein von Satz 1 Nummer 2 abweichender Betrag vereinbart werden.

(2) Zur Erfüllung der Verpflichtung nach Absatz 1 sind Wertguthaben unter Ausschluss der Rückführung durch einen Dritten zu führen, der im Fall der Insolvenz des Arbeitgebers für die Erfüllung der Ansprüche aus dem Wertguthaben für den Arbeitgeber einsteht, insbesondere in einem Treuhandverhältnis, das die unmittelbare Übertragung des Wertguthabens in das Vermögen des Dritten und die Anlage des Wertguthabens auf einem offenen Treuhandkonto oder in anderer geeigneter Weise sicherstellt. Die Vertragsparteien können in der Vereinbarung nach § 7b ein anderes, einem Treuhandverhältnis im Sinne des Satzes 1 gleichwertiges Sicherungsmittel vereinbaren, insbesondere ein Versicherungsmodell oder ein schuldrechtliches Verpfändungs- oder Bürgschaftsmodell mit ausreichender Sicherung gegen Kündigung.

(3) Keine geeigneten Vorkehrungen sind bilanzielle Rückstellungen sowie zwischen Konzernunternehmen (§ 18 des Aktiengesetzes) begründete Einstandspflichten, insbesondere Bürgschaften, Patronatserklärungen oder Schuldbeitritte.

(4) Der Arbeitgeber hat den Beschäftigten unverzüglich über die Vorkehrungen zum Insolvenzschutz in geeigneter Weise schriftlich zu unterrichten, wenn das Wertguthaben die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Voraussetzungen erfüllt.

(5) Hat der Beschäftigte den Arbeitgeber schriftlich aufgefordert, seinen Verpflichtungen nach den Absätzen 1 bis 3 nachzukommen und weist der Arbeitgeber dem Beschäftigten nicht innerhalb von zwei Monaten nach der Aufforderung die Erfüllung seiner Verpflichtung zur Insolvenzsicherung des Wertguthabens nach, kann der Beschäftigte die Vereinbarung nach § 7b mit sofortiger Wirkung kündigen; das Wertguthaben ist nach Maßgabe des § 23b Absatz 2 aufzulösen.

(6) Stellt der Träger der Rentenversicherung bei der Prüfung des Arbeitgebers nach § 28p fest, dass

1. für ein Wertguthaben keine Insolvenzschutzregelung getroffen worden ist,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

2. die gewählten Sicherungsmittel nicht geeignet sind im Sinne des Absatzes 3,
3. die Sicherungsmittel in ihrem Umfang das Wertguthaben um mehr als 30 Prozent unterschreiten oder
4. die Sicherungsmittel den im Wertguthaben enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrag nicht umfassen,

weist er in dem Verwaltungsakt nach § 28p Absatz 1 Satz 5 den in dem Wertguthaben enthaltenen und vom Arbeitgeber zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeitrag aus. Weist der Arbeitgeber dem Träger der Rentenversicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Feststellung nach Satz 1 nach, dass er seiner Verpflichtung nach Absatz 1 nachgekommen ist, entfällt die Verpflichtung zur sofortigen Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages. Hat der Arbeitgeber den Nachweis nach Satz 2 nicht innerhalb der dort vorgesehenen Frist erbracht, ist die Vereinbarung nach § 7b als von Anfang an unwirksam anzusehen; das Wertguthaben ist aufzulösen.

(7) Kommt es wegen eines nicht geeigneten oder nicht ausreichenden Insolvenzschutzes zu einer Verringerung oder einem Verlust des Wertguthabens, haftet der Arbeitgeber für den entstandenen Schaden. Ist der Arbeitgeber eine juristische Person oder eine Gesellschaft ohne Rechtspersönlichkeit haften auch die organschaftlichen Vertreter gesamtschuldnerisch für den Schaden. Der Arbeitgeber oder ein organschaftlicher Vertreter haften nicht, wenn sie den Schaden nicht zu vertreten haben.

(8) Eine Beendigung, Auflösung oder Kündigung der Vorkehrungen zum Insolvenzschutz vor der bestimmungsgemäßen Auflösung des Wertguthabens ist unzulässig, es sei denn, die Vorkehrungen werden mit Zustimmung des Beschäftigten durch einen mindestens gleichwertigen Insolvenzschutz abgelöst.

(9) Die Absätze 1 bis 8 finden keine Anwendung gegenüber dem Bund, den Ländern, Gemeinden, Körperschaften, Stiftungen und Anstalten des öffentlichen Rechts, über deren Vermögen die Eröffnung des Insolvenzverfahrens nicht zulässig ist, sowie solchen juristischen Personen des öffentlichen Rechts, bei denen der Bund, ein Land oder eine Gemeinde kraft Gesetzes die Zahlungsfähigkeit sichert.

§ 7f Übertragung von Wertguthaben

(1) Bei Beendigung der Beschäftigung kann der Beschäftigte durch schriftliche Erklärung gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber verlangen, dass das Wertguthaben nach § 7b

1. auf den neuen Arbeitgeber übertragen wird, wenn dieser mit dem Beschäftigten eine Wertguthabenvereinbarung nach § 7b abgeschlossen und der Übertragung zugestimmt hat,
2. auf die Deutsche Rentenversicherung Bund übertragen wird, wenn das Wertguthaben einschließlich des Gesamtsozialversicherungsbeitrages einen Betrag in Höhe des Sechsfachen der monatlichen Bezugsgröße übersteigt; die Rückübertragung ist ausgeschlossen.

Nach der Übertragung sind die mit dem Wertguthaben verbundenen Arbeitgeberpflichten vom neuen Arbeitgeber oder von der Deutschen Rentenversicherung Bund zu erfüllen.

(2) Im Fall der Übertragung auf die Deutsche Rentenversicherung Bund kann der Beschäftigte das Wertguthaben für Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung und Zeiten der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit nach § 7c Absatz 1 sowie auch außerhalb eines Arbeitsverhältnisses für die in § 7c Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a genannten Zeiten in Anspruch nehmen. Der Antrag ist spätestens einen Monat vor der begehrten Freistellung schriftlich bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen; in dem Antrag ist auch anzugeben, in welcher Höhe Arbeitsentgelt aus dem Wertguthaben entnommen werden soll; dabei ist § 7 Absatz 1a Satz 1 Nummer 2 zu berücksichtigen.

(3) Die Deutsche Rentenversicherung Bund verwaltet die ihr übertragenen Wertguthaben einschließlich des darin enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrages als ihr übertragene Aufgabe bis zu deren endgültiger Auflösung getrennt von ihrem sonstigen Vermögen treuhänderisch. Die Wertguthaben sind nach den Vorschriften über die Anlage der Mittel von Versicherungsträgern nach dem Vierten Titel des Vierten Abschnitts

anzulegen. Die der Deutschen Rentenversicherung Bund durch die Übertragung, Verwaltung und Verwendung von Wertguthaben entstehenden Kosten sind vollständig vom Wertguthaben in Abzug zu bringen und in der Mitteilung an den Beschäftigten nach § 7d Absatz 2 gesondert auszuweisen.

§ 7g Bericht der Bundesregierung

[3)] Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften bis zum 31. März 2012 über die Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen und zur Änderung anderer Gesetze vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2940), insbesondere über die Entwicklung der Inanspruchnahme und Nutzung der Wertguthaben, den Umfang und die Kosten der an die Deutsche Rentenversicherung Bund übertragenen Wertguthaben und der wegen Insolvenz des Arbeitgebers ersatzlos aufgelösten Wertguthaben und sonstigen Arbeitszeitguthaben, und macht gegebenenfalls Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Insolvenzschutzes.

[3)] Gemäß Artikel 1 Nummer 4 in Verbindung mit Artikel 7 Absatz 5 des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2940) tritt § 7g am 31. Dezember 2012 außer Kraft.

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 400 Euro im Monat übersteigt.

(2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach Nummer 1 und nicht geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen. Wird beim Zusammenrechnen nach Satz 1 festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tag ein, an dem die Entscheidung über die Versicherungspflicht nach § 37 des Zehnten Buches durch die Einzugsstelle nach § 28i Satz 5 oder einen anderen Träger der Rentenversicherung bekannt gegeben wird. Dies gilt nicht, wenn der Arbeitgeber vorsätzlich oder grob fahrlässig versäumt hat, den Sachverhalt für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung aufzuklären.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit an Stelle einer Beschäftigung eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 9 Beschäftigungsort

(1) Beschäftigungsort ist der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird.

(2) Als Beschäftigungsort gilt der Ort, an dem eine feste Arbeitsstätte errichtet ist, wenn Personen

1. von ihr aus mit einzelnen Arbeiten außerhalb der festen Arbeitsstätte beschäftigt werden oder

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

2. außerhalb der festen Arbeitsstätte beschäftigt werden und diese Arbeitsstätte sowie der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird, im Bezirk desselben Versicherungsamts liegen.

(3) Sind Personen bei einem Arbeitgeber an mehreren festen Arbeitsstätten beschäftigt, gilt als Beschäftigungsort die Arbeitsstätte, in der sie überwiegend beschäftigt sind.

(4) Erstreckt sich eine feste Arbeitsstätte über den Bezirk mehrerer Gemeinden, gilt als Beschäftigungsort der Ort, an dem die Arbeitsstätte ihren wirtschaftlichen Schwerpunkt hat.

(5) Ist eine feste Arbeitsstätte nicht vorhanden und wird die Beschäftigung an verschiedenen Orten ausgeübt, gilt als Beschäftigungsort der Ort, an dem der Betrieb seinen Sitz hat. Leitet eine Außenstelle des Betriebs die Arbeiten unmittelbar, ist der Sitz der Außenstelle maßgebend. Ist nach den Sätzen 1 und 2 ein Beschäftigungsort im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs nicht vorhanden, gilt als Beschäftigungsort der Ort, an dem die Beschäftigung erstmals im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs ausgeübt wird.

(6) In den Fällen der Ausstrahlung gilt der bisherige Beschäftigungsort als fortbestehend. Ist ein solcher nicht vorhanden, gilt als Beschäftigungsort der Ort, an dem der Betrieb, von dem der Beschäftigte entsandt wird, seinen Sitz hat.

§ 10 Beschäftigungsort für besondere Personengruppen

(1) Für Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten, gilt als Beschäftigungsort der Ort, an dem der Träger des freiwilligen sozialen Jahres oder des freiwilligen ökologischen Jahres seinen Sitz hat.

(2) Für Entwicklungshelfer gilt als Beschäftigungsort der Sitz des Trägers des Entwicklungsdienstes. Für auf Antrag im Ausland versicherte Deutsche gilt als Beschäftigungsort der Sitz der antragstellenden Stelle.

(3) Für Seeleute gilt als Beschäftigungsort der Heimathafen des Seeschiffs. Ist ein Heimathafen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs nicht vorhanden, gilt als Beschäftigungsort Hamburg.

§ 11 Tätigkeitsort

(1) Die Vorschriften über den Beschäftigungsort gelten für selbständige Tätigkeiten entsprechend, soweit sich nicht aus Absatz 2 Abweichendes ergibt.

(2) Ist eine feste Arbeitsstätte nicht vorhanden und wird die selbständige Tätigkeit an verschiedenen Orten ausgeübt, gilt als Tätigkeitsort der Ort des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts.

§ 12 Hausgewerbetreibende, Heimarbeiter und Zwischenmeister

(1) Hausgewerbetreibende sind selbständig Tätige, die in eigener Arbeitsstätte im Auftrag und für Rechnung von Gewerbetreibenden, gemeinnützigen Unternehmen oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften gewerblich arbeiten, auch wenn sie Roh- oder Hilfsstoffe selbst beschaffen oder vorübergehend für eigene Rechnung tätig sind.

(2) Heimarbeiter sind sonstige Personen, die in eigener Arbeitsstätte im Auftrag und für Rechnung von Gewerbetreibenden, gemeinnützigen Unternehmen oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften erwerbsmäßig arbeiten, auch wenn sie Roh- oder Hilfsstoffe selbst beschaffen; sie gelten als Beschäftigte.

(3) Als Arbeitgeber der Hausgewerbetreibenden oder Heimarbeiter gilt, wer die Arbeit unmittelbar an sie vergibt, als Auftraggeber der, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung sie arbeiten.

(4) Zwischenmeister ist, wer, ohne Arbeitnehmer zu sein, die ihm übertragene Arbeit an Hausgewerbetreibende oder Heimarbeiter weitergibt.

(5) Als Hausgewerbetreibende, Heimarbeiter oder Zwischenmeister gelten auch die nach § 1 Absatz 2 Satz 1 Buchstaben a, c und d des Heimarbeitsgesetzes gleichgestellten Personen. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.

§ 13 Reeder, Seeleute und Deutsche Seeschiffe

(1) Reeder sind die Eigentümer von Seeschiffen. Seeleute sind Kapitäne und Besatzungsmitglieder von Seeschiffen sowie sonstige Arbeitnehmer, die an Bord von Seeschiffen während der Reise im Rahmen des Schiffsbetriebs beschäftigt sind, mit Ausnahme der Lotsen.

(2) Als deutsche Seeschiffe gelten alle zur Seefahrt bestimmten Schiffe, die berechtigt sind, die Bundesflagge zu führen.

Dritter Titel
Arbeitsentgelt und sonstiges Einkommen

§ 14 Arbeitsentgelt

(1) Arbeitsentgelt sind alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden. Arbeitsentgelt sind auch Entgeltteile, die durch Entgeltumwandlung nach § 1 Absatz 2 Nummer 3 des Betriebsrentengesetzes für betriebliche Altersversorgung in den Durchführungswegen Direktzusage oder Unterstützungskasse verwendet werden, soweit sie 4 vom Hundert der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung übersteigen. Steuerfreie Aufwandsentschädigungen und die in § 3 Nummer 26 und 26a des Einkommensteuergesetzes genannten steuerfreien Einnahmen gelten nicht als Arbeitsentgelt.

(2) Ist ein Nettoarbeitsentgelt vereinbart, gelten als Arbeitsentgelt die Einnahmen des Beschäftigten einschließlich der darauf entfallenden Steuern und der seinem gesetzlichen Anteil entsprechenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung. Sind bei illegalen Beschäftigungsverhältnissen Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung nicht gezahlt worden, gilt ein Nettoarbeitsentgelt als vereinbart.

(3) Wird ein Haushaltsscheck (§ 28a Absatz 7) verwendet, bleiben Zuwendungen unberücksichtigt, die nicht in Geld gewährt worden sind.

§ 15 Arbeitseinkommen

(1) Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit. Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist.

(2) Bei Landwirten, deren Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13a des Einkommensteuergesetzes ermittelt wird, ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Absatz 6 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte ergebende Wert anzusetzen.

§ 16 Gesamteinkommen

Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.

§ 17 Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zur Wahrung der Belange der

Sozialversicherung und der Arbeitsförderung, zur Förderung der betrieblichen Altersversorgung oder zur Vereinfachung des Beitragseinzugs zu bestimmen,

1. dass einmalige Einnahmen oder laufende Zulagen, Zuschläge, Zuschüsse oder ähnliche Einnahmen, die zusätzlich zu Löhnen oder Gehältern gewährt werden, und steuerfreie Einnahmen ganz oder teilweise nicht als Arbeitsentgelt gelten,
2. dass Beiträge an Direktversicherungen und Zuwendungen an Pensionskassen oder Pensionsfonds ganz oder teilweise nicht als Arbeitsentgelt gelten,
3. wie das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen und das Gesamteinkommen zu ermitteln und zeitlich zuzurechnen sind,
4. den Wert der Sachbezüge nach dem tatsächlichen Verkehrswert im Voraus für jedes Kalenderjahr.

Dabei ist eine möglichst weitgehende Übereinstimmung mit den Regelungen des Steuerrechts sicherzustellen.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestimmt im Voraus für jedes Kalenderjahr durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Bezugsgröße (§ 18). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auch sonstige aus der Bezugsgröße abzuleitende Beträge zu bestimmen.

§ 17a Umrechnung von ausländischem Einkommen

(1) Ist Einkommen zu berücksichtigen, das in fremder Währung erzielt wird, wird es in Euro nach dem Referenzkurs umgerechnet, den die Europäische Zentralbank öffentlich bekannt gibt. Wird für die fremde Währung von der Europäischen Zentralbank ein Referenzkurs nicht veröffentlicht, wird das Einkommen nach dem von der Deutschen Bundesbank ermittelten Mittelkurs für die Währung des betreffenden Landes umgerechnet; für Länder mit differenziertem Kurssystem ist der Kurs für den nichtkommerziellen Bereich zugrunde zu legen.

(2) Bei Berücksichtigung von Einkommen ist in den Fällen, in denen der Beginn der Leistung oder der neu berechneten Leistung in der Vergangenheit liegt, der Umrechnungskurs für den Kalendermonat maßgebend, in dem die Anrechnung des Einkommens beginnt. Bei Berücksichtigung von Einkommen ist in den Fällen, in denen der Beginn der Leistung oder der neu berechneten Leistung nicht in der Vergangenheit liegt, der Umrechnungskurs für den ersten Monat des Kalendervierteljahres maßgebend, das dem Beginn der Berücksichtigung von Einkommen vorausgeht. Überstaatliches Recht bleibt unberührt.

(3) Der angewandte Umrechnungskurs bleibt so lange maßgebend, bis

1. die Sozialleistung zu ändern ist,
2. sich das zu berücksichtigende Einkommen ändert oder
3. eine Kursveränderung von mehr als 10 vom Hundert gegenüber der letzten Umrechnung eintritt, jedoch nicht vor Ablauf von drei Kalendermonaten.

Die Kursveränderung nach Nummer 3 sowie der neue Umrechnungskurs werden in entsprechender Anwendung von Absatz 2 ermittelt.

(4) Die Absätze 1 bis 3 finden entsprechende Anwendung auf

1. Unterhaltsleistungen,
2. Prämien für eine Krankenversicherung.

Sie finden keine Anwendung bei der Ermittlung von Bemessungsgrundlagen von Sozialleistungen.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auch anzuwenden, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Juli 1985 eingetreten ist.

§ 18 Bezugsgröße

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Vierter Titel
Einkommen beim Zusammentreffen mit Renten wegen Todes

§ 18a Art des zu berücksichtigenden Einkommens

(1) Bei Renten wegen Todes sind als Einkommen zu berücksichtigen

1. Erwerbseinkommen,
2. Leistungen, die erbracht werden, um Erwerbseinkommen zu ersetzen (Erwerbsersatzeinkommen),
3. Vermögenseinkommen und
4. Elterngeld.

Nicht zu berücksichtigen sind

1. steuerfreie Einnahmen nach § 3 des Einkommensteuergesetzes mit Ausnahme der Aufstockungsbeträge und Zuschläge nach dessen Nummer 28 und der Einnahmen nach dessen Nummer 40 sowie Erwerbsersatzeinkommen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 8 und
2. Einnahmen aus Altersvorsorgeverträgen, soweit sie nach § 10a oder Abschnitt XI des Einkommensteuergesetzes gefördert worden sind.

Die Sätze 1 und 2 gelten auch für vergleichbare ausländische Einkommen.

(2) Erwerbseinkommen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 sind Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen. Nicht als Erwerbseinkommen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 gelten Arbeitsentgeltteile, die durch Entgeltumwandlung bis zu 4 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung für betriebliche Altersversorgung verwendet werden, sowie das Arbeitsentgelt, das eine Pflegeperson von dem Pflegebedürftigen erhält, wenn das Entgelt das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt.

(2a) Arbeitseinkommen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 ist die positive Summe der Gewinne oder Verluste aus folgenden Arbeitseinkommensarten:

1. Gewinne aus Land- und Forstwirtschaft im Sinne der §§ 13, 13a und 14 des Einkommensteuergesetzes in Verbindung mit § 15 Absatz 2,
2. Gewinne aus Gewerbebetrieb im Sinne der §§ 15, 16 und 17 des Einkommensteuergesetzes und
3. Gewinne aus selbständiger Arbeit im Sinne des § 18 des Einkommensteuergesetzes.

(3) Erwerbsersatzeinkommen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 sind

1. das Krankengeld, das Verletztengeld, das Versorgungskrankengeld, das Mutterschaftsgeld, das Übergangsgeld, das Kurzarbeitergeld, das Arbeitslosengeld, das Insolvenzgeld, das Krankentagegeld und vergleichbare Leistungen,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

2. Renten der Rentenversicherung wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit, die Erziehungsrente, die Knappschaftsausgleichsleistung, das Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus und Leistungen nach den §§ 27 und 28 des Sozialversicherungs-Angleichungsgesetzes Saar,
3. Altersrenten und Renten wegen Erwerbsminderung der Alterssicherung der Landwirte, die an ehemalige Landwirte oder mitarbeitende Familienangehörige gezahlt werden,
4. die Verletztenrente der Unfallversicherung, soweit sie einen der Grundrente nach § 31 in Verbindung mit § 84a Satz 1 und 2 des Bundesversorgungsgesetzes entsprechenden Betrag übersteigt; eine Kürzung oder ein Wegfall der Verletztenrente wegen Anstaltspflege oder Aufnahme in ein Alters- oder Pflegeheim bleibt unberücksichtigt; bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 vom Hundert ist ein Betrag in Höhe von zwei Dritteln, bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 10 vom Hundert ist ein Betrag in Höhe von einem Drittel der Mindestgrundrente anzusetzen,
5. das Ruhegehalt und vergleichbare Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienst- oder Amtsverhältnis oder aus einem versicherungsfreien Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie vergleichbare Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten,
6. das Unfallruhegehalt und vergleichbare Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienst- oder Amtsverhältnis oder aus einem versicherungsfreien Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie vergleichbare Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten; wird daneben kein Unfallausgleich gezahlt, gilt Nummer 4 letzter Teilsatz entsprechend,
7. Renten der öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen bestimmter Berufsgruppen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Alters,
8. der Berufsschadensausgleich nach § 30 Absatz 3 bis 11 des Bundesversorgungsgesetzes und anderen Gesetzen, die die entsprechende Anwendung der Leistungsvorschriften des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
9. Renten wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit, die aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses zugesagt worden sind,
10. Renten wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit aus privaten Lebens- und Rentenversicherungen, allgemeinen Unfallversicherungen sowie sonstige private Versorgungsrenten.

Kinderzuschuss, Kinderzulage und vergleichbare kindbezogene Leistungen bleiben außer Betracht. Wird eine Kapitalleistung oder an Stelle einer wiederkehrenden Leistung eine Abfindung gezahlt, ist der Betrag als Einkommen zu berücksichtigen, der bei einer Verrentung der Kapitalleistung oder als Rente ohne die Abfindung zu zahlen wäre.

(4) Vermögenseinkommen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 ist die positive Summe der positiven oder negativen Überschüsse, Gewinne oder Verluste aus folgenden Vermögenseinkommensarten:

1. a) Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 des Einkommensteuergesetzes; Einnahmen im Sinne des § 20 Absatz 1 Nummer 6 des Einkommensteuergesetzes in der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Fassung sind auch bei einer nur teilweisen Steuerpflicht jeweils die vollen Unterschiedsbeträge zwischen den Versicherungsleistungen einerseits und den auf sie entrichteten Beiträgen oder den Anschaffungskosten bei entgeltlichem Erwerb des Anspruchs auf die Versicherungsleistung andererseits,

   b) Einnahmen aus Versicherungen auf den Erlebens- oder Todesfall im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc und dd des Einkommensteuergesetzes in der am 1. Januar 2004 geltenden Fassung, wenn die Laufzeit dieser Versicherungen vor dem 1. Januar 2005 begonnen hat und ein Versicherungsbeitrag bis zum 31. Dezember 2004 entrichtet wurde, es sei denn, sie werden wegen Todes geleistet; zu den Einnahmen gehören außerrechnungsmäßige und rechnungsmäßige Zinsen aus den Sparanteilen, die in den Beiträgen zu diesen Versicherungen enthalten sind, im Sinne des § 20 Absatz 1 Nummer 6 des Einkommensteuergesetzes in der am 21. September 2002 geltenden Fassung.

Bei der Ermittlung der Einnahmen ist als Werbungskostenpauschale der Sparer-Pauschbetrag abzuziehen,

2. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung im Sinne des § 21 des Einkommensteuergesetzes nach Abzug der Werbungskosten und
3. Gewinne aus privaten Veräußerungsgeschäften im Sinne des § 23 des Einkommensteuergesetzes, soweit sie mindestens 600 Euro im Kalenderjahr betragen.

§ 18b Höhe des zu berücksichtigenden Einkommens

(1) Maßgebend ist das für denselben Zeitraum erzielte monatliche Einkommen. Mehrere zu berücksichtigende Einkommen sind zusammenzurechnen. Wird die Rente nur für einen Teil des Monats gezahlt, ist das entsprechend gekürzte monatliche Einkommen maßgebend. Einmalig gezahltes Vermögenseinkommen gilt als für die dem Monat der Zahlung folgenden zwölf Kalendermonate als erzielt. Einmalig gezahltes Vermögenseinkommen ist Einkommen, das einem bestimmten Zeitraum nicht zugeordnet werden kann oder in einem Betrag für mehr als zwölf Monate gezahlt wird.

(2) Bei Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 gilt als monatliches Einkommen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 das im letzten Kalenderjahr aus diesen Einkommensarten erzielte Einkommen, geteilt durch die Zahl der Kalendermonate, in denen es erzielt wurde. Wurde Erwerbseinkommen neben Erwerbsersatzeinkommen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 erzielt, sind diese Einkommen zusammenzurechnen; wurden diese Einkommen zeitlich aufeinander folgend erzielt, ist das Erwerbseinkommen maßgebend. Die für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt in § 23a getroffene zeitliche Zuordnung gilt entsprechend. Für die Zeiten des Bezugs von Kurzarbeitergeld ist das dem Versicherungsträger gemeldete Arbeitsentgelt maßgebend. Bei Vermögenseinkommen gilt als monatliches Einkommen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 ein Zwölftel dieses im letzten Kalenderjahr erzielten Einkommens; bei einmalig gezahltem Vermögenseinkommen gilt ein Zwölftel des gezahlten Betrages als monatliches Einkommen nach Absatz 1 Satz 1.

(3) Ist im letzten Kalenderjahr Einkommen nach Absatz 2 nicht oder nur Erwerbsersatzeinkommen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 erzielt worden, gilt als monatliches Einkommen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 das laufende Einkommen. Satz 1 gilt auch bei der erstmaligen Feststellung der Rente, wenn das laufende Einkommen im Durchschnitt voraussichtlich um wenigstens zehn vom Hundert geringer ist als das nach Absatz 2 maßgebende Einkommen; jährliche Sonderzuwendungen sind beim laufenden Einkommen mit einem Zwölftel zu berücksichtigen. Umfasst das laufende Einkommen Erwerbsersatzeinkommen im Sinne von § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, ist dieses nur zu berücksichtigen, solange diese Leistung gezahlt wird.

(4) Bei Erwerbsersatzeinkommen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bis 10 gilt als monatliches Einkommen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 das laufende Einkommen; jährliche Sonderzuwendungen sind beim laufenden Einkommen mit einem Zwölftel zu berücksichtigen.

(5) Das monatliche Einkommen ist zu kürzen

1. bei Arbeitsentgelt um 40 vom Hundert, jedoch bei
   a) Bezügen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienst- oder Amtsverhältnis oder aus einem versicherungsfreien Arbeitsverhältnis mit Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen und bei Einkommen, das solchen Bezügen vergleichbar ist, um 27,5 vom Hundert,
   b) Beschäftigten, die die Voraussetzungen des § 172 Absatz 1 des Sechsten Buches erfüllen, um 30,5 vom Hundert;

   das Arbeitsentgelt von Beschäftigten, die die Voraussetzungen des § 172 Absatz 3 des Sechsten Buches erfüllen, und Aufstockungsbeträge nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a des Altersteilzeitgesetzes werden nicht gekürzt, Zuschläge nach § 6 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes werden um 7,65 vom Hundert gekürzt,
2. bei Arbeitseinkommen um 39,8 vom Hundert, bei steuerfreien Einnahmen im Rahmen des Halbeinkünfteverfahrens oder des Teileinkünfteverfahrens um 24,8 vom Hundert,

3. bei Leistungen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 um 27,5 vom Hundert bei Leistungsbeginn vor dem Jahre 2011 und um 29,6 vom Hundert bei Leistungsbeginn nach dem Jahre 2010,
4. bei Leistungen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 und 6 um 23,7 vom Hundert bei Leistungsbeginn vor dem Jahre 2011 und um 25 vom Hundert bei Leistungsbeginn nach dem Jahre 2010,
5. bei Leistungen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 9 um 17,5 vom Hundert; sofern es sich dabei um Leistungen handelt, die der nachgelagerten Besteuerung unterliegen, ist das monatliche Einkommen um 21,2 vom Hundert bei Leistungsbeginn vor dem Jahre 2011 und um 23 vom Hundert bei Leistungsbeginn nach dem Jahre 2010 zu kürzen,
6. bei Leistungen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 10 um 12,7 vom Hundert,
7. bei Vermögenseinkommen um 25 vom Hundert; bei steuerfreien Einnahmen nach dem Halbeinkünfteverfahren um 5 vom Hundert; bei Besteuerung nach dem gesonderten Steuertarif für Einkünfte aus Kapitalvermögen um 30 vom Hundert; Einnahmen aus Versicherungen nach § 18a Absatz 4 Nummer 1 werden nur gekürzt, soweit es sich um steuerpflichtige Kapitalerträge handelt,
8. bei Leistungen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 um 13 vom Hundert bei Leistungsbeginn vor dem Jahre 2011 und um 14 vom Hundert bei Leistungsbeginn nach dem Jahre 2010.

Die Leistungen nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 4 sind um den Anteil der vom Berechtigten zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und, soweit Beiträge zur sonstigen Sozialversicherung oder zu einem Krankenversicherungsunternehmen gezahlt werden, zusätzlich um 10 vom Hundert zu kürzen.

(5a) Elterngeld wird um den anrechnungsfreien Betrag nach § 10 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes gekürzt.

(6) Soweit ein Versicherungsträger über die Höhe des zu berücksichtigenden Einkommens entschieden hat, ist diese Entscheidung auch für einen anderen Versicherungsträger bindend.

§ 18c Erstmalige Ermittlung des Einkommens

(1) Der Berechtigte hat das zu berücksichtigende Einkommen nachzuweisen.

(2) Bezieher von Arbeitsentgelt und diesem vergleichbaren Einkommen können verlangen, dass ihnen der Arbeitgeber eine Bescheinigung über das von ihnen für das letzte Kalenderjahr erzielte Arbeitsentgelt oder vergleichbare Einkommen und den Zeitraum, für den es gezahlt wurde, ausstellt. Der Arbeitgeber ist zur Ausstellung der Bescheinigung nicht verpflichtet, wenn er der Sozialversicherung das Arbeitsentgelt gemäß den Vorschriften über die Erfassung von Daten und Datenübermittlung bereits gemeldet hat. Satz 2 gilt nicht, wenn das tatsächliche Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt oder die abgegebene Meldung nicht für die Rentenversicherung bestimmt war.

(3) Bezieher von Erwerbsersatzeinkommen können verlangen, dass ihnen die Zahlstelle eine Bescheinigung über das von ihr im maßgebenden Zeitraum gezahlte Erwerbsersatzeinkommen und den Zeitraum, für den es gezahlt wurde, ausstellt.

(4) Bezieher von Vermögenseinkommen können verlangen, dass ihnen die Kapitalerträge nach § 20 des Einkommensteuergesetzes auszahlende Stelle eine Bescheinigung über die von ihr im letzten Kalenderjahr gezahlten Erträge ausstellt.

§ 18d Einkommensänderungen

(1) Einkommensänderungen sind erst vom nächstfolgenden 1. Juli an zu berücksichtigen; einmalig gezahltes Vermögenseinkommen ist vom Beginn des Kalendermonats an zu berücksichtigen, für den es als erzielt gilt.

(2) Minderungen des berücksichtigten Einkommens können vom Zeitpunkt ihres Eintritts an berücksichtigt werden, wenn das laufende Einkommen im Durchschnitt voraussichtlich um wenigstens zehn vom Hundert geringer ist als das berücksichtigte

Einkommen; Erwerbsersatzeinkommen im Sinne von § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 ist zu berücksichtigen, solange diese Leistung gezahlt wird. Jährliche Sonderzuwendungen sind mit einem Zwölftel zu berücksichtigen.

§ 18e Ermittlung von Einkommensänderungen

(1) Für Bezieher von Arbeitsentgelt und diesem vergleichbaren Einkommen hat der Arbeitgeber auf Verlangen des Versicherungsträgers das von ihnen für das letzte Kalenderjahr erzielte Arbeitsentgelt und vergleichbare Einkommen und den Zeitraum, für den es gezahlt wurde, mitzuteilen. Der Arbeitgeber ist zur Mitteilung nicht verpflichtet, wenn er der Sozialversicherung das Arbeitsentgelt gemäß den Vorschriften über die Erfassung von Daten und Datenübermittlung bereits gemeldet hat. Satz 2 gilt nicht, wenn das tatsächliche Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt.

(2) Bezieher von Arbeitseinkommen haben auf Verlangen des Versicherungsträgers ihr im letzten Kalenderjahr erzieltes Arbeitseinkommen und den Zeitraum, in dem es erzielt wurde, bis zum 31. März des Folgejahres mitzuteilen.

(3) Für Bezieher von Erwerbsersatzeinkommen haben die Zahlstellen auf Verlangen des Versicherungsträgers das von ihnen im maßgebenden Zeitraum gezahlte Erwerbsersatzeinkommen und den Zeitraum, für den es gezahlt wurde, mitzuteilen.

(3a) Bezieher von Vermögenseinkommen haben auf Verlangen des Versicherungsträgers ihr im letzten Kalenderjahr erzieltes Einkommen mitzuteilen. Für Bezieher von Kapitalerträgen nach § 20 des Einkommensteuergesetzes haben die auszahlenden Stellen eine Bescheinigung über die von ihr gezahlten Erträge auszustellen.

(4) Soweit dem Versicherungsträger das nach den Absätzen 2 und 3 mitzuteilende Einkommen nicht bekannt ist, ist das bisher berücksichtigte Einkommen vom nächstfolgenden 1. Juli an vorläufig um den Vomhundertsatz anzupassen, um den sich die Renten in der Rentenversicherung verändern, wenn nicht Grund zur Annahme besteht, dass die Verhältnisse beim Berechtigten sich in anderer Weise verändern oder unverändert bleiben. Die §§ 66 und 67 des Ersten Buches bleiben unberührt. Wird dem Versicherungsträger das Arbeitsentgelt vom Arbeitgeber nicht rechtzeitig gemäß den Vorschriften über die Erfassung von Daten und Datenübermittlung gemeldet oder übersteigt das tatsächliche Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung vom nächstfolgenden 1. Juli an aufzuheben, sobald dem Versicherungsträger das Arbeitsentgelt mitgeteilt wird; spätestens dann ist dem Berechtigten die Anpassung der Rente mitzuteilen. Ist das nach Satz 1 berücksichtigte Einkommen unrichtig, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung vom nächstfolgenden 1. Juli an aufzuheben.

(5) Im Fall des § 18d Absatz 2 findet § 18c für den erforderlichen Nachweis der Einkommensminderung entsprechende Anwendung.

(6) Bei der Berücksichtigung von Einkommensänderungen bedarf es nicht der vorherigen Anhörung des Berechtigten.

(7) Wird eine Rente wegen Todes wegen der Höhe des zu berücksichtigenden Einkommens nach dem 1. Juli eines jeden Jahres weiterhin in vollem Umfang nicht gezahlt, ist der Erlass eines erneuten Verwaltungsaktes nicht erforderlich.

Fünfter Titel
Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Versicherungsnummer

§ 18f Zulässigkeit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung

(1) Die Sozialversicherungsträger, ihre Verbände, ihre Arbeitsgemeinschaften, die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Post AG, soweit sie mit der Berechnung oder Auszahlung von Sozialleistungen betraut ist, die Versorgungsträger nach § 8 Absatz 4 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets und die Künstlersozialkasse dürfen

die Versicherungsnummer nur erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies zur personenbezogenen Zuordnung der Daten für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist; die Deutsche Rentenversicherung Bund darf die Versicherungsnummer auch zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der Förderung der zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge nach § 91 des Einkommensteuergesetzes erheben, verarbeiten und nutzen. Aufgaben nach diesem Gesetzbuch sind auch diejenigen auf Grund von über- und zwischenstaatlichem Recht im Bereich der sozialen Sicherheit. Bei Untersuchungen für Zwecke der Prävention, der Rehabilitation und der Forschung, die dem Ziel dienen, gesundheitlichen Schäden bei Versicherten vorzubeugen oder diese zu beheben, und für entsprechende Dateien darf die Versicherungsnummer nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, soweit ein einheitliches Ordnungsmerkmal zur personenbezogenen Zuordnung der Daten bei langfristigen Beobachtungen erforderlich ist und der Aufbau eines besonderen Ordnungsmerkmals mit erheblichem organisatorischem Aufwand verbunden wäre oder mehrere der in Satz 1 genannten Stellen beteiligt sind, die nicht über ein einheitliches Ordnungsmerkmal verfügen. Die Versicherungsnummer darf nach Maßgabe von Satz 3 von überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Diensten nach § 24 des Siebten Buches, auch soweit sie das Arbeitssicherheitsgesetz anwenden, erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

(2) Die anderen in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen dürfen die Versicherungsnummer nur erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit im Einzelfall oder in festgelegten Verfahren eine Übermittlung von Daten gegenüber den in Absatz 1 genannten Stellen oder ihren Aufsichtsbehörden, auch unter Einschaltung von Vermittlungsstellen, für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. Satz 1 gilt für die in § 69 Absatz 2 des Zehnten Buches genannten Stellen für die Erfüllung ihrer dort genannten Aufgaben entsprechend.

(3) Andere Behörden, Gerichte, Arbeitgeber oder Dritte dürfen die Versicherungsnummer nur erheben, verarbeiten oder nutzen, soweit dies für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der in Absatz 1 genannten Stellen erforderlich ist

1. bei Mitteilungen, für die die Verarbeitung oder Nutzung von Versicherungsnummern in Rechtsvorschriften vorgeschrieben ist,
2. im Rahmen der Beitragszahlung oder
3. bei der Leistungserbringung einschließlich Abrechnung und Erstattung.

Ist anderen Behörden, Gerichten, Arbeitgebern oder Dritten die Versicherungsnummer vom Versicherten oder seinen Hinterbliebenen oder nach dem Zweiten Kapitel des Zehnten Buches befugt übermittelt worden, darf die Versicherungsnummer, soweit die Übermittlung von Daten gegenüber den in Absatz 1 und den in § 69 Absatz 2 des Zehnten Buches genannten Stellen erforderlich ist, verarbeitet oder genutzt werden.

(3a) Die Zentrale Speicherstelle (§ 96), die Registratur Fachverfahren (§ 96), die Anmeldestellen (§ 98 Absatz 2 Satz 3) und die Arbeitgeber dürfen die Versicherungsnummer nur verwenden, soweit dies für die im Sechsten Abschnitt genannten Zwecke erforderlich ist.

(4) Die Versicherungsnummer darf auch bei der Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag gemäß § 80 des Zehnten Buches verarbeitet oder genutzt werden.

(5) Die in Absatz 2 oder 3 genannten Stellen dürfen die Versicherungsnummer nicht verarbeiten oder nutzen, um ihre Dateien danach zu ordnen oder für den Zugriff zu erschließen.

§ 18g Angabe der Versicherungsnummer

Vertragsbestimmungen, durch die der einzelne zur Angabe der Versicherungsnummer für eine nicht nach § 18f zugelassene Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung verpflichtet werden soll, sind unwirksam. Eine befugte Übermittlung der Versicherungsnummer begründet kein Recht, die Versicherungsnummer in anderen als den in § 18f genannten Fällen zu speichern.

Sechster Titel

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 18h Ausstellung des Sozialversicherungsausweises und Pflicht zu dessen Vorlage

(1) Die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung stellt für Personen, für die sie eine Versicherungsnummer vergibt, einen Sozialversicherungsausweis aus.

(2) Der Sozialversicherungsausweis enthält folgende Angaben über die Inhaberin oder den Inhaber:

1. die Versicherungsnummer,
2. den Familiennamen und den Geburtsnamen,
3. den Vornamen.

Weitere personenbezogene Daten darf der Ausweis nicht enthalten. Die Gestaltung des Sozialversicherungsausweises im Übrigen legt die Deutsche Rentenversicherung Bund in Grundsätzen fest, die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu genehmigen und im Bundesanzeiger zu veröffentlichen sind.

(3) Beschäftigte sind verpflichtet, den Sozialversicherungsausweis bei Beginn einer Beschäftigung dem Arbeitgeber vorzulegen. Kann der Beschäftigte dies nicht zum Zeitpunkt des Beschäftigungsbeginns, so hat er dies unverzüglich nachzuholen.

(4) Die Inhaberin oder der Inhaber ist verpflichtet, der zuständigen Einzugsstelle (§ 28i) den Verlust des Sozialversicherungsausweises oder sein Wiederauffinden unverzüglich anzuzeigen. Ein neuer Sozialversicherungsausweis wird ausgestellt

1. auf Antrag bei der zuständigen Einzugsstelle, wenn der Sozialversicherungsausweis zerstört worden, abhanden gekommen oder unbrauchbar geworden ist,
2. von Amts wegen, wenn sich die Versicherungsnummer, der Familienname oder der Vorname geändert hat.

Eine Person darf nur einen auf ihren Namen ausgestellten Sozialversicherungsausweis besitzen; unbrauchbare und weitere Sozialversicherungsausweise sind an die zuständige Einzugsstelle zurückzugeben.

Zweiter Abschnitt
Leistungen und Beiträge

Erster Titel
Leistungen

§ 19 Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen

Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt. Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung werden von Amts wegen erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die gesetzliche Unfallversicherung nichts Abweichendes ergibt.

§ 19a Benachteiligungsverbot

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen, die den Zugang zu allen Formen und allen Ebenen der Berufsberatung, der Berufsbildung, der beruflichen Weiterbildung, der Umschulung einschließlich der praktischen Berufserfahrung betreffen, darf niemand aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

benachteiligt werden. Ansprüche können nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs im Einzelnen bestimmt sind.

Zweiter Titel
Beiträge

§ 20 Aufbringung der Mittel, Gleitzone

(1) Die Mittel der Sozialversicherung einschließlich der Arbeitsförderung werden nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen aufgebracht.

(2) Eine Gleitzone im Sinne dieses Gesetzbuches liegt bei einem Beschäftigungsverhältnis vor, wenn das daraus erzielte Arbeitsentgelt zwischen 400,01 Euro und 800,00 Euro im Monat liegt und die Grenze von 800,00 Euro im Monat regelmäßig nicht überschreitet; bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen ist das insgesamt erzielte Arbeitsentgelt maßgebend.

(3) Der Arbeitgeber trägt abweichend von den besonderen Vorschriften für Beschäftigte für die einzelnen Versicherungszweige den Gesamtsozialversicherungsbeitrag allein, wenn

1. Versicherte, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, ein Arbeitsentgelt erzielen, das auf den Monat bezogen 325 Euro nicht übersteigt, oder
2. Versicherte ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten.

Wird infolge einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die in Satz 1 genannte Grenze überschritten, tragen die Versicherten und die Arbeitgeber den Gesamtsozialversicherungsbeitrag von dem diese Grenze übersteigenden Teil des Arbeitsentgelts jeweils zur Hälfte; in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt dies nur für den um den Beitragsanteil, der allein vom Arbeitnehmer zu tragen ist, reduzierten Beitrag.

§ 21 Bemessung der Beiträge

Die Versicherungsträger haben die Beiträge, soweit diese von ihnen festzusetzen sind, so zu bemessen, dass die Beiträge zusammen mit den anderen Einnahmen

1. die gesetzlich vorgeschriebenen und zugelassenen Ausgaben des Versicherungsträgers decken und
2. sicherstellen, dass die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Betriebsmittel und Rücklagen bereitgehalten werden können.

§ 22 Entstehen der Beitragsansprüche, Zusammentreffen mehrerer Versicherungsverhältnisse

(1) Die Beitragsansprüche der Versicherungsträger entstehen, sobald ihre im Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt sowie bei Arbeitsentgelt, das aus Arbeitszeitguthaben abgeleiteten Entgeltguthaben errechnet wird, entstehen die Beitragsansprüche, sobald dieses ausgezahlt worden ist. Satz 2 gilt nicht, soweit das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt nur wegen eines Insolvenzereignisses im Sinne des § 183 des Dritten Buches vom Arbeitgeber nicht ausgezahlt worden ist oder die Beiträge für aus Arbeitszeitguthaben abgeleiteten Entgeltguthaben schon aus laufendem Arbeitsentgelt gezahlt wurden.

(2) Treffen beitragspflichtige Einnahmen aus mehreren Versicherungsverhältnissen zusammen und übersteigen sie die für das jeweilige Versicherungsverhältnis maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze, so vermindern sie sich zum Zwecke der Beitragsberechnung nach dem Verhältnis ihrer Höhe so zueinander, dass sie zusammen höchstens die

Beitragsbemessungsgrenze erreichen. Für die knappschaftliche Rentenversicherung und die allgemeine Rentenversicherung sind die Berechnungen nach Satz 1 getrennt durchzuführen.

§ 23 Fälligkeit

(1) Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den Regelungen der Satzung der Krankenkasse und den Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen fällig. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt; ein verbleibender Restbeitrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Der Arbeitgeber kann abweichend von Satz 2 den Betrag in Höhe der Beiträge des Vormonats zahlen, wenn Änderungen der Beitragsabrechnung regelmäßig durch Mitarbeiterwechsel oder variable Entgeltbestandteile dies erfordern; für einen verbleibenden Restbetrag bleibt es bei der Fälligkeit zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats. Sonstige Beiträge werden spätestens am Fünfzehnten des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind. Die erstmalige Fälligkeit der Beiträge für die nach § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches versicherten Pflegepersonen ist abhängig von dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder der Dienstherr bei Heilfürsorgeberechtigten die Versicherungspflicht der Pflegeperson festgestellt hat oder ohne Verschulden hätte feststellen können. Wird die Feststellung in der Zeit vom Ersten bis zum Fünfzehnten eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals spätestens am Fünfzehnten des folgenden Monats fällig; wird die Feststellung in der Zeit vom Sechzehnten bis zum Ende eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals am Fünfzehnten des zweiten darauffolgenden Monats fällig; das Nähere vereinbaren die Spitzenverbände der beteiligten Träger der Sozialversicherung, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Festsetzungsstellen für die Beihilfe.

(2) Die Beiträge für eine Sozialleistung im Sinne des § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches einschließlich Sozialleistungen, auf die die Vorschriften des Fünften und des Sechsten Buches über die Kranken- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld oder die Krankenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II entsprechend anzuwenden sind, werden am Achten des auf die Zahlung der Sozialleistung folgenden Monats fällig. Die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit können unbeschadet des Satzes 1 vereinbaren, dass die Beiträge zur Rentenversicherung aus Sozialleistungen der Bundesagentur für Arbeit zu den vom Bundesversicherungsamt festgelegten Fälligkeitsterminen für die Rentenzahlungen im Inland gezahlt werden. Die Träger der Rentenversicherung mit Ausnahme der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und die Behörden des sozialen Entschädigungsrechts können unbeschadet des Satzes 1 vereinbaren, dass die Beiträge zur Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aus Sozialleistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens zum 30. Juni des laufenden Jahres und ein verbleibender Restbetrag zum nächsten Fälligkeitstermin gezahlt werden.

(2a) Bei Verwendung eines Haushaltsschecks (§ 28a Absatz 7) sind die Beiträge für das in den Monaten Januar bis Juni erzielte Arbeitsentgelt am 15. Juli des laufenden Jahres und für das in den Monaten Juli bis Dezember erzielte Arbeitsentgelt am 15. Januar des folgenden Jahres fällig.

(3) Geschuldete Beiträge der Unfallversicherung werden am Fünfzehnten des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem der Beitragsbescheid dem Zahlungspflichtigen bekannt gegeben worden ist; Entsprechendes gilt für Beitragsvorschüsse, wenn der Bescheid hierüber keinen anderen Fälligkeitstermin bestimmt. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften können in ihren Satzungen von Satz 1 abweichende Fälligkeitstermine bestimmen. Für den Tag der Zahlung und die zulässigen Zahlungsmittel gelten die für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag geltenden Bestimmungen entsprechend. Die Fälligkeit von Beiträgen für geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten, die nach § 28a Absatz 7 der Einzugsstelle gemeldet worden sind, richtet sich abweichend von Satz 1 nach Absatz 2a.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(4) Besondere Vorschriften für einzelne Versicherungszweige, die von den Absätzen 1 bis 3 abweichen oder abweichende Bestimmungen zulassen, bleiben unberührt.

§ 23a Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind Zuwendungen, die dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und nicht für die Arbeit in einem einzelnen Entgeltabrechnungszeitraum gezahlt werden. Als einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gelten nicht Zuwendungen nach Satz 1, wenn sie

1. üblicherweise zur Abgeltung bestimmter Aufwendungen des Beschäftigten, die auch im Zusammenhang mit der Beschäftigung stehen,
2. als Waren oder Dienstleistungen, die vom Arbeitgeber nicht überwiegend für den Bedarf seiner Beschäftigten hergestellt, vertrieben oder erbracht werden und monatlich in Anspruch genommen werden können,
3. als sonstige Sachbezüge oder
4. als vermögenswirksame Leistungen

vom Arbeitgeber erbracht werden. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt versicherungspflichtig Beschäftigter ist dem Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen, in dem es gezahlt wird, soweit die Absätze 2 und 4 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Beendigung oder bei Ruhen des Beschäftigungsverhältnisses gezahlt wird, ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des laufenden Kalenderjahres zuzuordnen, auch wenn dieser nicht mit Arbeitsentgelt belegt ist.

(3) Das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt ist bei der Feststellung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts für versicherungspflichtig Beschäftigte zu berücksichtigen, soweit das bisher gezahlte beitragspflichtige Arbeitsentgelt die anteilige Beitragsbemessungsgrenze nicht erreicht. Die anteilige Beitragsbemessungsgrenze ist der Teil der Beitragsbemessungsgrenze, der der Dauer aller Beschäftigungsverhältnisse bei demselben Arbeitgeber im laufenden Kalenderjahr bis zum Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraumes entspricht, dem einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zuzuordnen ist; auszunehmen sind Zeiten, die nicht mit Beiträgen aus laufendem (nicht einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt belegt sind.

(4) In der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des vergangenen Kalenderjahres zuzuordnen, wenn es vom Arbeitgeber dieses Entgeltabrechnungszeitraumes gezahlt wird und zusammen mit dem sonstigen für das laufende Kalenderjahr festgestellten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt die anteilige Beitragsbemessungsgrenze nach Absatz 3 Satz 2 übersteigt. Satz 1 gilt nicht für nach dem 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Absatz 2 einem in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März liegenden Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen ist.

(5) Ist der Beschäftigte in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, ist für die Zuordnung des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts nach Absatz 4 Satz 1 allein die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung maßgebend.

Fußnote

§ 23a: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit dem GG unvereinbar gem. BVerfGE v. 24.5.2000 I 1082 - 1 BvL 1/98, 1 BvL 4/98 und 1 BvL 15/99 -

§ 23b Beitragspflichtige Einnahmen bei flexiblen Arbeitszeitregelungen

(1) Bei Vereinbarungen nach § 7b ist für Zeiten der tatsächlichen Arbeitsleistung und für Zeiten der Inanspruchnahme des Wertguthabens nach § 7c das in dem jeweiligen Zeitraum fällige Arbeitsentgelt als Arbeitsentgelt im Sinne des § 23 Absatz 1 maßgebend. Im Falle des § 23a Absatz 3 und 4 gilt das in dem jeweils maßgebenden Zeitraum erzielte Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze als bisher gezahltes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt; in

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung tritt an die Stelle des erzielten Arbeitsentgelts das fällige Arbeitsentgelt.

(2) Soweit das Wertguthaben nicht gemäß § 7c verwendet wird, insbesondere

1. nicht laufend für eine Zeit der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit in Anspruch genommen wird oder
2. nicht mehr für solche Zeiten gezahlt werden kann, da das Beschäftigungsverhältnis vorzeitig beendet wurde,

ist als Arbeitsentgelt im Sinne des § 23 Absatz 1 ohne Berücksichtigung einer Beitragsbemessungsgrenze die Summe der Arbeitsentgelte maßgebend, die zum Zeitpunkt der tatsächlichen Arbeitsleistung ohne Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 7b beitragspflichtig gewesen wäre. Maßgebend ist jedoch höchstens der Betrag des Wertguthabens aus diesen Arbeitsentgelten zum Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des Arbeitsentgelts. Zugrunde zu legen ist der Zeitraum ab dem Abrechnungsmonat der ersten Gutschrift auf einem Wertguthaben bis zum Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des Arbeitsentgelts. Bei einem nach § 7f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 auf die Deutsche Rentenversicherung Bund übertragenen Wertguthaben gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend, soweit das Wertguthaben wegen der Inanspruchnahme einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, einer Rente wegen Alters oder wegen des Todes des Versicherten nicht mehr in Anspruch genommen werden kann. Wird das Wertguthaben vereinbarungsgemäß an einen bestimmten Wertmaßstab gebunden, ist der im Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des Arbeitsentgelts maßgebende angepasste Betrag als Höchstbetrag der Berechnung zugrunde zu legen. Im Falle der Insolvenz des Arbeitgebers gilt auch als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt höchstens der Betrag, der als Arbeitsentgelt den gezahlten Beiträgen zugrunde liegt. Für die Berechnung der Beiträge sind der für den Entgeltabrechnungszeitraum nach den Sätzen 8 und 9 für den einzelnen Versicherungszweig geltende Beitragssatz und die für diesen Zeitraum für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags zuständige Einzugsstelle maßgebend; für Beschäftigte, die bei keiner Krankenkasse versichert sind, gilt § 28i Satz 2 entsprechend. Die Beiträge sind mit den Beiträgen der Entgeltabrechnung für den Kalendermonat fällig, der dem Kalendermonat folgt, in dem

1. im Fall der Insolvenz die Mittel für die Beitragszahlung verfügbar sind,
2. das Arbeitsentgelt nicht zweckentsprechend verwendet wird.

Wird durch einen Bescheid eines Trägers der Rentenversicherung der Eintritt von verminderter Erwerbsfähigkeit festgestellt, gilt der Zeitpunkt des Eintritts der verminderten Erwerbsfähigkeit als Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des bis dahin erzielten Wertguthabens; in diesem Fall sind die Beiträge mit den Beiträgen der auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses folgenden Entgeltabrechnung fällig. Wird eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Anspruch genommen und besteht ein nach § 7f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 an die Deutsche Rentenversicherung Bund übertragenes Wertguthaben, kann der Versicherte der Auflösung dieses Wertguthabens widersprechen. Ist für den Fall der Insolvenz des Arbeitgebers ein Dritter Schuldner des Arbeitsentgelts, erfüllt dieser insoweit die Pflichten des Arbeitgebers.

(2a) Als Arbeitsentgelt im Sinne des § 23 Absatz 1 gilt im Falle des Absatzes 2 auch der positive Betrag, der sich ergibt, wenn die Summe der ab dem Abrechnungsmonat der ersten Gutschrift auf einem Wertguthaben für die Zeit der Arbeitsleistung maßgebenden Beträge der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze um die Summe der in dieser Zeit der Arbeitsleistung abgerechneten beitragspflichtigen Arbeitsentgelte gemindert wird, höchstens der Betrag des Wertguthabens im Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des Arbeitsentgelts. Absatz 2 Satz 5 bis 11 findet Anwendung, Absatz 1 Satz 2 findet keine Anwendung.

(3) Kann das Wertguthaben wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr nach § 7c oder § 7f Absatz 2 Satz 1 verwendet werden und ist der Versicherte unmittelbar anschließend wegen Arbeitslosigkeit bei einer deutschen Agentur für Arbeit als Arbeitsuchender gemeldet und bezieht eine öffentlich-rechtliche Leistung oder nur wegen des zu berücksichtigenden Einkommens oder Vermögens nicht, sind die Beiträge

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

spätestens sieben Kalendermonate nach dem Kalendermonat, in dem das Arbeitsentgelt nicht zweckentsprechend verwendet worden ist, oder bei Aufnahme einer Beschäftigung in diesem Zeitraum zum Zeitpunkt des Beschäftigungsbeginns fällig, es sei denn, eine zweckentsprechende Verwendung wird vereinbart; beginnt in diesem Zeitraum eine Rente wegen Alters oder Todes oder tritt verminderte Erwerbsfähigkeit ein, gelten diese Zeitpunkte als Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung.

(3a) Sieht die Vereinbarung nach § 7b bereits bei ihrem Abschluss für den Fall, dass Wertguthaben wegen der Beendigung der Beschäftigung auf Grund verminderter Erwerbsfähigkeit, des Erreichens einer Altersgrenze, zu der eine Rente wegen Alters beansprucht werden kann, oder des Todes des Beschäftigten nicht mehr für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit verwendet werden können, deren Verwendung für Zwecke der betrieblichen Altersversorgung vor, gilt das bei Eintritt dieser Fälle für Zwecke der betrieblichen Altersversorgung verwendete Wertguthaben nicht als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt; dies gilt nicht,

1. wenn die Vereinbarung über die betriebliche Altersversorgung eine Abfindung vorsieht oder zulässt oder Leistungen im Fall des Todes, der Invalidität und des Erreichens einer Altersgrenze, zu der eine Rente wegen Alters beansprucht werden kann, nicht gewährleistet sind oder
2. soweit bereits im Zeitpunkt der Ansammlung des Wertguthabens vorhersehbar ist, dass es nicht für Zwecke nach § 7c oder § 7f Absatz 2 Satz 1 verwendet werden kann.

Die Bestimmungen dieses Absatzes finden keine Anwendung auf Vereinbarungen, die nach dem 13. November 2008 geschlossen worden sind.

(4) Werden Wertguthaben auf Dritte übertragen, gelten die Absätze 2 bis 3a nur für den Übertragenden, der die Arbeitsleistung tatsächlich erbringt.

§ 23c Sonstige nicht beitragspflichtige Einnahmen

(1) Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld oder Krankentagegeld und sonstige Einnahmen aus einer Beschäftigung, die für die Zeit des Bezuges von Krankengeld, Krankentagegeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elterngeld weiter erzielt werden, gelten nicht als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, wenn die Einnahmen zusammen mit den genannten Sozialleistungen das Nettoarbeitsentgelt (§ 47 des Fünften Buches) nicht um mehr als 50 Euro im Monat übersteigen. Zur Berechnung des Nettoarbeitsentgelts bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ist der um den Beitragszuschuss für Beschäftigte verminderte Beitrag des Versicherten zur Kranken- und Pflegeversicherung abzuziehen; dies gilt entsprechend für Personen und für ihre nicht selbstversicherten Angehörigen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind einschließlich der Versicherung für das Krankentagegeld. Für Beschäftigte, die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches von der Versicherungspflicht befreit sind und Pflichtbeiträge an eine berufsständische Versorgungseinrichtung entrichten, sind bei der Ermittlung des Nettoentgeltes die um den Arbeitgeberanteil nach § 172 Absatz 2 des Sechsten Buches verminderten Pflichtbeiträge des Beschäftigten entsprechend abzuziehen.

(2) Sind zur Gewährung von Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld oder Mutterschaftsgeld Angaben über das Beschäftigungsverhältnis notwendig und sind diese dem Leistungsträger aus anderem Grund nicht bekannt, sind sie durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen. Der Arbeitgeber hat dem Leistungsträger diese Bescheinigung durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschinell erstellter Ausfüllhilfen zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben bestimmen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Bundesagentur für Arbeit und die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger in Gemeinsamen Grundsätzen. Die Gemeinsamen Grundsätze bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit; die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist anzuhören.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(3) Übermittelt ein Arbeitgeber eine Bescheinigung nach Absatz 2, so hat in diesen Fällen der Leistungsträger alle Angaben gegenüber dem Arbeitgeber durch Datenübertragung zu erstatten. Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn Krankenkassen auf Antrag des Arbeitgebers Mitteilungen über auf den Anspruch auf Entgeltfortzahlung anrechenbare Zeiten der Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten oder für Anträge nach Absatz 2 Satz 1 die Krankenversicherungsnummer übermitteln. Im Falle der Zahlung von Krankentagegeld können private Krankenversicherungsunternehmen Angaben gegenüber dem Arbeitgeber nach den Sätzen 1 und 2 erstatten.

§ 24 Säumniszuschlag

(1) Für Beiträge und Beitragsvorschüsse, die der Zahlungspflichtige nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag von eins vom Hundert des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Betrages zu zahlen. Bei einem rückständigen Betrag unter 100 Euro ist der Säumniszuschlag nicht zu erheben, wenn dieser gesondert schriftlich anzufordern wäre.

(1a) Abweichend zu Absatz 1 haben freiwillig Versicherte, Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte für Beiträge und Beitragsvorschüsse, mit denen sie länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von 5 vom Hundert des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Beitrages zu zahlen.

(2) Wird eine Beitragsforderung durch Bescheid mit Wirkung für die Vergangenheit festgestellt, ist ein darauf entfallender Säumniszuschlag nicht zu erheben, soweit der Beitragsschuldner glaubhaft macht, dass er unverschuldet keine Kenntnis von der Zahlungspflicht hatte.

§ 25 Verjährung

(1) Ansprüche auf Beiträge verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie fällig geworden sind. Ansprüche auf vorsätzlich vorenthaltene Beiträge verjähren in dreißig Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie fällig geworden sind.

(2) Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß. Die Verjährung ist für die Dauer einer Prüfung beim Arbeitgeber gehemmt; diese Hemmung der Verjährung bei einer Prüfung gilt auch gegenüber den auf Grund eines Werkvertrages für den Arbeitgeber tätigen Nachunternehmern und deren weiteren Nachunternehmern. Satz 2 gilt nicht, wenn die Prüfung unmittelbar nach ihrem Beginn für die Dauer von mehr als sechs Monaten aus Gründen unterbrochen wird, die die prüfende Stelle zu vertreten hat. Die Hemmung beginnt mit dem Tag des Beginns der Prüfung beim Arbeitgeber oder bei der vom Arbeitgeber mit der Lohn- und Gehaltsabrechnung beauftragten Stelle und endet mit der Bekanntgabe des Beitragsbescheides, spätestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten nach Abschluss der Prüfung. Kommt es aus Gründen, die die prüfende Stelle nicht zu vertreten hat, zu einem späteren Beginn der Prüfung, beginnt die Hemmung mit dem von dem Versicherungsträger in seiner Prüfungsankündigung ursprünglich bestimmten Tag. Die Sätze 2 bis 5 gelten für Prüfungen der Beitragszahlung bei sonstigen Versicherten, in Fällen der Nachversicherung und bei versicherungspflichtigen Selbständigen entsprechend.

§ 26 Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge

(1) Sind Pflichtbeiträge in der Rentenversicherung für Zeiten nach dem 31. Dezember 1972 trotz Fehlens der Versicherungspflicht nicht spätestens bei der nächsten Prüfung beim Arbeitgeber beanstandet worden, gilt § 45 Absatz 2 des Zehnten Buches entsprechend. Beiträge, die nicht mehr beanstandet werden dürfen, gelten als zu Recht entrichtete Pflichtbeiträge. Gleiches gilt für zu Unrecht entrichtete Beiträge nach Ablauf der in § 27 Absatz 2 Satz 1 bestimmten Frist.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(2) Zu Unrecht entrichtete Beiträge sind zu erstatten, es sei denn, dass der Versicherungsträger bis zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs auf Grund dieser Beiträge oder für den Zeitraum, für den die Beiträge zu Unrecht entrichtet worden sind, Leistungen erbracht oder zu erbringen hat; Beiträge, die für Zeiten entrichtet worden sind, die während des Bezugs von Leistungen beitragsfrei sind, sind jedoch zu erstatten.

(3) Der Erstattungsanspruch steht dem zu, der die Beiträge getragen hat. Soweit dem Arbeitgeber Beiträge, die er getragen hat, von einem Dritten ersetzt worden sind, entfällt sein Erstattungsanspruch.

§ 27 Verzinsung und Verjährung des Erstattungsanspruchs

(1) Der Erstattungsanspruch ist nach Ablauf eines Kalendermonats nach Eingang des vollständigen Erstattungsantrags, beim Fehlen eines Antrags nach der Bekanntgabe der Entscheidung über die Erstattung bis zum Ablauf des Kalendermonats vor der Zahlung mit vier vom Hundert zu verzinsen. Verzinst werden volle Euro-Beträge. Dabei ist der Kalendermonat mit dreißig Tagen zugrunde zu legen.

(2) Der Erstattungsanspruch verjährt in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem die Beiträge entrichtet worden sind. Beanstandet der Versicherungsträger die Rechtswirksamkeit von Beiträgen, beginnt die Verjährung mit dem Ablauf des Kalenderjahrs der Beanstandung.

(3) Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß. Die Verjährung wird auch durch schriftlichen Antrag auf die Erstattung oder durch Erhebung eines Widerspruchs gehemmt. Die Hemmung endet sechs Monate nach Bekanntgabe der Entscheidung über den Antrag oder den Widerspruch.

§ 28 Verrechnung und Aufrechnung des Erstattungsanspruchs

Der für die Erstattung zuständige Leistungsträger kann

1. mit Ermächtigung eines anderen Leistungsträgers dessen Ansprüche gegen den Berechtigten mit dem ihm obliegenden Erstattungsbetrag verrechnen,
2. mit Zustimmung des Berechtigten die zu Unrecht entrichteten Beiträge mit künftigen Beitragsansprüchen aufrechnen.

Dritter Abschnitt
Meldepflichten des Arbeitgebers, Gesamtsozialversicherungsbeitrag

Erster Titel
Meldungen des Arbeitgebers und ihre Weiterleitung

§ 28a Meldepflicht

(1) Der Arbeitgeber oder ein anderer Meldepflichtiger hat der Einzugsstelle für jeden in der Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung oder nach dem Recht der Arbeitsförderung kraft Gesetzes Versicherten

1. bei Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. bei Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung,
3. bei Eintritt eines Insolvenzereignisses,
4. (weggefallen)
5. bei Änderungen in der Beitragspflicht,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X)

SGB X

Ausfertigungsdatum: 18.08.1980

Vollzitat:

"Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl. I S. 1469 und Artikel 1 des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl. I S. 1450) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 18. 1.2001 I 130;
zuletzt geändert durch Art. 5 G v. 5.8.2010 I 1127

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.7.1983 +++)
(+++ Maßgaben aufgrund EinigVtr nicht mehr anzuwenden gem. Art. 109 Nr. 3 Buchst. d DBuchst. bb G v. 8.12.2010 I 1864 mWv 15.12.2010 +++

Überschrift: IdF d. Art. 10 Nr. 1 G v. 21.12.2000 I 1983 mWv 1.1.2001

Das G (§§ 1 bis 85a) wurde als Art. I G v. 18.8.1980 I 1469 (SGB 10/Kap1/2) vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Die §§ 86ff wurden als Art. I G 860-10-3 v. 4.11.1982 I 1450 (SGB 10/Kap3) vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen.

Inhaltsübersicht

Erstes Kapitel
Verwaltungsverfahren
Erster Abschnitt
Anwendungsbereich, Zuständigkeit, Amtshilfe
§ 1 Anwendungsbereich
§ 2 Örtliche Zuständigkeit
§ 3 Amtshilfepflicht
§ 4 Voraussetzungen und Grenzen der Amtshilfe
§ 5 Auswahl der Behörde
§ 6 Durchführung der Amtshilfe
§ 7 Kosten der Amtshilfe
Zweiter Abschnitt
Allgemeine Vorschriften über das Verwaltungsverfahren
Erster Titel
Verfahrensgrundsätze
§ 8 Begriff des Verwaltungsverfahrens
§ 9 Nichtförmlichkeit des Verwaltungsverfahrens
§ 10 Beteiligungsfähigkeit
§ 11 Vornahme von Verfahrenshandlungen
§ 12 Beteiligte
§ 13 Bevollmächtigte und Beistände
§ 14 Bestellung eines Empfangsbevollmächtigten
§ 15 Bestellung eines Vertreters von Amts wegen
§ 16 Ausgeschlossene Personen

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Erster Abschnitt
Anwendungsbereich, Zuständigkeit, Amtshilfe

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vorschriften dieses Kapitels gelten für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit der Behörden, die nach diesem Gesetzbuch ausgeübt wird. Für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit der Behörden der Länder, der Gemeinden und Gemeindeverbände, der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts zur Ausführung von besonderen Teilen dieses Gesetzbuches, die nach Inkrafttreten der Vorschriften dieses Kapitels Bestandteil des Sozialgesetzbuches werden, gilt dies nur, soweit diese besonderen Teile mit Zustimmung des Bundesrates die Vorschriften dieses Kapitels für anwendbar erklären. Die Vorschriften gelten nicht für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten.

(2) Behörde im Sinne dieses Gesetzbuches ist jede Stelle, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt.

§ 2 Örtliche Zuständigkeit

(1) Sind mehrere Behörden örtlich zuständig, entscheidet die Behörde, die zuerst mit der Sache befasst worden ist, es sei denn, die gemeinsame Aufsichtsbehörde bestimmt, dass eine andere örtlich zuständige Behörde zu entscheiden hat. Diese Aufsichtsbehörde entscheidet ferner über die örtliche Zuständigkeit, wenn sich mehrere Behörden für zuständig oder für unzuständig halten oder wenn die Zuständigkeit aus anderen Gründen zweifelhaft ist. Fehlt eine gemeinsame Aufsichtsbehörde, treffen die Aufsichtsbehörden die Entscheidung gemeinsam.

(2) Ändern sich im Lauf des Verwaltungsverfahrens die die Zuständigkeit begründenden Umstände, kann die bisher zuständige Behörde das Verwaltungsverfahren fortführen, wenn dies unter Wahrung der Interessen der Beteiligten der einfachen und zweckmäßigen Durchführung des Verfahrens dient und die nunmehr zuständige Behörde zustimmt.

(3) Hat die örtliche Zuständigkeit gewechselt, muss die bisher zuständige Behörde die Leistungen noch solange erbringen, bis sie von der nunmehr zuständigen Behörde fortgesetzt werden. Diese hat der bisher zuständigen Behörde die nach dem Zuständigkeitswechsel noch erbrachten Leistungen auf Anforderung zu erstatten. § 102 Abs. 2 gilt entsprechend.

(4) Bei Gefahr im Verzug ist für unaufschiebbare Maßnahmen jede Behörde örtlich zuständig, in deren Bezirk der Anlass für die Amtshandlung hervortritt. Die nach den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs örtlich zuständige Behörde ist unverzüglich zu unterrichten.

§ 3 Amtshilfepflicht

(1) Jede Behörde leistet anderen Behörden auf Ersuchen ergänzende Hilfe (Amtshilfe).

(2) Amtshilfe liegt nicht vor, wenn

1. Behörden einander innerhalb eines bestehenden Weisungsverhältnisses Hilfe leisten,
2. die Hilfeleistung in Handlungen besteht, die der ersuchten Behörde als eigene Aufgabe obliegen.

§ 4 Voraussetzungen und Grenzen der Amtshilfe

(1) Eine Behörde kann um Amtshilfe insbesondere dann ersuchen, wenn sie

1. aus rechtlichen Gründen die Amtshandlung nicht selbst vornehmen kann,
2. aus tatsächlichen Gründen, besonders weil die zur Vornahme der Amtshandlung erforderlichen Dienstkräfte oder Einrichtungen fehlen, die Amtshandlung nicht selbst vornehmen kann,

(5) Vor der Aufnahme der Versicherung an Eides statt ist der Versichernde über die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung zu belehren. Die Belehrung ist in der Niederschrift zu vermerken.

(6) Die Niederschrift hat ferner die Namen der anwesenden Personen sowie den Ort und den Tag der Niederschrift zu enthalten. Die Niederschrift ist demjenigen, der die eidesstattliche Versicherung abgibt, zur Genehmigung vorzulesen oder auf Verlangen zur Durchsicht vorzulegen. Die erteilte Genehmigung ist zu vermerken und von dem Versichernden zu unterschreiben. Die Niederschrift ist sodann von demjenigen, der die Versicherung an Eides statt aufgenommen hat, sowie von dem Schriftführer zu unterschreiben.

§ 24 Anhörung Beteiligter

(1) Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern.

(2) Von der Anhörung kann abgesehen werden, wenn

1. eine sofortige Entscheidung wegen Gefahr im Verzug oder im öffentlichen Interesse notwendig erscheint,
2. durch die Anhörung die Einhaltung einer für die Entscheidung maßgeblichen Frist in Frage gestellt würde,
3. von den tatsächlichen Angaben eines Beteiligten, die dieser in einem Antrag oder einer Erklärung gemacht hat, nicht zu seinen Ungunsten abgewichen werden soll,
4. Allgemeinverfügungen oder gleichartige Verwaltungsakte in größerer Zahl erlassen werden sollen,
5. einkommensabhängige Leistungen den geänderten Verhältnissen angepaßt werden sollen,
6. Maßnahmen in der Verwaltungsvollstreckung getroffen werden sollen oder
7. gegen Ansprüche oder mit Ansprüchen von weniger als 70 Euro aufgerechnet oder verrechnet werden soll; Nummer 5 bleibt unberührt.

§ 25 Akteneinsicht durch Beteiligte

(1) Die Behörde hat den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist. Satz 1 gilt bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens nicht für Entwürfe zu Entscheidungen sowie die Arbeiten zu ihrer unmittelbaren Vorbereitung.

(2) Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, kann die Behörde statt dessen den Inhalt der Akten dem Beteiligten durch einen Arzt vermitteln lassen. Sie soll den Inhalt der Akten durch einen Arzt vermitteln lassen, soweit zu befürchten ist, dass die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit, zufügen würde. Soweit die Akten Angaben enthalten, die die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit des Beteiligten beeinträchtigen können, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass der Inhalt der Akten auch durch einen Bediensteten der Behörde vermittelt werden kann, der durch Vorbildung sowie Lebens- und Berufserfahrung dazu geeignet und befähigt ist. Das Recht nach Absatz 1 wird nicht beschränkt.

(3) Die Behörde ist zur Gestattung der Akteneinsicht nicht verpflichtet, soweit die Vorgänge wegen der berechtigten Interessen der Beteiligten oder dritter Personen geheimgehalten werden müssen.

(4) Die Akteneinsicht erfolgt bei der Behörde, die die Akten führt. Im Einzelfall kann die Einsicht auch bei einer anderen Behörde oder bei einer diplomatischen oder berufskonsularischen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland erfolgen; weitere Ausnahmen kann die Behörde, die die Akten führt, gestatten.

(5) Soweit die Akteneinsicht zu gestatten ist, können die Beteiligten Auszüge oder Abschriften selbst fertigen oder sich Ablichtungen durch die Behörde erteilen lassen. Die Behörde kann Ersatz ihrer Aufwendungen in angemessenem Umfang verlangen.

Zweiter Titel
Fristen, Termine, Wiedereinsetzung

§ 26 Fristen und Termine

(1) Für die Berechnung von Fristen und für die Bestimmung von Terminen gelten die §§ 187 bis 193 des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit nicht durch die Absätze 2 bis 5 etwas anderes bestimmt ist.

(2) Der Lauf einer Frist, die von einer Behörde gesetzt wird, beginnt mit dem Tag, der auf die Bekanntgabe der Frist folgt, außer wenn dem Betroffenen etwas anderes mitgeteilt wird.

(3) Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktages. Dies gilt nicht, wenn dem Betroffenen unter Hinweis auf diese Vorschrift ein bestimmter Tag als Ende der Frist mitgeteilt worden ist.

(4) Hat eine Behörde Leistungen nur für einen bestimmten Zeitraum zu erbringen, endet dieser Zeitraum auch dann mit dem Ablauf seines letzten Tages, wenn dieser auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend fällt.

(5) Der von einer Behörde gesetzte Termin ist auch dann einzuhalten, wenn er auf einen Sonntag, gesetzlichen Feiertag oder Sonnabend fällt.

(6) Ist eine Frist nach Stunden bestimmt, werden Sonntage, gesetzliche Feiertage oder Sonnabende mitgerechnet.

(7) Fristen, die von einer Behörde gesetzt sind, können verlängert werden. Sind solche Fristen bereits abgelaufen, können sie rückwirkend verlängert werden, insbesondere wenn es unbillig wäre, die durch den Fristablauf eingetretenen Rechtsfolgen bestehen zu lassen. Die Behörde kann die Verlängerung der Frist nach § 32 mit einer Nebenbestimmung verbinden.

§ 27 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand

(1) War jemand ohne Verschulden verhindert, eine gesetzliche Frist einzuhalten, ist ihm auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. Das Verschulden eines Vertreters ist dem Vertretenen zuzurechnen.

(2) Der Antrag ist innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Hindernisses zu stellen. Die Tatsachen zur Begründung des Antrages sind bei der Antragstellung oder im Verfahren über den Antrag glaubhaft zu machen. Innerhalb der Antragsfrist ist die versäumte Handlung nachzuholen. Ist dies geschehen, kann Wiedereinsetzung auch ohne Antrag gewährt werden.

(3) Nach einem Jahr seit dem Ende der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nicht mehr beantragt oder die versäumte Handlung nicht mehr nachgeholt werden, außer wenn dies vor Ablauf der Jahresfrist infolge höherer Gewalt unmöglich war.

(4) Über den Antrag auf Wiedereinsetzung entscheidet die Behörde, die über die versäumte Handlung zu befinden hat.

(5) Die Wiedereinsetzung ist unzulässig, wenn sich aus einer Rechtsvorschrift ergibt, dass sie ausgeschlossen ist.

§ 28 Wiederholte Antragstellung

Hat ein Leistungsberechtigter von der Stellung eines Antrages auf eine Sozialleistung abgesehen, weil ein Anspruch auf eine andere Sozialleistung geltend gemacht worden ist, und wird diese Leistung versagt oder ist sie zu erstatten, wirkt der nunmehr nachgeholte Antrag bis zu einem Jahr zurück, wenn er innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Monats gestellt ist, in dem die Ablehnung oder Erstattung der anderen Leistung bindend geworden ist. Satz 1 gilt auch dann, wenn der rechtzeitige Antrag auf eine andere Leistung aus Unkenntnis über deren Anspruchsvoraussetzung unterlassen wurde und die zweite Leistung gegenüber der ersten Leistung, wenn diese erbracht worden wäre, nachrangig gewesen wäre.

Dritter Titel
Amtliche Beglaubigung

§ 29 Beglaubigung von Dokumenten

(1) Jede Behörde ist befugt, Abschriften von Urkunden, die sie selbst ausgestellt hat, zu beglaubigen. Darüber hinaus sind die von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden des Bundes, der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und die nach Landesrecht zuständigen Behörden befugt, Abschriften zu beglaubigen, wenn die Urschrift von einer Behörde ausgestellt ist oder die Abschrift zur Vorlage bei einer Behörde benötigt wird, sofern nicht durch Rechtsvorschrift die Erteilung beglaubigter Abschriften aus amtlichen Registern und Archiven anderen Behörden ausschließlich vorbehalten ist; die Rechtsverordnung bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

(2) Abschriften dürfen nicht beglaubigt werden, wenn Umstände zu der Annahme berechtigen, dass der ursprüngliche Inhalt des Schriftstückes, dessen Abschrift beglaubigt werden soll, geändert worden ist, insbesondere wenn dieses Schriftstück Lücken, Durchstreichungen, Einschaltungen, Änderungen, unleserliche Wörter, Zahlen oder Zeichen, Spuren der Beseitigung von Wörtern, Zahlen und Zeichen enthält oder wenn der Zusammenhang eines aus mehreren Blättern bestehenden Schriftstückes aufgehoben ist.

(3) Eine Abschrift wird beglaubigt durch einen Beglaubigungsvermerk, der unter die Abschrift zu setzen ist. Der Vermerk muss enthalten

1. die genaue Bezeichnung des Schriftstückes, dessen Abschrift beglaubigt wird,
2. die Feststellung, dass die beglaubigte Abschrift mit dem vorgelegten Schriftstück übereinstimmt,
3. den Hinweis, dass die beglaubigte Abschrift nur zur Vorlage bei der angegebenen Behörde erteilt wird, wenn die Urschrift nicht von einer Behörde ausgestellt worden ist,
4. den Ort und den Tag der Beglaubigung, die Unterschrift des für die Beglaubigung zuständigen Bediensteten und das Dienstsiegel.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Beglaubigung von

1. Ablichtungen, Lichtdrucken und ähnlichen in technischen Verfahren hergestellten Vervielfältigungen,
2. auf fototechnischem Wege von Schriftstücken hergestellten Negativen, die bei einer Behörde aufbewahrt werden,
3. Ausdrucken elektronischer Dokumente,
4. elektronischen Dokumenten,
   a) die zur Abbildung eines Schriftstücks hergestellt wurden,
   b) die ein anderes technisches Format als das mit einer qualifizierten elektronischen Signatur verbundene Ausgangsdokument erhalten haben.

(5) Der Beglaubigungsvermerk muss zusätzlich zu den Angaben nach Absatz 3 Satz 2 bei der Beglaubigung

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

1. des Ausdrucks eines elektronischen Dokuments, das mit einer qualifizierten elektronischen Signatur verbunden ist, die Feststellungen enthalten,
   a) wen die Signaturprüfung als Inhaber der Signatur ausweist,
   b) welchen Zeitpunkt die Signaturprüfung für die Anbringung der Signatur ausweist und
   c) welche Zertifikate mit welchen Daten dieser Signatur zugrunde lagen;
2. eines elektronischen Dokuments den Namen des für die Beglaubigung zuständigen Bediensteten und die Bezeichnung der Behörde, die die Beglaubigung vornimmt, enthalten; die Unterschrift des für die Beglaubigung zuständigen Bediensteten und das Dienstsiegel nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 4 werden durch eine dauerhaft überprüfbare qualifizierte elektronische Signatur ersetzt.

Wird ein elektronisches Dokument, das ein anderes technisches Format als das mit einer qualifizierten elektronischen Signatur verbundene Ausgangsdokument erhalten hat, nach Satz 1 Nr. 2 beglaubigt, muss der Beglaubigungsvermerk zusätzlich die Feststellungen nach Satz 1 Nr. 1 für das Ausgangsdokument enthalten.

(6) Die nach Absatz 4 hergestellten Dokumente stehen, sofern sie beglaubigt sind, beglaubigten Abschriften gleich.

§ 30 Beglaubigung von Unterschriften

(1) Die von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden des Bundes, der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und die nach Landesrecht zuständigen Behörden sind befugt, Unterschriften zu beglaubigen, wenn das unterzeichnete Schriftstück zur Vorlage bei einer Behörde oder bei einer sonstigen Stelle, der auf Grund einer Rechtsvorschrift das unterzeichnete Schriftstück vorzulegen ist, benötigt wird. Dies gilt nicht für

1. Unterschriften ohne zugehörigen Text,
2. Unterschriften, die der öffentlichen Beglaubigung (§ 129 des Bürgerlichen Gesetzbuches) bedürfen.

(2) Eine Unterschrift soll nur beglaubigt werden, wenn sie in Gegenwart des beglaubigenden Bediensteten vollzogen oder anerkannt wird.

(3) Der Beglaubigungsvermerk ist unmittelbar bei der Unterschrift, die beglaubigt werden soll, anzubringen. Er muss enthalten

1. die Bestätigung, dass die Unterschrift echt ist,
2. die genaue Bezeichnung desjenigen, dessen Unterschrift beglaubigt wird, sowie die Angabe, ob sich der für die Beglaubigung zuständige Bedienstete Gewissheit über diese Person verschafft hat und ob die Unterschrift in seiner Gegenwart vollzogen oder anerkannt worden ist,
3. den Hinweis, dass die Beglaubigung nur zur Vorlage bei der angegebenen Behörde oder Stelle bestimmt ist,
4. den Ort und den Tag der Beglaubigung, die Unterschrift des für die Beglaubigung zuständigen Bediensteten und das Dienstsiegel.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Beglaubigung von Handzeichen entsprechend.

(5) Die Rechtsverordnungen nach den Absätzen 1 und 4 bedürfen nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Dritter Abschnitt
Verwaltungsakt

Erster Titel

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Zustandekommen des Verwaltungsaktes

§ 31 Begriff des Verwaltungsaktes

Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. Allgemeinverfügung ist ein Verwaltungsakt, der sich an einen nach allgemeinen Merkmalen bestimmten oder bestimmbaren Personenkreis richtet oder die öffentlich-rechtliche Eigenschaft einer Sache oder ihre Benutzung durch die Allgemeinheit betrifft.

§ 32 Nebenbestimmungen zum Verwaltungsakt

(1) Ein Verwaltungsakt, auf den ein Anspruch besteht, darf mit einer Nebenbestimmung nur versehen werden, wenn sie durch Rechtsvorschrift zugelassen ist oder wenn sie sicherstellen soll, dass die gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsakts erfüllt werden.

(2) Unbeschadet des Absatzes 1 darf ein Verwaltungsakt nach pflichtgemäßem Ermessen erlassen werden mit

1. einer Bestimmung, nach der eine Vergünstigung oder Belastung zu einem bestimmten Zeitpunkt beginnt, endet oder für einen bestimmten Zeitraum gilt (Befristung),
2. einer Bestimmung, nach der der Eintritt oder der Wegfall einer Vergünstigung oder einer Belastung von dem ungewissen Eintritt eines zukünftigen Ereignisses abhängt (Bedingung),
3. einem Vorbehalt des Widerrufs

oder verbunden werden mit

4. einer Bestimmung, durch die dem Begünstigten ein Tun, Dulden oder Unterlassen vorgeschrieben wird (Auflage),
5. einem Vorbehalt der nachträglichen Aufnahme, Änderung oder Ergänzung einer Auflage.

(3) Eine Nebenbestimmung darf dem Zweck des Verwaltungsaktes nicht zuwiderlaufen.

§ 33 Bestimmtheit und Form des Verwaltungsaktes

(1) Ein Verwaltungsakt muss inhaltlich hinreichend bestimmt sein.

(2) Ein Verwaltungsakt kann schriftlich, elektronisch, mündlich oder in anderer Weise erlassen werden. Ein mündlicher Verwaltungsakt ist schriftlich oder elektronisch zu bestätigen, wenn hieran ein berechtigtes Interesse besteht und der Betroffene dies unverzüglich verlangt. Ein elektronischer Verwaltungsakt ist unter denselben Voraussetzungen schriftlich zu bestätigen; § 36a Abs. 2 des Ersten Buches findet insoweit keine Anwendung.

(3) Ein schriftlicher oder elektronischer Verwaltungsakt muss die erlassende Behörde erkennen lassen und die Unterschrift oder die Namenswiedergabe des Behördenleiters, seines Vertreters oder seines Beauftragten enthalten. Wird für einen Verwaltungsakt, für den durch Rechtsvorschrift die Schriftform angeordnet ist, die elektronische Form verwendet, muss auch das der Signatur zugrunde liegende qualifizierte Zertifikat oder ein zugehöriges qualifiziertes Attributzertifikat die erlassende Behörde erkennen lassen.

(4) Für einen Verwaltungsakt kann für die nach § 36a Abs. 2 des Ersten Buches erforderliche Signatur durch Rechtsvorschrift die dauerhafte Überprüfbarkeit vorgeschrieben werden.

(5) Bei einem Verwaltungsakt, der mit Hilfe automatischer Einrichtungen erlassen wird, können abweichend von Absatz 3 Satz 1 Unterschrift und Namenswiedergabe fehlen; bei einem elektronischen Verwaltungsakt muss auch das der Signatur zugrunde liegende Zertifikat nur die erlassende Behörde erkennen lassen. Zur Inhaltsangabe können

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Schlüsselzeichen verwendet werden, wenn derjenige, für den der Verwaltungsakt bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, auf Grund der dazu gegebenen Erläuterungen den Inhalt des Verwaltungsaktes eindeutig erkennen kann.

§ 34 Zusicherung

(1) Eine von der zuständigen Behörde erteilte Zusage, einen bestimmten Verwaltungsakt später zu erlassen oder zu unterlassen (Zusicherung), bedarf zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Form. Ist vor dem Erlass des zugesicherten Verwaltungsaktes die Anhörung Beteiligter oder die Mitwirkung einer anderen Behörde oder eines Ausschusses auf Grund einer Rechtsvorschrift erforderlich, darf die Zusicherung erst nach Anhörung der Beteiligten oder nach Mitwirkung dieser Behörde oder des Ausschusses gegeben werden.

(2) Auf die Unwirksamkeit der Zusicherung finden, unbeschadet des Absatzes 1 Satz 1, § 40, auf die Heilung von Mängeln bei der Anhörung Beteiligter und der Mitwirkung anderer Behörden oder Ausschüsse § 41 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 sowie Abs. 2, auf die Rücknahme §§ 44 und 45, auf den Widerruf, unbeschadet des Absatzes 3, §§ 46 und 47 entsprechende Anwendung.

(3) Ändert sich nach Abgabe der Zusicherung die Sach- oder Rechtslage derart, dass die Behörde bei Kenntnis der nachträglich eingetretenen Änderung die Zusicherung nicht gegeben hätte oder aus rechtlichen Gründen nicht hätte geben dürfen, ist die Behörde an die Zusicherung nicht mehr gebunden.

§ 35 Begründung des Verwaltungsaktes

(1) Ein schriftlicher oder elektronischer sowie ein schriftlich oder elektronisch bestätigter Verwaltungsakt ist mit einer Begründung zu versehen. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Die Begründung von Ermessensentscheidungen muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Behörde bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist.

(2) Einer Begründung bedarf es nicht,

1. soweit die Behörde einem Antrag entspricht oder einer Erklärung folgt und der Verwaltungsakt nicht in Rechte eines anderen eingreift,
2. soweit demjenigen, für den der Verwaltungsakt bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, die Auffassung der Behörde über die Sach- und Rechtslage bereits bekannt oder auch ohne Begründung für ihn ohne weiteres erkennbar ist,
3. wenn die Behörde gleichartige Verwaltungsakte in größerer Zahl oder Verwaltungsakte mit Hilfe automatischer Einrichtungen erlässt und die Begründung nach den Umständen des Einzelfalles nicht geboten ist,
4. wenn sich dies aus einer Rechtsvorschrift ergibt,
5. wenn eine Allgemeinverfügung öffentlich bekannt gegeben wird.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 bis 3 ist der Verwaltungsakt schriftlich oder elektronisch zu begründen, wenn der Beteiligte, dem der Verwaltungsakt bekannt gegeben ist, es innerhalb eines Jahres seit Bekanntgabe verlangt.

§ 36 Rechtsbehelfsbelehrung

Erlässt die Behörde einen schriftlichen Verwaltungsakt oder bestätigt sie schriftlich einen Verwaltungsakt, ist der durch ihn beschwerte Beteiligte über den Rechtsbehelf und die Behörde oder das Gericht, bei denen der Rechtsbehelf anzubringen ist, deren Sitz, die einzuhaltende Frist und die Form schriftlich zu belehren.

§ 37 Bekanntgabe des Verwaltungsaktes

(1) Ein Verwaltungsakt ist demjenigen Beteiligten bekannt zu geben, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird. Ist ein Bevollmächtigter bestellt, kann die Bekanntgabe ihm gegenüber vorgenommen werden.

(2) Ein schriftlicher Verwaltungsakt, der im Inland durch die Post übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben. Ein Verwaltungsakt, der im Inland oder Ausland elektronisch übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Absendung als bekannt gegeben. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist; im Zweifel hat die Behörde den Zugang des Verwaltungsaktes und den Zeitpunkt des Zugangs nachzuweisen.

(3) Ein Verwaltungsakt darf öffentlich bekannt gegeben werden, wenn dies durch Rechtsvorschrift zugelassen ist. Eine Allgemeinverfügung darf auch dann öffentlich bekanntgegeben werden, wenn eine Bekanntgabe an die Beteiligten untunlich ist.

(4) Die öffentliche Bekanntgabe eines schriftlichen oder elektronischen Verwaltungsaktes wird dadurch bewirkt, dass sein verfügender Teil in der jeweils vorgeschriebenen Weise entweder ortsüblich oder in der sonst für amtliche Veröffentlichungen vorgeschriebenen Art bekannt gemacht wird. In der Bekanntmachung ist anzugeben, wo der Verwaltungsakt und seine Begründung eingesehen werden können. Der Verwaltungsakt gilt zwei Wochen nach der Bekanntmachung als bekannt gegeben. In einer Allgemeinverfügung kann ein hiervon abweichender Tag, jedoch frühestens der auf die Bekanntmachung folgende Tag bestimmt werden.

(5) Vorschriften über die Bekanntgabe eines Verwaltungsaktes mittels Zustellung bleiben unberührt.

§ 38 Offenbare Unrichtigkeiten im Verwaltungsakt

Die Behörde kann Schreibfehler, Rechenfehler und ähnliche offenbare Unrichtigkeiten in einem Verwaltungsakt jederzeit berichtigen. Bei berechtigtem Interesse des Beteiligten ist zu berichtigen. Die Behörde ist berechtigt, die Vorlage des Dokumentes zu verlangen, das berichtigt werden soll.

Zweiter Titel
Bestandskraft des Verwaltungsaktes

§ 39 Wirksamkeit des Verwaltungsaktes

(1) Ein Verwaltungsakt wird gegenüber demjenigen, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, in dem Zeitpunkt wirksam, in dem er ihm bekannt gegeben wird. Der Verwaltungsakt wird mit dem Inhalt wirksam, mit dem er bekannt gegeben wird.

(2) Ein Verwaltungsakt bleibt wirksam, solange und soweit er nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist.

(3) Ein nichtiger Verwaltungsakt ist unwirksam.

§ 40 Nichtigkeit des Verwaltungsaktes

(1) Ein Verwaltungsakt ist nichtig, soweit er an einem besonders schwerwiegenden Fehler leidet und dies bei verständiger Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände offensichtlich ist.

(2) Ohne Rücksicht auf das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 ist ein Verwaltungsakt nichtig,

1. der schriftlich oder elektronisch erlassen worden ist, die erlassende Behörde aber nicht erkennen lässt,
2. der nach einer Rechtsvorschrift nur durch die Aushändigung einer Urkunde erlassen werden kann, aber dieser Form nicht genügt,
3. den aus tatsächlichen Gründen niemand ausführen kann,
4. der die Begehung einer rechtswidrigen Tat verlangt, die einen Straf- oder Bußgeldtatbestand verwirklicht,

5. der gegen die guten Sitten verstößt.

(3) Ein Verwaltungsakt ist nicht schon deshalb nichtig, weil

1. Vorschriften über die örtliche Zuständigkeit nicht eingehalten worden sind,
2. eine nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 ausgeschlossene Person mitgewirkt hat,
3. ein durch Rechtsvorschrift zur Mitwirkung berufener Ausschuss den für den Erlass des Verwaltungsaktes vorgeschriebenen Beschluss nicht gefasst hat oder nicht beschlussfähig war,
4. die nach einer Rechtsvorschrift erforderliche Mitwirkung einer anderen Behörde unterblieben ist.

(4) Betrifft die Nichtigkeit nur einen Teil des Verwaltungsaktes, ist er im ganzen nichtig, wenn der nichtige Teil so wesentlich ist, dass die Behörde den Verwaltungsakt ohne den nichtigen Teil nicht erlassen hätte.

(5) Die Behörde kann die Nichtigkeit jederzeit von Amts wegen feststellen; auf Antrag ist sie festzustellen, wenn der Antragsteller hieran ein berechtigtes Interesse hat.

§ 41 Heilung von Verfahrens- und Formfehlern

(1) Eine Verletzung von Verfahrens- oder Formvorschriften, die nicht den Verwaltungsakt nach § 40 nichtig macht, ist unbeachtlich, wenn

1. der für den Erlass des Verwaltungsaktes erforderliche Antrag nachträglich gestellt wird,
2. die erforderliche Begründung nachträglich gegeben wird,
3. die erforderliche Anhörung eines Beteiligten nachgeholt wird,
4. der Beschluss eines Ausschusses, dessen Mitwirkung für den Erlass des Verwaltungsaktes erforderlich ist, nachträglich gefasst wird,
5. die erforderliche Mitwirkung einer anderen Behörde nachgeholt wird,
6. die erforderliche Hinzuziehung eines Beteiligten nachgeholt wird.

(2) Handlungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 können bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Verfahrens nachgeholt werden.

(3) Fehlt einem Verwaltungsakt die erforderliche Begründung oder ist die erforderliche Anhörung eines Beteiligten vor Erlass des Verwaltungsaktes unterblieben und ist dadurch die rechtzeitige Anfechtung des Verwaltungsaktes versäumt worden, gilt die Versäumung der Rechtsbehelfsfrist als nicht verschuldet. Das für die Wiedereinsetzungsfrist maßgebende Ereignis tritt im Zeitpunkt der Nachholung der unterlassenen Verfahrenshandlung ein.

§ 42 Folgen von Verfahrens- und Formfehlern

Die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach § 40 nichtig ist, kann nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Satz 1 gilt nicht, wenn die erforderliche Anhörung unterblieben oder nicht wirksam nachgeholt ist.

§ 43 Umdeutung eines fehlerhaften Verwaltungsaktes

(1) Ein fehlerhafter Verwaltungsakt kann in einen anderen Verwaltungsakt umgedeutet werden, wenn er auf das gleiche Ziel gerichtet ist, von der erlassenden Behörde in der geschehenen Verfahrensweise und Form rechtmäßig hätte erlassen werden können und wenn die Voraussetzungen für dessen Erlass erfüllt sind.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt, in den der fehlerhafte Verwaltungsakt umzudeuten wäre, der erkennbaren Absicht der erlassenden Behörde widerspräche oder

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

seine Rechtsfolgen für den Betroffenen ungünstiger wären als die des fehlerhaften Verwaltungsaktes. Eine Umdeutung ist ferner unzulässig, wenn der fehlerhafte Verwaltungsakt nicht zurückgenommen werden dürfte.

(3) Eine Entscheidung, die nur als gesetzlich gebundene Entscheidung ergehen kann, kann nicht in eine Ermessensentscheidung umgedeutet werden.

(4) § 24 ist entsprechend anzuwenden.

§ 44 Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat.

(2) Im Übrigen ist ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Er kann auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

(3) Über die Rücknahme entscheidet nach Unanfechtbarkeit des Verwaltungsaktes die zuständige Behörde; dies gilt auch dann, wenn der zurückzunehmende Verwaltungsakt von einer anderen Behörde erlassen worden ist.

(4) Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Dabei wird der Zeitpunkt der Rücknahme von Beginn des Jahres an gerechnet, in dem der Verwaltungsakt zurückgenommen wird. Erfolgt die Rücknahme auf Antrag, tritt bei der Berechnung des Zeitraumes, für den rückwirkend Leistungen zu erbringen sind, anstelle der Rücknahme der Antrag.

§ 45 Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, darf er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

(2) Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt darf nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit

1. er den Verwaltungsakt durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat,
2. der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat, oder
3. er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte; grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat.

(3) Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung kann nach Absatz 2 nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach seiner Bekanntgabe zurückgenommen werden. Satz 1 gilt nicht, wenn Wiederaufnahmegründe entsprechend § 580 der Zivilprozessordnung vorliegen. Bis zum Ablauf von zehn Jahren nach seiner Bekanntgabe

kann ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung nach Absatz 2 zurückgenommen werden, wenn

1. die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 3 Nr. 2 oder 3 gegeben sind oder
2. der Verwaltungsakt mit einem zulässigen Vorbehalt des Widerrufs erlassen wurde.

In den Fällen des Satzes 3 kann ein Verwaltungsakt über eine laufende Geldleistung auch nach Ablauf der Frist von zehn Jahren zurückgenommen werden, wenn diese Geldleistung mindestens bis zum Beginn des Verwaltungsverfahrens über die Rücknahme gezahlt wurde. War die Frist von zehn Jahren am 15. April 1998 bereits abgelaufen, gilt Satz 4 mit der Maßgabe, dass der Verwaltungsakt nur mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben wird.

(4) Nur in den Fällen von Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen. Die Behörde muss dies innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen tun, welche die Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes für die Vergangenheit rechtfertigen.

(5) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 46 Widerruf eines rechtmäßigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Ein rechtmäßiger nicht begünstigender Verwaltungsakt kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, außer wenn ein Verwaltungsakt gleichen Inhalts erneut erlassen werden müsste oder aus anderen Gründen ein Widerruf unzulässig ist.

(2) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 47 Widerruf eines rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Ein rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt darf, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft nur widerrufen werden, soweit

1. der Widerruf durch Rechtsvorschrift zugelassen oder im Verwaltungsakt vorbehalten ist,
2. mit dem Verwaltungsakt eine Auflage verbunden ist und der Begünstigte diese nicht oder nicht innerhalb einer ihm gesetzten Frist erfüllt hat.

(2) Ein rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt, der eine Geld- oder Sachleistung zur Erfüllung eines bestimmten Zweckes zuerkennt oder hierfür Voraussetzung ist, kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise auch mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen werden, wenn

1. die Leistung nicht, nicht alsbald nach der Erbringung oder nicht mehr für den in dem Verwaltungsakt bestimmten Zweck verwendet wird,
2. mit dem Verwaltungsakt eine Auflage verbunden ist und der Begünstigte diese nicht oder nicht innerhalb einer ihm gesetzten Frist erfüllt hat.

Der Verwaltungsakt darf mit Wirkung für die Vergangenheit nicht widerrufen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einem Widerruf schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit er die Umstände kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, die zum Widerruf des Verwaltungsaktes geführt haben. § 45 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 48 Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse

(1) Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit

1. die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt,
2. der Betroffene einer durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist,
3. nach Antragstellung oder Erlass des Verwaltungsaktes Einkommen oder Vermögen erzielt worden ist, das zum Wegfall oder zur Minderung des Anspruchs geführt haben würde, oder
4. der Betroffene wusste oder nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, dass der sich aus dem Verwaltungsakt ergebende Anspruch kraft Gesetzes zum Ruhen gekommen oder ganz oder teilweise weggefallen ist.

Als Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse gilt in Fällen, in denen Einkommen oder Vermögen auf einen zurückliegenden Zeitraum auf Grund der besonderen Teile dieses Gesetzbuches anzurechnen ist, der Beginn des Anrechnungszeitraumes.

(2) Der Verwaltungsakt ist im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft auch dann aufzuheben, wenn der zuständige oberste Gerichtshof des Bundes in ständiger Rechtsprechung nachträglich das Recht anders auslegt als die Behörde bei Erlass des Verwaltungsaktes und sich dieses zugunsten des Berechtigten auswirkt; § 44 bleibt unberührt.

(3) Kann ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nach § 45 nicht zurückgenommen werden und ist eine Änderung nach Absatz 1 oder 2 zugunsten des Betroffenen eingetreten, darf die neu festzustellende Leistung nicht über den Betrag hinausgehen, wie er sich der Höhe nach ohne Berücksichtigung der Bestandskraft ergibt. Satz 1 gilt entsprechend, soweit einem rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsakt ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt zugrunde liegt, der nach § 45 nicht zurückgenommen werden kann.

(4) § 44 Abs. 3 und 4, § 45 Abs. 3 Satz 3 bis 5 und Abs. 4 Satz 2 gelten entsprechend. § 45 Abs. 4 Satz 2 gilt nicht im Fall des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1.

§ 49 Rücknahme und Widerruf im Rechtsbehelfsverfahren

§ 45 Abs. 1 bis 4, §§ 47 und 48 gelten nicht, wenn ein begünstigender Verwaltungsakt, der von einem Dritten angefochten worden ist, während des Vorverfahrens oder während des sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Verfahrens aufgehoben wird, soweit dadurch dem Widerspruch abgeholfen oder der Klage stattgegeben wird.

§ 50 Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen

(1) Soweit ein Verwaltungsakt aufgehoben worden ist, sind bereits erbrachte Leistungen zu erstatten. Sach- und Dienstleistungen sind in Geld zu erstatten.

(2) Soweit Leistungen ohne Verwaltungsakt zu Unrecht erbracht worden sind, sind sie zu erstatten. §§ 45 und 48 gelten entsprechend.

(2a) Der zu erstattende Betrag ist vom Eintritt der Unwirksamkeit eines Verwaltungsaktes, auf Grund dessen Leistungen zur Förderung von Einrichtungen oder ähnliche Leistungen erbracht worden sind, mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz jährlich zu verzinsen. Von der Geltendmachung des Zinsanspruchs kann insbesondere dann abgesehen werden, wenn der Begünstigte die Umstände, die zur Rücknahme, zum Widerruf oder zur Unwirksamkeit des Verwaltungsaktes geführt haben, nicht zu vertreten hat und den zu erstattenden Betrag innerhalb der von der Behörde festgesetzten Frist leistet. Wird eine Leistung nicht alsbald nach der Auszahlung für den bestimmten Zweck verwendet, können für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen nach Satz 1 verlangt werden; Entsprechendes gilt, soweit eine

Leistung in Anspruch genommen wird, obwohl andere Mittel anteilig oder vorrangig einzusetzen sind; § 47 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bleibt unberührt.

(3) Die zu erstattende Leistung ist durch schriftlichen Verwaltungsakt festzusetzen. Die Festsetzung soll, sofern die Leistung auf Grund eines Verwaltungsakts erbracht worden ist, mit der Aufhebung des Verwaltungsakts verbunden werden.

(4) Der Erstattungsanspruch verjährt in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem der Verwaltungsakt nach Absatz 3 unanfechtbar geworden ist. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß. § 52 bleibt unberührt.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei Berichtigungen nach § 38 entsprechend.

§ 51 Rückgabe von Urkunden und Sachen

Ist ein Verwaltungsakt unanfechtbar widerrufen oder zurückgenommen oder ist seine Wirksamkeit aus einem anderen Grund nicht oder nicht mehr gegeben, kann die Behörde die auf Grund dieses Verwaltungsaktes erteilten Urkunden oder Sachen, die zum Nachweis der Rechte aus dem Verwaltungsakt oder zu deren Ausübung bestimmt sind, zurückfordern. Der Inhaber und, sofern er nicht der Besitzer ist, auch der Besitzer dieser Urkunden oder Sachen sind zu ihrer Herausgabe verpflichtet. Der Inhaber oder der Besitzer kann jedoch verlangen, dass ihm die Urkunden oder Sachen wieder ausgehändigt werden, nachdem sie von der Behörde als ungültig gekennzeichnet sind; dies gilt nicht bei Sachen, bei denen eine solche Kennzeichnung nicht oder nicht mit der erforderlichen Offensichtlichkeit oder Dauerhaftigkeit möglich ist.

Dritter Titel
Verjährungsrechtliche Wirkungen des Verwaltungsaktes

§ 52 Hemmung der Verjährung durch Verwaltungsakt

(1) Ein Verwaltungsakt, der zur Feststellung oder Durchsetzung des Anspruchs eines öffentlich-rechtlichen Rechtsträgers erlassen wird, hemmt die Verjährung dieses Anspruchs. Die Hemmung endet mit Eintritt der Unanfechtbarkeit des Verwaltungsakts oder sechs Monate nach seiner anderweitigen Erledigung.

(2) Ist ein Verwaltungsakt im Sinne des Absatzes 1 unanfechtbar geworden, beträgt die Verjährungsfrist 30 Jahre.

Vierter Abschnitt
Öffentlich-rechtlicher Vertrag

§ 53 Zulässigkeit des öffentlich-rechtlichen Vertrages

(1) Ein Rechtsverhältnis auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts kann durch Vertrag begründet, geändert oder aufgehoben werden (öffentlich-rechtlicher Vertrag), soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Insbesondere kann die Behörde, anstatt einen Verwaltungsakt zu erlassen, einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit demjenigen schließen, an den sie sonst den Verwaltungsakt richten würde.

(2) Ein öffentlich-rechtlicher Vertrag über Sozialleistungen kann nur geschlossen werden, soweit die Erbringung der Leistungen im Ermessen des Leistungsträgers steht.

§ 54 Vergleichsvertrag

(1) Ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 2, durch den eine bei verständiger Würdigung des Sachverhalts oder der Rechtslage bestehende Ungewissheit durch gegenseitiges Nachgeben beseitigt wird (Vergleich), kann geschlossen werden,

seine Rechtsfolgen für den Betroffenen ungünstiger wären als die des fehlerhaften Verwaltungsaktes. Eine Umdeutung ist ferner unzulässig, wenn der fehlerhafte Verwaltungsakt nicht zurückgenommen werden dürfte.

(3) Eine Entscheidung, die nur als gesetzlich gebundene Entscheidung ergehen kann, kann nicht in eine Ermessensentscheidung umgedeutet werden.

(4) § 24 ist entsprechend anzuwenden.

§ 44 Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat.

(2) Im Übrigen ist ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Er kann auch für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

(3) Über die Rücknahme entscheidet nach Unanfechtbarkeit des Verwaltungsaktes die zuständige Behörde; dies gilt auch dann, wenn der zurückzunehmende Verwaltungsakt von einer anderen Behörde erlassen worden ist.

(4) Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Dabei wird der Zeitpunkt der Rücknahme von Beginn des Jahres an gerechnet, in dem der Verwaltungsakt zurückgenommen wird. Erfolgt die Rücknahme auf Antrag, tritt bei der Berechnung des Zeitraumes, für den rückwirkend Leistungen zu erbringen sind, anstelle der Rücknahme der Antrag.

§ 45 Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, darf er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

(2) Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt darf nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit

1. er den Verwaltungsakt durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat,
2. der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat, oder
3. er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte; grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat.

(3) Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung kann nach Absatz 2 nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach seiner Bekanntgabe zurückgenommen werden. Satz 1 gilt nicht, wenn Wiederaufnahmegründe entsprechend § 580 der Zivilprozessordnung vorliegen. Bis zum Ablauf von zehn Jahren nach seiner Bekanntgabe

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

kann ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung nach Absatz 2 zurückgenommen werden, wenn

1. die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 3 Nr. 2 oder 3 gegeben sind oder
2. der Verwaltungsakt mit einem zulässigen Vorbehalt des Widerrufs erlassen wurde.

In den Fällen des Satzes 3 kann ein Verwaltungsakt über eine laufende Geldleistung auch nach Ablauf der Frist von zehn Jahren zurückgenommen werden, wenn diese Geldleistung mindestens bis zum Beginn des Verwaltungsverfahrens über die Rücknahme gezahlt wurde. War die Frist von zehn Jahren am 15. April 1998 bereits abgelaufen, gilt Satz 4 mit der Maßgabe, dass der Verwaltungsakt nur mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben wird.

(4) Nur in den Fällen von Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen. Die Behörde muss dies innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen tun, welche die Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes für die Vergangenheit rechtfertigen.

(5) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 46 Widerruf eines rechtmäßigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Ein rechtmäßiger nicht begünstigender Verwaltungsakt kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, außer wenn ein Verwaltungsakt gleichen Inhalts erneut erlassen werden müsste oder aus anderen Gründen ein Widerruf unzulässig ist.

(2) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 47 Widerruf eines rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsaktes

(1) Ein rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt darf, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft nur widerrufen werden, soweit

1. der Widerruf durch Rechtsvorschrift zugelassen oder im Verwaltungsakt vorbehalten ist,
2. mit dem Verwaltungsakt eine Auflage verbunden ist und der Begünstigte diese nicht oder nicht innerhalb einer ihm gesetzten Frist erfüllt hat.

(2) Ein rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt, der eine Geld- oder Sachleistung zur Erfüllung eines bestimmten Zweckes zuerkennt oder hierfür Voraussetzung ist, kann, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, ganz oder teilweise auch mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen werden, wenn

1. die Leistung nicht, nicht alsbald nach der Erbringung oder nicht mehr für den in dem Verwaltungsakt bestimmten Zweck verwendet wird,
2. mit dem Verwaltungsakt eine Auflage verbunden ist und der Begünstigte diese nicht oder nicht innerhalb einer ihm gesetzten Frist erfüllt hat.

Der Verwaltungsakt darf mit Wirkung für die Vergangenheit nicht widerrufen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einem Widerruf schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit er die Umstände kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte, die zum Widerruf des Verwaltungsaktes geführt haben. § 45 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) § 44 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 48 Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit

1. die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt,
2. der Betroffene einer durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist,
3. nach Antragstellung oder Erlass des Verwaltungsaktes Einkommen oder Vermögen erzielt worden ist, das zum Wegfall oder zur Minderung des Anspruchs geführt haben würde, oder
4. der Betroffene wusste oder nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, dass der sich aus dem Verwaltungsakt ergebende Anspruch kraft Gesetzes zum Ruhen gekommen oder ganz oder teilweise weggefallen ist.

Als Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse gilt in Fällen, in denen Einkommen oder Vermögen auf einen zurückliegenden Zeitraum auf Grund der besonderen Teile dieses Gesetzbuches anzurechnen ist, der Beginn des Anrechnungszeitraumes.

(2) Der Verwaltungsakt ist im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft auch dann aufzuheben, wenn der zuständige oberste Gerichtshof des Bundes in ständiger Rechtsprechung nachträglich das Recht anders auslegt als die Behörde bei Erlass des Verwaltungsaktes und sich dieses zugunsten des Berechtigten auswirkt; § 44 bleibt unberührt.

(3) Kann ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nach § 45 nicht zurückgenommen werden und ist eine Änderung nach Absatz 1 oder 2 zugunsten des Betroffenen eingetreten, darf die neu festzustellende Leistung nicht über den Betrag hinausgehen, wie er sich der Höhe nach ohne Berücksichtigung der Bestandskraft ergibt. Satz 1 gilt entsprechend, soweit einem rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsakt ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt zugrunde liegt, der nach § 45 nicht zurückgenommen werden kann.

(4) § 44 Abs. 3 und 4, § 45 Abs. 3 Satz 3 bis 5 und Abs. 4 Satz 2 gelten entsprechend. § 45 Abs. 4 Satz 2 gilt nicht im Fall des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1.

§ 49 Rücknahme und Widerruf im Rechtsbehelfsverfahren

§ 45 Abs. 1 bis 4, §§ 47 und 48 gelten nicht, wenn ein begünstigender Verwaltungsakt, der von einem Dritten angefochten worden ist, während des Vorverfahrens oder während des sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Verfahrens aufgehoben wird, soweit dadurch dem Widerspruch abgeholfen oder der Klage stattgegeben wird.

§ 50 Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen

(1) Soweit ein Verwaltungsakt aufgehoben worden ist, sind bereits erbrachte Leistungen zu erstatten. Sach- und Dienstleistungen sind in Geld zu erstatten.

(2) Soweit Leistungen ohne Verwaltungsakt zu Unrecht erbracht worden sind, sind sie zu erstatten. §§ 45 und 48 gelten entsprechend.

(2a) Der zu erstattende Betrag ist vom Eintritt der Unwirksamkeit eines Verwaltungsaktes, auf Grund dessen Leistungen zur Förderung von Einrichtungen oder ähnliche Leistungen erbracht worden sind, mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz jährlich zu verzinsen. Von der Geltendmachung des Zinsanspruchs kann insbesondere dann abgesehen werden, wenn der Begünstigte die Umstände, die zur Rücknahme, zum Widerruf oder zur Unwirksamkeit des Verwaltungsaktes geführt haben, nicht zu vertreten hat und den zu erstattenden Betrag innerhalb der von der Behörde festgesetzten Frist leistet. Wird eine Leistung nicht alsbald nach der Auszahlung für den bestimmten Zweck verwendet, können für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen nach Satz 1 verlangt werden; Entsprechendes gilt, soweit eine

Leistung in Anspruch genommen wird, obwohl andere Mittel anteilig oder vorrangig einzusetzen sind; § 47 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bleibt unberührt.

(3) Die zu erstattende Leistung ist durch schriftlichen Verwaltungsakt festzusetzen. Die Festsetzung soll, sofern die Leistung auf Grund eines Verwaltungsakts erbracht worden ist, mit der Aufhebung des Verwaltungsakts verbunden werden.

(4) Der Erstattungsanspruch verjährt in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem der Verwaltungsakt nach Absatz 3 unanfechtbar geworden ist. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß. § 52 bleibt unberührt.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei Berichtigungen nach § 38 entsprechend.

§ 51 Rückgabe von Urkunden und Sachen

Ist ein Verwaltungsakt unanfechtbar widerrufen oder zurückgenommen oder ist seine Wirksamkeit aus einem anderen Grund nicht oder nicht mehr gegeben, kann die Behörde die auf Grund dieses Verwaltungsaktes erteilten Urkunden oder Sachen, die zum Nachweis der Rechte aus dem Verwaltungsakt oder zu deren Ausübung bestimmt sind, zurückfordern. Der Inhaber und, sofern er nicht der Besitzer ist, auch der Besitzer dieser Urkunden oder Sachen sind zu ihrer Herausgabe verpflichtet. Der Inhaber oder der Besitzer kann jedoch verlangen, dass ihm die Urkunden oder Sachen wieder ausgehändigt werden, nachdem sie von der Behörde als ungültig gekennzeichnet sind; dies gilt nicht bei Sachen, bei denen eine solche Kennzeichnung nicht oder nicht mit der erforderlichen Offensichtlichkeit oder Dauerhaftigkeit möglich ist.

Dritter Titel
Verjährungsrechtliche Wirkungen des Verwaltungsaktes

§ 52 Hemmung der Verjährung durch Verwaltungsakt

(1) Ein Verwaltungsakt, der zur Feststellung oder Durchsetzung des Anspruchs eines öffentlich-rechtlichen Rechtsträgers erlassen wird, hemmt die Verjährung dieses Anspruchs. Die Hemmung endet mit Eintritt der Unanfechtbarkeit des Verwaltungsakts oder sechs Monate nach seiner anderweitigen Erledigung.

(2) Ist ein Verwaltungsakt im Sinne des Absatzes 1 unanfechtbar geworden, beträgt die Verjährungsfrist 30 Jahre.

Vierter Abschnitt
Öffentlich-rechtlicher Vertrag

§ 53 Zulässigkeit des öffentlich-rechtlichen Vertrages

(1) Ein Rechtsverhältnis auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts kann durch Vertrag begründet, geändert oder aufgehoben werden (öffentlich-rechtlicher Vertrag), soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Insbesondere kann die Behörde, anstatt einen Verwaltungsakt zu erlassen, einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit demjenigen schließen, an den sie sonst den Verwaltungsakt richten würde.

(2) Ein öffentlich-rechtlicher Vertrag über Sozialleistungen kann nur geschlossen werden, soweit die Erbringung der Leistungen im Ermessen des Leistungsträgers steht.

§ 54 Vergleichsvertrag

(1) Ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 2, durch den eine bei verständiger Würdigung des Sachverhalts oder der Rechtslage bestehende Ungewissheit durch gegenseitiges Nachgeben beseitigt wird (Vergleich), kann geschlossen werden,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 100 Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufs

(1) Der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufs ist verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich und

1. es gesetzlich zugelassen ist oder
2. der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Krankenhäuser sowie für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

(2) Auskünfte auf Fragen, deren Beantwortung dem Arzt, dem Angehörigen eines anderen Heilberufs oder ihnen nahe stehenden Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

§ 101 Auskunftspflicht der Leistungsträger

Die Leistungsträger haben auf Verlangen eines behandelnden Arztes Untersuchungsbefunde, die für die Behandlung von Bedeutung sein können, mitzuteilen, sofern der Betroffene im Einzelfall in die Mitteilung eingewilligt hat. § 100 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 101a Mitteilungen der Meldebehörden

(1) Die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung übermittelt die Mitteilungen aller Sterbefälle und Anschriftenänderungen (§ 196 Abs. 2 des Sechsten Buches) unverzüglich an die Deutsche Post AG.

(2) Die Mitteilungen, die von der Datenstelle der Träger der Rentenversicherung an die Deutsche Post AG übermittelt werden, dürfen von der Deutschen Post AG

1. nur dazu verwendet werden, um laufende Geldleistungen der Leistungsträger, der in § 69 Abs. 2 genannten Stellen sowie ausländischer Leistungsträger mit laufenden Geldleistungen in die Bundesrepublik Deutschland einzustellen oder deren Einstellung zu veranlassen sowie um Anschriften von Empfängern laufender Geldleistungen der Leistungsträger und der in § 69 Abs. 2 genannten Stellen zu berichtigen oder deren Berichtigung zu veranlassen, und darüber hinaus
2. nur weiter übermittelt werden, um den Trägern der Unfallversicherung, den landwirtschaftlichen Alterskassen und den in § 69 Abs. 2 genannten Zusatzversorgungseinrichtungen eine Aktualisierung ihrer Versichertenbestände oder Mitgliederbestände zu ermöglichen.

(3) Die Verwendung und Übermittlung der Mitteilungen erfolgt

1. in der allgemeinen Rentenversicherung im Rahmen des gesetzlichen Auftrags der Deutschen Post AG nach § 119 Abs. 1 Satz 1 des Sechsten Buches,
2. im Übrigen im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Vertrages der Deutschen Post AG mit den Leistungsträgern oder den in § 69 Abs. 2 genannten Stellen.

Zweiter Abschnitt
Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander

§ 102 Anspruch des vorläufig leistenden Leistungsträgers

(1) Hat ein Leistungsträger auf Grund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht, ist der zur Leistung verpflichtete Leistungsträger erstattungspflichtig.

(2) Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den vorleistenden Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

§ 103 Anspruch des Leistungsträgers, dessen Leistungsverpflichtung nachträglich entfallen ist

(1) Hat ein Leistungsträger Sozialleistungen erbracht und ist der Anspruch auf diese nachträglich ganz oder teilweise entfallen, ist der für die entsprechende Leistung zuständige Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat.

(2) Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten gegenüber den Trägern der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge und der Jugendhilfe nur von dem Zeitpunkt ab, von dem ihnen bekannt war, dass die Voraussetzungen für ihre Leistungspflicht vorlagen.

§ 104 Anspruch des nachrangig verpflichteten Leistungsträgers

(1) Hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von § 103 Abs. 1 vorliegen, ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungsverpflichtung eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet gewesen wäre. Ein Erstattungsanspruch besteht nicht, soweit der nachrangige Leistungsträger seine Leistungen auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers hätte erbringen müssen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn von den Trägern der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge und der Jugendhilfe Aufwendungsersatz geltend gemacht oder ein Kostenbeitrag erhoben werden kann; Satz 3 gilt in diesen Fällen nicht.

(2) Absatz 1 gilt auch dann, wenn von einem nachrangig verpflichteten Leistungsträger für einen Angehörigen Sozialleistungen erbracht worden sind und ein anderer mit Rücksicht auf diesen Angehörigen einen Anspruch auf Sozialleistungen, auch auf besonders bezeichnete Leistungsteile, gegenüber einem vorrangig verpflichteten Leistungsträger hat oder hatte.

(3) Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

(4) Sind mehrere Leistungsträger vorrangig verpflichtet, kann der Leistungsträger, der die Sozialleistung erbracht hat, Erstattung nur von dem Leistungsträger verlangen, für den er nach § 107 Abs. 2 mit befreiender Wirkung geleistet hat.

§ 105 Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers

(1) Hat ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von § 102 Abs. 1 vorliegen, ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. § 104 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten gegenüber den Trägern der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge und der Jugendhilfe nur von dem Zeitpunkt ab, von dem ihnen bekannt war, dass die Voraussetzungen für ihre Leistungspflicht vorlagen.

§ 106 Rangfolge bei mehreren Erstattungsberechtigten

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(1) Ist ein Leistungsträger mehreren Leistungsträgern zur Erstattung verpflichtet, sind die Ansprüche in folgender Rangfolge zu befriedigen:

1. (weggefallen)
2. der Anspruch des vorläufig leistenden Leistungsträgers nach § 102,
3. der Anspruch des Leistungsträgers, dessen Leistungsverpflichtung nachträglich entfallen ist, nach § 103,
4. der Anspruch des nachrangig verpflichteten Leistungsträgers nach § 104,
5. der Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers nach § 105.

(2) Treffen ranggleiche Ansprüche von Leistungsträgern zusammen, sind diese anteilsmäßig zu befriedigen. Machen mehrere Leistungsträger Ansprüche nach § 104 geltend, ist zuerst derjenige zu befriedigen, der im Verhältnis der nachrangigen Leistungsträger untereinander einen Erstattungsanspruch nach § 104 hätte.

(3) Der Erstattungspflichtige muss insgesamt nicht mehr erstatten, als er nach den für ihn geltenden Erstattungsvorschriften einzeln zu erbringen hätte.

§ 107 Erfüllung

(1) Soweit ein Erstattungsanspruch besteht, gilt der Anspruch des Berechtigten gegen den zur Leistung verpflichteten Leistungsträger als erfüllt.

(2) Hat der Berechtigte Ansprüche gegen mehrere Leistungsträger, gilt der Anspruch als erfüllt, den der Träger, der die Sozialleistung erbracht hat, bestimmt. Die Bestimmung ist dem Berechtigten gegenüber unverzüglich vorzunehmen und den übrigen Leistungsträgern mitzuteilen.

§ 108 Erstattung in Geld, Verzinsung

(1) Sach- und Dienstleistungen sind in Geld zu erstatten.

(2) Ein Erstattungsanspruch der Träger der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge und der Jugendhilfe ist von anderen Leistungsträgern

1. für die Dauer des Erstattungszeitraumes und
2. für den Zeitraum nach Ablauf eines Kalendermonats nach Eingang des vollständigen, den gesamten Erstattungszeitraum umfassenden Erstattungsantrages beim zuständigen Erstattungsverpflichteten bis zum Ablauf des Kalendermonats vor der Zahlung

auf Antrag mit vier vom Hundert zu verzinsen. Die Verzinsung beginnt frühestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten nach Eingang des vollständigen Leistungsantrages des Leistungsberechtigten beim zuständigen Leistungsträger, beim Fehlen eines Antrages nach Ablauf eines Kalendermonats nach Bekanntgabe der Entscheidung über die Leistung. § 44 Abs. 3 des Ersten Buches findet Anwendung; § 16 des Ersten Buches gilt nicht.

§ 109 Verwaltungskosten und Auslagen

Verwaltungskosten sind nicht zu erstatten. Auslagen sind auf Anforderung zu erstatten, wenn sie im Einzelfall 200 Euro übersteigen. Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den in Satz 2 genannten Betrag entsprechend der jährlichen Steigerung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches anheben und dabei auf zehn Euro nach unten oder oben runden.

§ 110 Pauschalierung

Die Leistungsträger haben ihre Erstattungsansprüche pauschal abzugelten, soweit dies zweckmäßig ist. Beträgt im Einzelfall ein Erstattungsanspruch voraussichtlich weniger als 50 Euro, erfolgt keine Erstattung. Die Leistungsträger können abweichend von Satz 2 höhere Beträge vereinbaren. Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den in Satz 2 genannten Betrag entsprechend der jährlichen Steigerung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches anheben und dabei auf zehn Euro nach unten oder oben runden.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 111 Ausschlussfrist

Der Anspruch auf Erstattung ist ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Der Lauf der Frist beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat.

§ 112 Rückerstattung

Soweit eine Erstattung zu Unrecht erfolgt ist, sind die gezahlten Beträge zurückzuerstatten.

§ 113 Verjährung

(1) Erstattungsansprüche verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über dessen Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Rückerstattungsansprüche verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Erstattung zu Unrecht erfolgt ist.

(2) Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß.

§ 114 Rechtsweg

Für den Erstattungsanspruch ist derselbe Rechtsweg wie für den Anspruch auf die Sozialleistung gegeben. Maßgebend ist im Fall des § 102 der Anspruch gegen den vorleistenden Leistungsträger und im Fall der §§ 103 bis 105 der Anspruch gegen den erstattungspflichtigen Leistungsträger.

Dritter Abschnitt
Erstattungs- und Ersatzansprüche der Leistungsträger gegen Dritte

§ 115 Ansprüche gegen den Arbeitgeber

(1) Soweit der Arbeitgeber den Anspruch des Arbeitnehmers auf Arbeitsentgelt nicht erfüllt und deshalb ein Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, geht der Anspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf den Leistungsträger bis zur Höhe der erbrachten Sozialleistungen über.

(2) Der Übergang wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann.

(3) An Stelle der Ansprüche des Arbeitnehmers auf Sachbezüge tritt im Fall des Absatzes 1 der Anspruch auf Geld; die Höhe bestimmt sich nach den nach § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 des Vierten Buches festgelegten Werten der Sachbezüge.

§ 116 Ansprüche gegen Schadenersatzpflichtige

(1) Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht auf den Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe über, soweit dieser auf Grund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat, die der Behebung eines Schadens der gleichen Art dienen und sich auf denselben Zeitraum wie der vom Schädiger zu leistende Schadensersatz beziehen. Dazu gehören auch

1. die Beiträge, die von Sozialleistungen zu zahlen sind, und
2. die Beiträge zur Krankenversicherung, die für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld unbeschadet des § 224 Abs. 1 des Fünften Buches zu zahlen wären.

(2) Ist der Anspruch auf Ersatz eines Schadens durch Gesetz der Höhe nach begrenzt, geht er auf den Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe über, soweit er nicht zum Ausgleich des Schadens des Geschädigten oder seiner Hinterbliebenen erforderlich ist.

(3) Ist der Anspruch auf Ersatz eines Schadens durch ein mitwirkendes Verschulden oder eine mitwirkende Verantwortlichkeit des Geschädigten begrenzt, geht auf den Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe von dem nach Absatz 1 bei unbegrenzter Haftung übergehenden Ersatzanspruch der Anteil über, welcher dem Vomhundertsatz entspricht, für den der Schädiger ersatzpflichtig ist. Dies gilt auch, wenn der Ersatzanspruch durch Gesetz der Höhe nach begrenzt ist. Der Anspruchsübergang ist ausgeschlossen, soweit der Geschädigte oder seine Hinterbliebenen dadurch hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des Zwölften Buches werden.

(4) Stehen der Durchsetzung der Ansprüche auf Ersatz eines Schadens tatsächliche Hindernisse entgegen, hat die Durchsetzung der Ansprüche des Geschädigten und seiner Hinterbliebenen Vorrang vor den übergegangenen Ansprüchen nach Absatz 1.

(5) Hat ein Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe auf Grund des Schadensereignisses dem Geschädigten oder seinen Hinterbliebenen keine höheren Sozialleistungen zu erbringen als vor diesem Ereignis, geht in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 und 2 der Schadenersatzanspruch nur insoweit über, als der geschuldete Schadenersatz nicht zur vollen Deckung des eigenen Schadens des Geschädigten oder seiner Hinterbliebenen erforderlich ist.

(6) Ein Übergang nach Absatz 1 ist bei nicht vorsätzlichen Schädigungen durch Familienangehörige, die im Zeitpunkt des Schadensereignisses mit dem Geschädigten oder seinen Hinterbliebenen in häuslicher Gemeinschaft leben, ausgeschlossen. Ein Ersatzanspruch nach Absatz 1 kann dann nicht geltend gemacht werden, wenn der Schädiger mit dem Geschädigten oder einem Hinterbliebenen nach Eintritt des Schadensereignisses die Ehe geschlossen hat und in häuslicher Gemeinschaft lebt.

(7) Haben der Geschädigte oder seine Hinterbliebenen von dem zum Schadenersatz Verpflichteten auf einen übergegangenen Anspruch mit befreiender Wirkung gegenüber dem Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe Leistungen erhalten, haben sie insoweit dem Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe die erbrachten Leistungen zu erstatten. Haben die Leistungen gegenüber dem Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe keine befreiende Wirkung, haften der zum Schadenersatz Verpflichtete und der Geschädigte oder dessen Hinterbliebene dem Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe als Gesamtschuldner.

(8) Weist der Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe nicht höhere Leistungen nach, sind vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 je Schadensfall für nicht stationäre ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln 5 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu ersetzen.

(9) Die Vereinbarung einer Pauschalierung der Ersatzansprüche ist zulässig.

(10) Die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch gelten als Versicherungsträger im Sinne dieser Vorschrift.

Fußnote

§ 116 Abs. 6 Satz 1: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit dem GG vereinbar gem. BVerfGE v. 12.10.2010 I 1718 - 1 BvL 14/09

§ 117 Schadenersatzansprüche mehrerer Leistungsträger

Haben im Einzelfall mehrere Leistungsträger Sozialleistungen erbracht und ist in den Fällen des § 116 Abs. 2 und 3 der übergegangene Anspruch auf Ersatz des Schadens begrenzt, sind die Leistungsträger Gesamtgläubiger. Untereinander sind sie im Verhältnis der von ihnen erbrachten Sozialleistungen zum Ausgleich verpflichtet. Soweit jedoch eine Sozialleistung allein von einem Leistungsträger erbracht ist, steht der

Ersatzanspruch im Innenverhältnis nur diesem zu. Die Leistungsträger können ein anderes Ausgleichsverhältnis vereinbaren.

§ 118 Bindung der Gerichte

Hat ein Gericht über einen nach § 116 übergegangenen Anspruch zu entscheiden, ist es an eine unanfechtbare Entscheidung gebunden, dass und in welchem Umfang der Leistungsträger zur Leistung verpflichtet ist.

§ 119 Übergang von Beitragsansprüchen

(1) Soweit der Schadenersatzanspruch eines Versicherten den Anspruch auf Ersatz von Beiträgen zur Rentenversicherung umfasst, geht dieser auf den Versicherungsträger über, wenn der Geschädigte im Zeitpunkt des Schadensereignisses bereits Pflichtbeitragszeiten nachweist oder danach pflichtversichert wird; dies gilt nicht, soweit

1. der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt fortzahlt oder sonstige der Beitragspflicht unterliegende Leistungen erbringt oder
2. der Anspruch auf Ersatz von Beiträgen nach § 116 übergegangen ist.

Für den Anspruch auf Ersatz von Beiträgen zur Rentenversicherung gilt § 116 Abs. 3 Satz 1 und 2 entsprechend, soweit die Beiträge auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem bei unbegrenzter Haftung zu ersetzenden Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen und der bei Bezug von Sozialleistungen beitragspflichtigen Einnahme entfallen.

(2) Der Versicherungsträger, auf den ein Teil des Anspruchs auf Ersatz von Beiträgen zur Rentenversicherung nach § 116 übergeht, übermittelt den von ihm festgestellten Sachverhalt dem Träger der Rentenversicherung auf einem einheitlichen Meldevordruck. Das Nähere über den Inhalt des Meldevordrucks und das Mitteilungsverfahren bestimmen die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger.

(3) Die eingegangenen Beiträge oder Beitragsanteile gelten in der Rentenversicherung als Pflichtbeiträge. Durch den Übergang des Anspruchs auf Ersatz von Beiträgen darf der Versicherte nicht schlechter gestellt werden, als er ohne den Schadenersatzanspruch gestanden hätte.

(4) Die Vereinbarung der Abfindung von Ansprüchen auf Ersatz von Beiträgen zur Rentenversicherung mit einem ihrem Kapitalwert entsprechenden Betrag ist im Einzelfall zulässig. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 gelten für die Mitwirkungspflichten des Geschädigten die §§ 60, 61, 65 Abs. 1 und 3 sowie § 65a des Ersten Buches entsprechend.

Viertes Kapitel
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 120 Übergangsregelung

(1) Die §§ 116 bis 119 sind nur auf Schadensereignisse nach dem 30. Juni 1983 anzuwenden; für frühere Schadensereignisse gilt das bis 30. Juni 1983 geltende Recht weiter. Ist das Schadensereignis nach dem 30. Juni 1983 eingetreten, sind § 116 Abs. 1 Satz 2 und § 119 Abs. 1, 3 und 4 in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung auf einen Sachverhalt auch dann anzuwenden, wenn der Sachverhalt bereits vor diesem Zeitpunkt bestanden hat und darüber noch nicht abschließend entschieden ist.

(2) § 111 Satz 2 und § 113 Abs. 1 Satz 1 sind in der vom 1. Januar 2001 an geltenden Fassung auf die Erstattungsverfahren anzuwenden, die am 1. Juni 2000 noch nicht abschließend entschieden waren.

(3) Eine Rückerstattung ist in den am 1. Januar 2001 bereits abschließend entschiedenen Fällen ausgeschlossen, wenn die Erstattung nach § 111 Satz 2 in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung zu Recht erfolgt ist.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(4) Erhebungen, Verarbeitungen oder Nutzungen von Sozialdaten, die am 23. Mai 2001 bereits begonnen haben, sind binnen drei Jahren nach diesem Zeitpunkt mit den Vorschriften dieses Gesetzes in Übereinstimmung zu bringen.

(5) Artikel 229 § 6 Abs. 1 bis 4 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche gilt entsprechend bei der Anwendung des § 50 Abs. 4 Satz 2 und der §§ 52 und 113 Abs. 2 in der seit dem 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

(6) § 66 Abs. 1 Satz 3 bis 5, Abs. 2 und 3 Satz 2 in der ab dem 30. März 2005 geltenden Fassung gilt nur für Bestellungen zu Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamten ab dem 30. März 2005.

Anlage (zu § 78a)

Werden Sozialdaten automatisiert verarbeitet oder genutzt, ist die innerbehördliche oder innerbetriebliche Organisation so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes gerecht wird. Dabei sind insbesondere Maßnahmen zu treffen, die je nach der Art der zu schützenden Sozialdaten oder Kategorien von Sozialdaten geeignet sind,

1. Unbefugten den Zugang zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen Sozialdaten verarbeitet oder genutzt werden, zu verwehren (Zutrittskontrolle),
2. zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können (Zugangskontrolle),
3. zu gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können, und dass Sozialdaten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle),
4. zu gewährleisten, dass Sozialdaten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können, und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung von Sozialdaten durch Einrichtungen zur Datenübertragung vorgesehen ist (Weitergabekontrolle),
5. zu gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem Sozialdaten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind (Eingabekontrolle),
6. zu gewährleisten, dass Sozialdaten, die im Auftrag erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers erhoben, verarbeitet oder genutzt werden können (Auftragskontrolle),
7. zu gewährleisten, dass Sozialdaten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind (Verfügbarkeitskontrolle),
8. zu gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Sozialdaten getrennt verarbeitet werden können.

Eine Maßnahme nach Satz 2 Nummer 2 bis 4 ist insbesondere die Verwendung von dem Stand der Technik entsprechenden Verschlüsselungsverfahren.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz - BVFG)

BVFG

Ausfertigungsdatum: 19.05.1953

Vollzitat:

"Bundesvertriebenengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I S. 1902), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 6. Juli 2009 (BGBl. I S. 1694) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 10.8.2007 I 1902;
Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 6.7.2009 I 1694

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 28.6.1985 +++)
(+++ Maßgaben aufgrund des EinigVtr vgl. BVFG Anhang EV +++)

Erster Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Vertriebener

(1) Vertriebener ist, wer als deutscher Staatsangehöriger oder deutscher Volkszugehöriger seinen Wohnsitz in den ehemals unter fremder Verwaltung stehenden deutschen Ostgebieten oder in den Gebieten außerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches nach dem Gebietsstande vom 31. Dezember 1937 hatte und diesen im Zusammenhang mit den Ereignissen des zweiten Weltkrieges infolge Vertreibung, insbesondere durch Ausweisung oder Flucht, verloren hat. Bei mehrfachem Wohnsitz muss derjenige Wohnsitz verloren gegangen sein, der für die persönlichen Lebensverhältnisse des Betroffenen bestimmend war. Als bestimmender Wohnsitz im Sinne des Satzes 2 ist insbesondere der Wohnsitz anzusehen, an welchem die Familienangehörigen gewohnt haben.

(2) Vertriebener ist auch, wer als deutscher Staatsangehöriger oder deutscher Volkszugehöriger

1. nach dem 30. Januar 1933 die in Absatz 1 genannten Gebiete verlassen und seinen Wohnsitz außerhalb des Deutschen Reiches genommen hat, weil aus Gründen politischer Gegnerschaft gegen den Nationalsozialismus oder aus Gründen der Rasse, des Glaubens oder der Weltanschauung nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen gegen ihn verübt worden sind oder ihm drohten,
2. auf Grund der während des zweiten Weltkrieges geschlossenen zwischenstaatlichen Verträge aus außerdeutschen Gebieten oder während des gleichen Zeitraumes auf Grund von Maßnahmen deutscher Dienststellen aus den von der deutschen Wehrmacht besetzten Gebieten umgesiedelt worden ist (Umsiedler),
3. nach Abschluss der allgemeinen Vertreibungsmaßnahmen vor dem 1. Juli 1990 oder danach im Wege des Aufnahmeverfahrens vor dem 1. Januar 1993 die ehemals unter fremder Verwaltung stehenden deutschen Ostgebiete, Danzig, Estland, Lettland, Litauen, die ehemalige Sowjetunion, Polen, die Tschechoslowakei, Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Jugoslawien, Albanien oder China verlassen hat oder verlässt, es sei denn, dass er, ohne aus diesen Gebieten vertrieben und bis zum 31. März 1952

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

dorthin zurückgekehrt zu sein, nach dem 8. Mai 1945 einen Wohnsitz in diesen Gebieten begründet hat (Aussiedler),

4. ohne einen Wohnsitz gehabt zu haben, sein Gewerbe oder seinen Beruf ständig in den in Absatz 1 genannten Gebieten ausgeübt hat und diese Tätigkeit infolge Vertreibung aufgeben musste,
5. seinen Wohnsitz in den in Absatz 1 genannten Gebieten gemäß § 10 des Bürgerlichen Gesetzbuchs durch Eheschließung verloren, aber seinen ständigen Aufenthalt dort beibehalten hatte und diesen infolge Vertreibung aufgeben musste,
6. in den in Absatz 1 genannten Gebieten als Kind einer unter Nummer 5 fallenden Ehefrau gemäß § 11 des Bürgerlichen Gesetzbuchs keinen Wohnsitz, aber einen ständigen Aufenthalt hatte und diesen infolge Vertreibung aufgeben musste.

(3) Als Vertriebener gilt auch, wer, ohne selbst deutscher Staatsangehöriger oder deutscher Volkszugehöriger zu sein, als Ehegatte eines Vertriebenen seinen Wohnsitz oder in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 5 als Ehegatte eines deutschen Staatsangehörigen oder deutschen Volkszugehörigen den ständigen Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten verloren hat.

(4) Wer infolge von Kriegseinwirkungen Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten genommen hat, ist jedoch nur dann Vertriebener, wenn es aus den Umständen hervorgeht, dass er sich auch nach dem Kriege in diesen Gebieten ständig niederlassen wollte oder wenn er diese Gebiete nach dem 31. Dezember 1989 verlassen hat.

§ 2 Heimatvertriebener

(1) Heimatvertriebener ist ein Vertriebener, der am 31. Dezember 1937 oder bereits einmal vorher seinen Wohnsitz in dem Gebiet desjenigen Staates hatte, aus dem er vertrieben worden ist (Vertreibungsgebiet), und dieses Gebiet vor dem 1. Januar 1993 verlassen hat; die Gesamtheit der in § 1 Abs. 1 genannten Gebiete, die am 1. Januar 1914 zum Deutschen Reich oder zur Österreichisch-Ungarischen Monarchie oder zu einem späteren Zeitpunkt zu Polen, zu Estland, zu Lettland oder zu Litauen gehört haben, gilt als einheitliches Vertreibungsgebiet.

(2) Als Heimatvertriebener gilt auch ein vertriebener Ehegatte oder Abkömmling, der die Vertreibungsgebiete vor dem 1. Januar 1993 verlassen hat, wenn der andere Ehegatte oder bei Abkömmlingen ein Elternteil am 31. Dezember 1937 oder bereits einmal vorher seinen Wohnsitz im Vertreibungsgebiet (Absatz 1) gehabt hat.

§ 3 Sowjetzonenflüchtling

(1) Sowjetzonenflüchtling ist ein deutscher Staatsangehöriger oder deutscher Volkszugehöriger, der seinen Wohnsitz in der sowjetischen Besatzungszone oder im sowjetisch besetzten Sektor von Berlin hat oder gehabt hat und von dort vor dem 1. Juli 1990 geflüchtet ist, um sich einer von ihm nicht zu vertretenden und durch die politischen Verhältnisse bedingten besonderen Zwangslage zu entziehen. Eine besondere Zwangslage ist vor allem dann gegeben, wenn eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben oder die persönliche Freiheit vorgelegen hat. Eine besondere Zwangslage ist auch bei einem schweren Gewissenskonflikt gegeben. Wirtschaftliche Gründe sind als besondere Zwangslage anzuerkennen, wenn die Existenzgrundlage zerstört oder entscheidend beeinträchtigt worden ist oder wenn die Zerstörung oder entscheidende Beeinträchtigung nahe bevorstand.

(2) Von der Anerkennung als Sowjetzonenflüchtling ist ausgeschlossen,

1. wer dem in der sowjetischen Besatzungszone und im sowjetisch besetzten Sektor von Berlin herrschenden System erheblich Vorschub geleistet hat,
2. wer während der Herrschaft des Nationalsozialismus oder in der sowjetischen Besatzungszone oder im sowjetisch besetzten Sektor von Berlin durch sein Verhalten gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen hat,
3. wer die freiheitliche demokratische Grundordnung der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin bekämpft hat.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(3) § 1 Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 2 Nr. 4 bis 6, Abs. 3 und 4 ist sinngemäß anzuwenden.

§ 4 Spätaussiedler

(1) Spätaussiedler ist in der Regel ein deutscher Volkszugehöriger, der die Republiken der ehemaligen Sowjetunion nach dem 31. Dezember 1992 im Wege des Aufnahmeverfahrens verlassen und innerhalb von sechs Monaten im Geltungsbereich des Gesetzes seinen ständigen Aufenthalt genommen hat, wenn er zuvor

1. seit dem 8. Mai 1945 oder
2. nach seiner Vertreibung oder der Vertreibung eines Elternteils seit dem 31. März 1952 oder
3. seit seiner Geburt, wenn er vor dem 1. Januar 1993 geboren ist und von einer Person abstammt, die die Stichtagsvoraussetzung des 8. Mai 1945 nach Nummer 1 oder des 31. März 1952 nach Nummer 2 erfüllt, es sei denn, dass Eltern oder Voreltern ihren Wohnsitz erst nach dem 31. März 1952 in die Aussiedlungsgebiete verlegt haben,

seinen Wohnsitz in den Aussiedlungsgebieten hatte.

(2) Spätaussiedler ist auch ein deutscher Volkszugehöriger aus den Aussiedlungsgebieten des § 1 Abs. 2 Nr. 3 außer den in Absatz 1 genannten Staaten, der die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt und glaubhaft macht, dass er am 31. Dezember 1992 oder danach Benachteiligungen oder Nachwirkungen früherer Benachteiligungen auf Grund deutscher Volkszugehörigkeit unterlag.

(3) Der Spätaussiedler ist Deutscher im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes. Ehegatten oder Abkömmlinge von Spätaussiedlern, die nach § 27 Abs. 1 Satz 2 in den Aufnahmebescheid einbezogen worden sind, erwerben, sofern die Einbeziehung nicht unwirksam geworden ist, diese Rechtsstellung mit ihrer Aufnahme im Geltungsbereich des Gesetzes.

§ 5 Ausschluss

Die Rechtsstellung nach § 4 Abs. 1, 2 oder Abs. 3 Satz 2 erwirbt nicht, wer

1. a) in den Aussiedlungsgebieten der nationalsozialistischen oder einer anderen Gewaltherrschaft erheblich Vorschub geleistet hat,
   b) in den Aussiedlungsgebieten durch sein Verhalten gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen hat,
   c) in den Aussiedlungsgebieten in schwerwiegendem Maße seine Stellung zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil anderer missbraucht hat,
   d) eine rechtswidrige Tat begangen hat, die im Inland als Verbrechen im Sinne des § 12 Abs. 1 des Strafgesetzbuchs anzusehen wäre, es sei denn, die Tat wäre nach deutschem Recht verjährt oder eine Verurteilung deswegen nach dem Bundeszentralregistergesetz zu tilgen, oder
   e) nach einer durch tatsächliche Anhaltspunkte gerechtfertigten Schlussfolgerung
      aa) einer Vereinigung angehört oder angehört hat, die den Terrorismus unterstützt, oder eine derartige Vereinigung unterstützt oder unterstützt hat,
      bb) bei der Verfolgung politischer Ziele sich an Gewalttätigkeiten beteiligt oder öffentlich zur Gewaltanwendung aufgerufen oder mit Gewaltanwendung gedroht hat oder
      cc) Bestrebungen verfolgt oder unterstützt oder verfolgt oder unterstützt hat, die gegen die freiheitliche demokratische Grundordnung, den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes oder den Gedanken der Völkerverständigung gerichtet sind,

   es sei denn, er macht glaubhaft, dass er sich von den früheren Handlungen abgewandt hat, oder

2. a) die Aussiedlungsgebiete wegen einer drohenden strafrechtlichen Verfolgung auf Grund eines kriminellen Delikts verlassen oder

b) in den Aussiedlungsgebieten eine Funktion ausgeübt hat, die für die Aufrechterhaltung des kommunistischen Herrschaftssystems gewöhnlich als bedeutsam galt oder auf Grund der Umstände des Einzelfalles war, oder

c) wer für mindestens drei Jahre mit dem Inhaber einer Funktion im Sinne von Buchstabe b in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat.

§ 6 Volkszugehörigkeit

(1) Deutscher Volkszugehöriger im Sinne dieses Gesetzes ist, wer sich in seiner Heimat zum deutschen Volkstum bekannt hat, sofern dieses Bekenntnis durch bestimmte Merkmale wie Abstammung, Sprache, Erziehung, Kultur bestätigt wird.

(2) Wer nach dem 31. Dezember 1923 geboren worden ist, ist deutscher Volkszugehöriger, wenn er von einem deutschen Staatsangehörigen oder deutschen Volkszugehörigen abstammt und sich bis zum Verlassen der Aussiedlungsgebiete durch eine entsprechende Nationalitätenerklärung oder auf vergleichbare Weise nur zum deutschen Volkstum bekannt oder nach dem Recht des Herkunftsstaates zur deutschen Nationalität gehört hat. Das Bekenntnis zum deutschen Volkstum oder die rechtliche Zuordnung zur deutschen Nationalität muss bestätigt werden durch die familiäre Vermittlung der deutschen Sprache. Diese ist nur festgestellt, wenn jemand im Zeitpunkt der verwaltungsbehördlichen Entscheidung über den Aufnahmeantrag, in Fällen des § 27 Abs. 2 im Zeitpunkt der Begründung des ständigen Aufenthalts im Geltungsbereich dieses Gesetzes, auf Grund dieser Vermittlung zumindest ein einfaches Gespräch auf Deutsch führen kann, es sei denn, er kann die familiäre Vermittlung auf Grund einer später eingetretenen Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch nicht mehr auf diese Weise nachweisen. Ihre Feststellung entfällt, wenn die familiäre Vermittlung wegen der Verhältnisse in dem jeweiligen Aussiedlungsgebiet nicht möglich oder nicht zumutbar war oder wenn dem Aufnahmebewerber die deutsche Sprache wegen einer in seiner Person vorliegenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch nicht vermittelt werden konnte. Ein Bekenntnis zum deutschen Volkstum wird unterstellt, wenn es unterblieben ist, weil es mit Gefahr für Leib und Leben oder schwerwiegenden beruflichen oder wirtschaftlichen Nachteilen verbunden war, jedoch auf Grund der Gesamtumstände der Wille unzweifelhaft ist, der deutschen Volksgruppe und keiner anderen anzugehören.

Zweiter Abschnitt
Verteilung, Rechte und Vergünstigungen

§ 7 Grundsatz

(1) Spätaussiedlern ist die Eingliederung in das berufliche, kulturelle und soziale Leben in der Bundesrepublik Deutschland zu erleichtern. Durch die Spätaussiedlung bedingte Nachteile sind zu mildern.

(2) Die §§ 8, 10 und 11 sind auf den Ehegatten und die Abkömmlinge des Spätaussiedlers, die die Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 oder 2 nicht erfüllen, aber die Aussiedlungsgebiete im Wege des Aufnahmeverfahrens verlassen haben, entsprechend anzuwenden. § 5 gilt sinngemäß.

§ 8 Verteilung

(1) Die Länder nehmen die Spätaussiedler und ihre Ehegatten und Abkömmlinge, soweit sie die Voraussetzungen des § 7 Abs. 2 erfüllen, auf. Das Bundesverwaltungsamt legt das aufnehmende Land fest (Verteilungsverfahren). Bis zu dieser Festlegung werden die Personen vom Bund untergebracht. Spätaussiedler und in den Aufnahmebescheid einbezogene Ehegatten oder Abkömmlinge sind verpflichtet, sich nach der Einreise in den Geltungsbereich des Gesetzes in einer Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes registrieren zu lassen.

(2) Familienangehörige des Spätaussiedlers, die, ohne die Voraussetzungen des § 7 Abs. 2 zu erfüllen, gemeinsam mit dem Spätaussiedler eintreffen, können in das Verteilungsverfahren einbezogen werden.

(3) Die Länder können durch Vereinbarung einen Schlüssel zur Verteilung festlegen. Bis zum Zustandekommen dieser Vereinbarung oder bei deren Wegfall richten sich die Verteilungsquoten für das jeweilige Kalenderjahr nach dem von der Geschäftsstelle der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung im Bundesanzeiger veröffentlichten Schlüssel, der für das vorangegangene Kalenderjahr entsprechend Steuereinnahmen und Bevölkerungszahl der Länder errechnet worden ist (Königsteiner Schlüssel).

(4) Das Bundesverwaltungsamt hat den Schlüssel einzuhalten. Zu diesem Zweck kann ein von den Wünschen des Spätaussiedlers abweichendes Land zur Aufnahme verpflichtet werden.

(5) Wer abweichend von der Festlegung oder ohne Festlegung des Bundesverwaltungsamtes in einem Land ständigen Aufenthalt nimmt, muss dort nicht aufgenommen werden.

(6) (weggefallen)

(7) § 45 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163) gilt nicht für Einrichtungen zur Aufnahme von Spätaussiedlern.

§ 9 Hilfen

(1) Spätaussiedler gemäß § 4 Abs. 1 oder 2 sowie deren Ehegatten oder Abkömmlinge, welche die Voraussetzungen des § 7 Abs. 2 Satz 1 erfüllen, haben Anspruch auf kostenlose Teilnahme an einem Integrationskurs, der einen Basis- und einen Aufbausprachkurs von gleicher Dauer zur Erlangung ausreichender Sprachkenntnisse sowie einen Orientierungskurs zur Vermittlung von Kenntnissen der Rechtsordnung, der Kultur und der Geschichte in Deutschland umfasst. Ausgenommen sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die eine schulische Ausbildung aufnehmen oder ihre bisherige Schullaufbahn in der Bundesrepublik Deutschland fortsetzen. Der Sprachkurs dauert bei ganztägigem Unterricht (Regelfall) längstens sechs Monate. Soweit erforderlich soll der Integrationskurs durch eine sozialpädagogische Betreuung sowie durch Kinderbetreuungsangebote ergänzt werden. Spätaussiedlern sowie deren Ehegatten oder Abkömmlingen im Sinne des § 7 Abs. 2 Satz 1, denen nach § 2 Abs. 1 des Gesetzes über die Festlegung eines vorläufigen Wohnortes für Spätaussiedler ein Wohnort zugewiesen wurde, wird, solange die Entscheidung über die Zuweisung eines vorläufigen Wohnortes nicht nach § 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Festlegung eines vorläufigen Wohnortes für Spätaussiedler gegenstandslos geworden ist, ein Fahrkostenzuschuss zur Teilnahme an einem Integrationskurs gewährt, wenn ein Kursangebot nicht zumutbar erreichbar ist. Das Bundesministerium des Innern wird ermächtigt, nähere Einzelheiten des Integrationskurses, insbesondere die Grundstruktur, die Dauer, die Lerninhalte und die Durchführung der Kurse, die Vorgaben bezüglich der Auswahl und Zulassung der Kursträger sowie die Rahmenbedingungen für die Teilnahme durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, zu regeln.

(2) Spätaussiedler können erhalten

1. eine einmalige Überbrückungshilfe des Bundes und
2. einen Ausgleich für Kosten der Aussiedlung.

Das Nähere bestimmt der Bundesminister des Innern durch Richtlinien.

(3) Spätaussiedlern aus der ehemaligen UdSSR, Estland, Lettland oder Litauen, die vor dem 1. April 1956 geboren sind, gewährt das Bundesverwaltungsamt zum Ausgleich für den erlittenen Gewahrsam auf Antrag eine pauschale Eingliederungshilfe in Höhe von 2 046 Euro. Sie beträgt bei Personen im Sinne des Satzes 1, die vor dem 1. Januar 1946 geboren sind, 3 068 Euro. Der Antrag auf pauschale Eingliederungshilfe kann nur bis zum Ablauf von drei Jahren nach Ablauf des Monats, in dem die Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 ausgestellt wurde, gestellt werden. Die Frist endet frühestens am 31. Dezember 2009.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(4) Weitere Integrationshilfen wie Ergänzungsförderung für Jugendliche und ergänzende Sprach- und sozialpädagogische Förderung können gewährt werden. Weitere Integrationshilfen im Sinne von Satz 1 können Personen gemäß Absatz 1 und weiteren Familienangehörigen des Spätaussiedlers gewährt werden, die gemäß § 8 Absatz 2 gemeinsam mit diesem eintreffen.

(5) Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ist zuständig für

a) die Entwicklung von Grundstruktur und Lerninhalten des Basissprachkurses, des Aufbaukurses und des Orientierungskurses nach Absatz 1 und

b) die Durchführung der Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 4.

§ 10 Prüfungen und Befähigungsnachweise

(1) Prüfungen oder Befähigungsnachweise, die Spätaussiedler bis zum 8. Mai 1945 im Gebiet des Deutschen Reiches nach dem Gebietsstande vom 31. Dezember 1937 abgelegt oder erworben haben, sind im Geltungsbereich des Gesetzes anzuerkennen.

(2) Prüfungen oder Befähigungsnachweise, die Spätaussiedler in den Aussiedlungsgebieten abgelegt oder erworben haben, sind anzuerkennen, wenn sie den entsprechenden Prüfungen oder Befähigungsnachweisen im Geltungsbereich des Gesetzes gleichwertig sind.

(3) Haben Spätaussiedler die zur Ausübung ihres Berufes notwendigen oder für den Nachweis ihrer Befähigung zweckdienlichen Urkunden (Prüfungs- oder Befähigungsnachweise) und die zur Ausstellung von Ersatzurkunden erforderlichen Unterlagen verloren, so ist ihnen auf Antrag durch die für die Ausstellung entsprechender Urkunden zuständigen Behörden und Stellen eine Bescheinigung auszustellen, wonach der Antragsteller die Ablegung der Prüfung oder den Erwerb des Befähigungsnachweises glaubhaft nachgewiesen hat.

(4) Voraussetzung für die Ausstellung der Bescheinigung gemäß Absatz 3 ist die glaubhafte Bestätigung

1. durch schriftliche, an Eides statt abzugebende Erklärung einer Person, die auf Grund ihrer früheren dienstlichen Stellung im Bezirk des Antragstellers von der Ablegung der Prüfung oder dem Erwerb des Befähigungsnachweises Kenntnis hat, oder
2. durch schriftliche, an Eides statt abzugebende Erklärungen von zwei Personen, die von der Ablegung der Prüfung oder dem Erwerb des Befähigungsnachweises eigene Kenntnisse haben.

(5) Die Bescheinigung gemäß Absatz 3 hat im Rechtsverkehr dieselbe Wirkung wie die Urkunde über die abgelegte Prüfung oder den erworbenen Befähigungsnachweis.

§ 11 Leistungen bei Krankheit

(1) Wer als Spätaussiedler aus den Aussiedlungsgebieten innerhalb von zwei Monaten nach dem Verlassen dieser Gebiete im Geltungsbereich dieses Gesetzes seinen ständigen Aufenthalt genommen hat, erhält einmalig Leistungen wie ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Leistungsgrund am Tag der Aufenthaltsnahme gegeben ist oder innerhalb von drei Monaten danach eintritt.

(2) Die Leistungen bei Krankheit nach den §§ 27 bis 43a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Zuschüsse zur Versorgung mit Zahnersatz nach § 55 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die im Zusammenhang mit diesen Leistungen notwendigen Fahrkosten (§ 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) werden längstens für die ersten 78 Wochen von dem Tag der Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich dieses Gesetzes an gewährt, Krankengeld und Mutterschaftsgeld nach § 200 der Reichsversicherungsordnung längstens für 182 Tage, die anderen Leistungen bis zum Ablauf der Frist von drei Monaten nach Absatz 1 Satz 1. Leistungen zur Entbindung einschließlich Mutterschaftsgeld werden gewährt, wenn die Entbindung in der Frist von drei Monaten nach Absatz 1 Satz 1 liegt.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

(3) Krankengeld (§§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Mutterschaftsgeld (§ 200 der Reichsversicherungsordnung) erhalten Berechtigte nur, wenn sie bis zum Verlassen der in Absatz 1 genannten Gebiete

1. in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben,
2. in Gewahrsam gehalten wurden und Berechtigte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Häftlingshilfegesetzes sind,
3. eine Tätigkeit als Selbständiger oder mithelfender Familienangehöriger hauptberuflich ausgeübt haben,
4. eine gesetzliche Wehrpflicht erfüllt haben oder
5. wegen ihrer Volkszugehörigkeit, ihrer Aussiedlungs- oder Übersiedlungsabsicht oder wegen eines vergleichbaren nach freiheitlich-demokratischer Auffassung von ihnen nicht zu vertretenden Grundes gehindert waren, eine Beschäftigung nach Nummer 1 oder eine Tätigkeit nach Nummer 3 auszuüben.

Auf eine Leistung nach Absatz 1 besteht kein Anspruch, wenn die Berechtigten hierauf einen Anspruch nach anderen gesetzlichen Vorschriften haben, ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn festgestellt wurde, dass ein Bezieher von Eingliederungshilfe bereits bei Beginn des Leistungsbezugs arbeitsunfähig war.

(4) Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erhält der Berechtigte in Höhe der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Vorschriften des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch über die Bedürftigkeit und das bei den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts zu berücksichtigende Einkommen sind nicht anzuwenden.

(5) Die Leistungen gewährt die für den Wohnort der Berechtigten zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse. Haben die Berechtigten früher einer anderen Krankenkasse angehört, so haben sie das Recht, die Leistungen bei dieser zu beantragen.

(5a) Berechtigte, die eine Leistung nach den Absätzen 1 bis 4 in Anspruch nehmen, haben dem Leistungserbringer vor Inanspruchnahme der Leistung einen Berechtigungsschein der nach Absatz 5 zuständigen Krankenkasse auszuhändigen. In dringenden Fällen kann der Berechtigungsschein nachgereicht werden. Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken und sonstige Leistungserbringer haben für Leistungen nach Absatz 1 nur Anspruch auf die Vergütung, die sie erhalten würden, wenn der Spätaussiedler Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung wäre.

(6) Der Aufwand, der den Krankenkassen entsteht, wird ihnen aus Mitteln des Bundes erstattet. Als Ersatz für Verwaltungskosten erhalten die Krankenkassen 8 vom Hundert ihres Aufwands für die nach den Absätzen 1 bis 5 gewährten Leistungen.

(7) Bei Gewährung der Leistungen gelten die §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Zuzahlungen und Belastungsgrenze entsprechend. Ferner sind hierbei und bei der Erstattung des Aufwands und der Verwaltungskosten an die Krankenkassen das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden, § 110 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch jedoch mit der Maßgabe, dass die Krankenkasse Erstattungen nach Absatz 6 auch unterhalb des in § 110 Satz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages verlangen kann, wenn dieser Betrag durch Zusammenrechnung der Erstattungsansprüche in mehreren Einzelfällen erreicht wird.

(7a) Bei der Gewährung von Leistungen sind die Vorschriften anzuwenden, die in dem Land gelten, das nach § 8 für den Spätaussiedler als Aufnahmeland festgelegt ist oder festgelegt wird.

(8) Für Rechtsstreitigkeiten auf Grund der Vorschriften der Absätze 1 bis 7a ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.

§ 12 (weggefallen)

-

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 13 Gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung

Die Rechtsstellung der Spätaussiedler in der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung richtet sich nach dem Fremdrentengesetz.

§ 14 Förderung einer selbständigen Erwerbstätigkeit

(1) Spätaussiedlern ist die Begründung und Festigung einer selbständigen Erwerbstätigkeit in der Landwirtschaft, im Gewerbe und in freien Berufen zu erleichtern. Zu diesem Zweck können die Gewährung von Krediten zu günstigen Zins-, Tilgungs- und Sicherungsbedingungen sowie Zinsverbilligungen und Bürgschaftsübernahmen vorgesehen werden.

(2) Bei der Vergabe von Aufträgen durch die öffentliche Hand sind Spätaussiedler in den ersten 10 Jahren nach Verlassen der Aussiedlungsgebiete bevorzugt zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für Unternehmen, an denen Spätaussiedler mit mindestens der Hälfte des Kapitals beteiligt sind, sofern diese Beteiligung und eine Mitwirkung an der Geschäftsführung für mindestens sechs Jahre sichergestellt sind.

(3) Finanzierungshilfen der öffentlichen Hand sollen unter der Auflage gegeben werden, dass die Empfänger dieser Hilfen sich verpflichten, bei der Vergabe von Aufträgen entsprechend Absatz 2 zu verfahren.

(4) Rechte und Vergünstigungen als Spätaussiedler nach den Absätzen 1 und 2 kann nicht mehr in Anspruch nehmen, wer in das wirtschaftliche und soziale Leben im Geltungsbereich des Gesetzes in einem nach seinen früheren wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen zumutbaren Maße eingegliedert ist.

(5) Spätaussiedler, die glaubhaft machen, dass sie vor der Aussiedlung ein Handwerk als stehendes Gewerbe selbständig betrieben oder die Befugnis zur Anleitung von Lehrlingen besessen haben, sind auf Antrag bei der für den Ort ihres ständigen Aufenthaltes zuständigen Handwerkskammer in die Handwerksrolle einzutragen. Für die Glaubhaftmachung ist § 10 Abs. 3 und 4 entsprechend anzuwenden.

§ 15 Bescheinigungen

(1) Das Bundesverwaltungsamt stellt Spätaussiedlern zum Nachweis ihrer Spätaussiedlereigenschaft eine Bescheinigung aus. Eine Wiederholung des Gesprächs im Sinne von § 6 Abs. 2 Satz 3 findet hierbei nicht statt. Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, beteiligt das Bundesverwaltungsamt vor Erteilung der Bescheinigung den Bundesnachrichtendienst, das Bundesamt für Verfassungsschutz, den Militärischen Abschirmdienst, die Bundespolizei, das Bundeskriminalamt und das Zollkriminalamt, wenn dies zur Feststellung von Ausschlussgründen nach § 5 Nr. 1 Buchstabe d und e geboten ist. Die Entscheidung über die Ausstellung der Bescheinigung ist für Staatsangehörigkeitsbehörden und alle Behörden und Stellen verbindlich, die für die Gewährung von Rechten oder Vergünstigungen als Spätaussiedler nach diesem oder einem anderen Gesetz zuständig sind. Hält eine Behörde oder Stelle die Entscheidung des Bundesverwaltungsamtes über die Ausstellung der Bescheinigung nicht für gerechtfertigt, so kann sie nur ihre Änderung oder Aufhebung durch das Bundesverwaltungsamt beantragen.

(2) Das Bundesverwaltungsamt stellt dem in den Aufnahmebescheid des Spätaussiedlers einbezogenen Ehegatten oder Abkömmling eine Bescheinigung zum Nachweis des Status nach Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sowie seiner Leistungsberechtigung nach § 7 Abs. 2 Satz 1 aus. Eine Bescheinigung nach Absatz 1 kann nur ausgestellt werden, wenn die Erteilung eines Aufnahmebescheides beantragt und nicht bestands- oder rechtskräftig abgelehnt worden ist. Im Übrigen gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Über die Rücknahme und die Ausstellung einer Zweitschrift einer Bescheinigung entscheidet die Ausstellungsbehörde.

(4) Eine Bescheinigung kann mit Wirkung für die Vergangenheit nur zurückgenommen werden, wenn sie durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung oder durch vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben, die wesentlich für ihre Ausstellung gewesen sind, erwirkt worden ist. Die Rücknahme mit Wirkung für die Vergangenheit darf

nur bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Ausstellung der Bescheinigung erfolgen. Hat die Rücknahme einer Bescheinigung nach Absatz 1 auch Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit von Bescheinigungen nach Absatz 2, so ist für jeden Betroffenen eine selbständige Ermessensentscheidung zu treffen. Dabei ist das Maß der Beteiligung des Ehegatten oder Abkömmlings an einer arglistigen Täuschung, Drohung oder Bestechung oder an unrichtigen oder unvollständigen Angaben des Spätaussiedlers gegen die schutzwürdigen Belange des Ehegatten oder Abkömmlings, insbesondere unter Beachtung des Kindeswohls, abzuwägen. Der Widerruf einer Bescheinigung ist nicht zulässig.

§ 16 Datenschutz

Für die Verfahren nach § 15 gilt § 29 Abs. 1 und 1a entsprechend. Die in diesen Verfahren gespeicherten Daten dürfen auf Ersuchen zur Durchführung von Verfahren zur Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sowie zur Feststellung der Rechtsstellung als Deutscher nach Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes übermittelt und innerhalb derselben Behörde weitergegeben werden, wenn dies erforderlich ist. Wird eine ganz oder teilweise ablehnende Entscheidung nach § 15 getroffen oder eine Entscheidung nach § 15 ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen, werden alle Stellen, die Personen im Sinne der §§ 1 bis 4 Rechte einräumen, Vergünstigungen oder Leistungen gewähren, und die Staatsangehörigkeits- sowie Pass- und Personalausweisbehörde von der Entscheidung unterrichtet. Dabei dürfen mitgeteilt werden:

1. Namen einschließlich früherer Namen,
2. Tag und Ort der Geburt,
3. Anschrift,
4. Tag der Entscheidung und Eintritt der Rechtsbeständigkeit.

§§ 17 bis 20 (weggefallen)

-

Dritter Abschnitt
Behörden und Beiräte

§§ 21 bis 25 (weggefallen)

-

Vierter Abschnitt
Aufnahme

§ 26 Aufnahmebescheid

Personen, die die Aussiedlungsgebiete als Spätaussiedler verlassen wollen, um im Geltungsbereich dieses Gesetzes ihren ständigen Aufenthalt zu nehmen, wird nach Maßgabe der folgenden Vorschriften ein Aufnahmebescheid erteilt.

§ 27 Anspruch

(1) Der Aufnahmebescheid wird auf Antrag Personen mit Wohnsitz in den Aussiedlungsgebieten erteilt, die nach Begründung des ständigen Aufenthalts im Geltungsbereich des Gesetzes die Voraussetzungen als Spätaussiedler erfüllen. Der im Aussiedlungsgebiet lebende Ehegatte, sofern die Ehe seit mindestens drei Jahren besteht, oder Abkömmling einer Person im Sinne des Satzes 1 (Bezugsperson) werden zum Zweck der gemeinsamen Aussiedlung in den Aufnahmebescheid der Bezugsperson nur dann einbezogen, wenn die Bezugsperson dies ausdrücklich beantragt, sie Grundkenntnisse der deutschen Sprache besitzen und in ihrer Person keine Ausschlussgründe im Sinne des § 5 vorliegen; Absatz 2 bleibt unberührt. Die Einbeziehung von minderjährigen

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Abkömmlingen in den Aufnahmebescheid ist nur gemeinsam mit der Einbeziehung der Eltern oder des sorgeberechtigten Elternteils zulässig. Abweichend von Satz 2 wird einbezogen, wer wegen einer Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch keine Grundkenntnisse der deutschen Sprache besitzen kann. Die Einbeziehung in den Aufnahmebescheid wird insbesondere dann unwirksam, wenn die Ehe aufgelöst wird, bevor beide Ehegatten die Aussiedlungsgebiete verlassen haben, oder die Bezugsperson verstirbt, bevor die einbezogenen Personen Aufnahme im Sinne von § 4 Abs. 3 Satz 2 gefunden haben. Der Wohnsitz im Aussiedlungsgebiet gilt als fortbestehend, wenn ein Antrag nach Absatz 2 abgelehnt wurde und der Antragsteller für den Folgeantrag nach Satz 1 erneut Wohnsitz in den Aussiedlungsgebieten begründet hat.

(2) Abweichend von Absatz 1 kann Personen, die sich ohne Aufnahmebescheid im Geltungsbereich des Gesetzes aufhalten, ein Aufnahmebescheid erteilt oder es kann die Eintragung nach Absatz 1 Satz 2 nachgeholt werden, wenn die Versagung eine besondere Härte bedeuten würde und die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Die Eintragung nach Absatz 1 Satz 2 wird nachgeholt, wenn ein Abkömmling einer Person nach Absatz 1 Satz 1 nicht mehr im Aussiedlungsgebiet, sondern während des Aussiedlungsvorganges und vor Ausstellung der Bescheinigung nach § 15 geboren wird.

(3) Für jedes Kalenderjahr dürfen so viele Aufnahmebescheide erteilt werden, dass die Zahl der aufzunehmenden Spätaussiedler, Ehegatten und Abkömmlinge die Zahl der vom Bundesverwaltungsamt im Jahre 1998 verteilten Personen im Sinne der §§ 4, 7 nicht überschreitet. Das Bundesverwaltungsamt kann hiervon um bis zu 10 vom Hundert nach oben oder unten abweichen.

§ 28 Verfahren

Das Bundesverwaltungsamt führt das Aufnahmeverfahren durch und erteilt den Aufnahmebescheid. Zur Feststellung von Ausschlussgründen nach § 5 Nr. 1 Buchstabe d und e beteiligt das Bundesverwaltungsamt den Bundesnachrichtendienst, das Bundesamt für Verfassungsschutz, den Militärischen Abschirmdienst, die Bundespolizei, das Bundeskriminalamt und das Zollkriminalamt, wenn die zu überprüfende Person das 16. Lebensjahr vollendet hat.

§ 29 Datenschutz

(1) Das Bundesverwaltungsamt und die im Aufnahmeverfahren mitwirkenden Behörden dürfen, soweit es zur Feststellung der Voraussetzungen nach § 27 erforderlich ist,

1. bei ihnen vorhandene personenbezogene Daten nutzen, die über die Spätaussiedlereigenschaft Aufschluss geben, auch wenn sie für andere Zwecke erhoben oder gespeichert worden sind,
2. personenbezogene Daten beim Betroffenen erheben.

Unter den gleichen Voraussetzungen dürfen sie ohne Mitwirkung des Betroffenen bei anderen öffentlichen und nichtöffentlichen Stellen auch außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes personenbezogene Daten erheben, soweit die nach Satz 1 erhobenen Daten eine Entscheidung über den Antrag des Betroffenen nicht ermöglichen. Öffentliche Stellen sind zu diesem Zwecke zu Auskünften verpflichtet. Die Nutzung und Übermittlung nach Satz 1 Nr. 1 und nach den Sätzen 2 und 3 unterbleiben, wenn besondere gesetzliche Verwendungsregelungen oder überwiegende schutzwürdige Interessen des Betroffenen oder Dritter entgegenstehen.

(1a) Zur Feststellung von Ausschlussgründen nach § 5 Nummer 1 Buchstabe d und e darf das Bundesverwaltungsamt folgende Daten des Spätaussiedlers, seines Ehegatten oder seiner Abkömmlinge, die in den Aufnahmebescheid einbezogen werden sollen, an den Bundesnachrichtendienst, das Bundesamt für Verfassungsschutz, den Militärischen Abschirmdienst, die Bundespolizei, das Bundeskriminalamt und das Zollkriminalamt übermitteln:

1. den Familiennamen,
2. Bestandteile des Namens, die das deutsche Recht nicht vorsieht,
3. die Vornamen,

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

4. frühere Namen,
5. das Geschlecht,
6. das Geburtsdatum,
7. den Geburtsort und
8. die letzte Anschrift im Aussiedlungsgebiet.

Soweit Anhaltspunkte für Ausschlussgründe nach § 5 Nummer 1 Buchstabe d oder e vorliegen, teilen die nach Satz 1 beteiligten Behörden dies dem Bundesverwaltungsamt nach Maßgabe der insoweit bestehenden besonderen gesetzlichen Verwendungsregelungen innerhalb von zehn Tagen nach Übermittlung der Daten nach Satz 1 mit. Hält die jeweilige Sicherheitsbehörde eine weitere Überprüfung der Ausschlussgründe für erforderlich, soll diese insgesamt innerhalb von drei Wochen nach Übermittlung der Daten nach Satz 1 abgeschlossen sein.

(2) Die im Aufnahme- und Verteilungsverfahren gesammelten Daten dürfen, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, nur für Zwecke dieser Verfahren einschließlich der vorläufigen Unterbringung durch die Länder, für Verfahren nach § 15 und zur Feststellung der Rechtsstellung als Deutscher nach Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sowie für Verfahren zur Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz genutzt und übermittelt werden.

§§ 30 bis 93 (weggefallen)

-

Fünfter Abschnitt
Namensführung, Beratung

§ 94 Familiennamen und Vornamen

(1) Vertriebene und Spätaussiedler, deren Ehegatten und Abkömmlinge, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind, können durch Erklärung gegenüber dem Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren oder dem Standesamt

1. Bestandteile des Namens ablegen, die das deutsche Recht nicht vorsieht,
2. die ursprüngliche Form eines nach dem Geschlecht oder dem Verwandtschaftsverhältnis abgewandelten Namens annehmen,
3. eine deutschsprachige Form ihres Vor- oder Familiennamens annehmen; gibt es eine solche Form des Vornamens nicht, so können sie neue Vornamen annehmen,
4. im Falle der Führung eines gemeinsamen Familiennamens durch Ehegatten einen Ehenamen nach § 1355 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bestimmen und eine Erklärung nach § 1355 Abs. 4 des Bürgerlichen Gesetzbuchs abgeben,
5. den Familiennamen in einer deutschen Übersetzung annehmen, sofern die Übersetzung einen im deutschen Sprachraum in Betracht kommenden Familiennamen ergibt.

Wird in den Fällen der Nummern 3 bis 5 der Familienname als Ehename geführt, so kann die Erklärung während des Bestehens der Ehe nur von beiden Ehegatten abgegeben werden. Auf den Geburtsnamen eines Abkömmlings, welcher das fünfte Lebensjahr vollendet hat, erstreckt sich die Namensänderung nur dann, wenn er sich der Namensänderung durch Erklärung gegenüber dem Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren oder dem Standesamt anschließt. Ein in der Geschäftsfähigkeit beschränktes Kind, welches das vierzehnte Lebensjahr vollendet hat, kann die Erklärung nur selbst abgeben; es bedarf hierzu der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters.

(2) Die Erklärungen nach Absatz 1 müssen öffentlich beglaubigt oder beurkundet werden; im Verteilungsverfahren kann auch das Bundesverwaltungsamt die Erklärungen öffentlich beglaubigen oder beurkunden. Gebühren und Auslagen werden nicht erhoben.

§ 95 Unentgeltliche Beratung

(1) Organisationen der Vertriebenen, Flüchtlinge und Spätaussiedler, deren Zweck nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist, dürfen Vertriebene, Flüchtlinge und Spätaussiedler im Rahmen ihres Aufgabengebiets in Steuerfragen unentgeltlich beraten. Sie bedürfen hierzu keiner besonderen Erlaubnis.

(2) Diese Tätigkeit kann ihnen im Falle missbräuchlicher Ausübung untersagt werden. Das Nähere bestimmt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

Sechster Abschnitt
Kultur, Forschung und Statistik

§ 96 Pflege des Kulturgutes der Vertriebenen und Flüchtlinge und Förderung der wissenschaftlichen Forschung

Bund und Länder haben entsprechend ihrer durch das Grundgesetz gegebenen Zuständigkeit das Kulturgut der Vertreibungsgebiete in dem Bewusstsein der Vertriebenen und Flüchtlinge, des gesamten deutschen Volkes und des Auslandes zu erhalten, Archive, Museen und Bibliotheken zu sichern, zu ergänzen und auszuwerten sowie Einrichtungen des Kunstschaffens und der Ausbildung sicherzustellen und zu fördern. Sie haben Wissenschaft und Forschung bei der Erfüllung der Aufgaben, die sich aus der Vertreibung und der Eingliederung der Vertriebenen und Flüchtlinge ergeben, sowie die Weiterentwicklung der Kulturleistungen der Vertriebenen und Flüchtlinge zu fördern. Die Bundesregierung berichtet jährlich dem Bundestag über das von ihr Veranlasste.

§ 97 Statistik

Bund und Länder haben die auf dem Gebiete des Spätaussiedlerwesens erforderlichen statistischen Arbeiten durchzuführen. Insbesondere haben sie die Statistik so auszugestalten, dass die statistischen Unterlagen für die Durchführung der zum Zwecke der Eingliederung der Spätaussiedler erlassenen Vorschriften zur Verfügung gestellt werden können.

Siebter Abschnitt
Strafbestimmungen

§ 98 Erschleichung von Vergünstigungen

Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer unrichtige oder unvollständige Angaben tatsächlicher Art macht oder benutzt, um für sich oder einen anderen Rechte oder Vergünstigungen, die Spätaussiedlern vorbehalten sind, zu erschleichen.

§ 99 Pflichtverletzung von Verwaltungsangehörigen

Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer als Verwaltungsangehöriger bei der Durchführung dieses Gesetzes Bescheinigungen für Personen ausstellt, von denen er weiß, dass sie kein Recht auf Erteilung der Bescheinigung haben.

Achter Abschnitt
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 100 Anwendung des bisherigen Rechts

(1) Für Personen im Sinne der §§ 1 bis 3 finden die vor dem 1. Januar 1993 geltenden Vorschriften nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8 Anwendung.

(2) Ausweise nach § 15 in der vor dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung werden nur noch ausgestellt, wenn sie vor diesem Tag beantragt wurden. Aussiedler, die den ständigen Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes nach dem 2. Oktober 1990 und vor dem 1. Januar 1993 begründet haben, können den Ausweis noch bis zum 31. Dezember 1993 beantragen. Im Übrigen wird die Vertriebenen- oder Flüchtlingseigenschaft nur auf Ersuchen einer Behörde, die für die Gewährung von Rechten und Vergünstigungen an Vertriebene oder Flüchtlinge zuständig ist, vom Bundesverwaltungsamt festgestellt.

(3) § 16 ist auch anzuwenden auf Verfahren nach den §§ 15 bis 19 in der vor dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung.

(4) Personen, die vor dem 1. Juli 1990 eine Übernahmegenehmigung des Bundesverwaltungsamtes erhalten haben, sind bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 Nr. 3, mit der Maßgabe, dass kein Ausschlussgrund nach § 5 Nr. 1 Buchstabe d oder Buchstabe e vorliegt, oder des § 4 auch dann Spätaussiedler, wenn ihnen kein Aufnahmebescheid nach § 26 erteilt wurde.

(5) Personen, die vor dem 1. Januar 1993 einen Aufnahmebescheid nach § 26 erhalten haben, sind Spätaussiedler, wenn sie die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 Nr. 3, mit der Maßgabe, dass kein Ausschlussgrund nach § 5 Nr. 1 Buchstabe d oder Buchstabe e vorliegt, oder des § 4 erfüllen.

(6) Personen, die nach dem 30. Juni 1990 und vor dem 1. Juli 1991 den ständigen Aufenthalt in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet genommen haben, sind bei Vorliegen der Aufenthaltsgenehmigung einer Behörde dieses Gebietes und der sonstigen Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 Nr. 3 auch dann Aussiedler, wenn ihnen kein Aufnahmebescheid nach § 26 erteilt wurde.

(7) § 90a Abs. 2 ist bis zum 30. Juni 1993 in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden, wenn die Voraussetzungen des Anspruchs auf Arbeitslosenhilfe für einen Zeitraum im Dezember 1992 bestanden haben.

(8) § 90a Abs. 1, 3 und 4 ist in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

§ 100a Übergangsregelung

(1) Auch Anträge nach § 15 Abs. 1 sind nach dem Recht zu bescheiden, das nach dem 7. September 2001 gilt.

(2) Die Spätaussiedlereigenschaft von Personen aus Estland, Lettland oder Litauen, die vor dem 24. Mai 2007 einen Aufnahmebescheid nach § 26 erhalten haben, bestimmt sich weiter nach den §§ 4 und 5 in der vor dem 24. Mai 2007 geltenden Fassung mit der Maßgabe, dass kein Ausschlussgrund nach § 5 Nr. 1 Buchstabe d oder Buchstabe e vorliegt.

§ 100b Anwendungsvorschrift

§ 4 Abs. 3 Satz 2 ist in der bis zum 1. Januar 2005 geltenden Fassung auf Ehegatten, die bis zu diesem Zeitpunkt in den Aufnahmebescheid einbezogen worden sind und deren Ehe mit dem Spätaussiedler zum Zeitpunkt des Verlassens der Aussiedlungsgebiete noch keine drei Jahre bestanden hat, anzuwenden. Werden Ehegatten im Sinne des Satzes 1 nach dem 24. Mai 2007 im Geltungsbereich des Gesetzes aufgenommen, ist ihnen eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 2 auszustellen, aus der hervorgeht, dass sie den Status im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes nicht erworben haben.

§ 101 (weggefallen)

-

§ 102 (weggefallen)

-

§ 103 Kostentragung

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Der Bund trägt die Aufwendungen nach § 9 dieses Gesetzes.

§ 104

Das Bundesministerium des Innern kann allgemeine Verwaltungsvorschriften zur Ausführung dieses Gesetzes durch das Bundesverwaltungsamt erlassen.

§§ 105 bis 107 (weggefallen)

(weggefallen)

BVFG§11VWV - Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 11 BVFG

Abschnitt 1 BVFG§11VwV
Nachweis der Anspruchsberechtigung

1.1. Nachweis der Spätaussiedlereigenschaft

(1) Die Spätaussiedlereigenschaft wird durch eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 BVFG, die Zugehörigkeit zum Personenkreis, der nach § 7 Abs. 2 BVFG Rechte und Vergünstigungen nach § 11 BVFG in Anspruch nehmen kann, durch eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 2 BVFG nachgewiesen.

(2) Sind Leistungen nach § 11 BVFG zu erbringen, bevor eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 BVFG ausgestellt ist, ist als vorläufiger Nachweis für die Spätaussiedlereigenschaft oder der Zugehörigkeit zum Personenkreis, der nach § 7 Abs. 2 BVFG Rechte und Vergünstigungen nach § 11 BVFG in Anspruch nehmen kann, anzuerkennen:

a) der Registrierschein des Bundesverwaltungsamtes oder

b) eine Bescheinigung der örtlichen Behörde für Vertriebenen-, Flüchtlings- und Spätaussiedlerfragen, dass die Person, die Leistungen nach § 11 BVFG geltend macht, die Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 BVFG beantragt hat und der Antrag Aussicht auf Erfolg hat.

(3) Bei Personen, die sich in einer Erstaufnahmeeinrichtung aufhalten, gilt die Spätaussiedlereigenschaft und die Zugehörigkeit zum Personenkreis, der nach § 7 Abs. 2 BVFG Rechte und Vergünstigungen nach § 11 BVFG in Anspruch nehmen kann, auch dann als vorläufig nachgewiesen, wenn sie ihren Aufnahmebescheid nach § 26 BVFG, einen Aufnahmebescheid, in dem sie eingetragen sind, oder eine Übernahme-genehmigung des Bundesverwaltungsamtes und eine Bescheinigung des Bundesverwaltungsamtes vorlegen, dass sie ihre Registrierung beantragt haben.

1.2. Nachweis der ständigen Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich des BVFG

Die ständige Aufenthaltsnahme ist nachgewiesen, wenn der Berechtigte die Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 BVFG oder einen der in Nummer 1.1 genannten vorläufigen Nachweise vorlegt.

1.3. Nachweis des Zeitpunkts des Verlassens der Aussiedlungsgebiete und der Aufenthaltsnahme

Der Tag, an dem der Berechtigte die in § 1 Abs. 2 Nr. 3 BVFG genannten Gebiete verlassen hat, und der Tag der ständigen Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich des BVFG sind den in Nummer 1.1 genannten Urkunden zu entnehmen. Ist der Tag des Verlassens des Aussiedlungsgebietes darin nicht angegeben, ist er auf Grund anderer Beweismittel festzustellen. Kann der Berechtigte keine anderen Beweismittel vorlegen, ist als Tag der ständigen Aufenthaltsnahme der Tag zu Grunde zu legen, der im Melderegister als Tag des Einzugs in die Wohnung im Geltungsbereich des BVFG gespeichert ist.

1.4. Einmaligkeit der Leistungen

Ein Berechtigter erhält die Leistungen nach Nummer 2 nur im Zusammenhang mit der erstmaligen Aufenthaltsnahme als Spätaussiedler oder als Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers, der nach § 7 Abs. 2 BVFG Rechte und Vergünstigungen nach § 11 BVFG in Anspruch nehmen kann, im Geltungsbereich des BVFG, nicht aber, wenn er nach einem

früheren Aufenthalt diesen aufgegeben hatte und erneut seinen Aufenthalt im Geltungsbereich des BVFG nimmt.

1.5. Wegfall der Leistungsberechtigung

(1) Werden auf Grund einer der in Nummer 1.1 genannten vorläufigen Nachweise Leistungen erbracht und wird später die Ausstellung der Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 BVFG abgelehnt, sind Leistungen für die Zukunft nicht mehr zu gewähren.

(2) Teilt der Leistungsempfänger der Krankenkasse nicht unverzüglich mit, dass er keine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 BVFG erhält, ist über die Aufhebung des Verwaltungsaktes nach § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X zu entscheiden. Als Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse im Sinne dieser Vorschrift ist der Tag zu Grunde zu legen, an dem der Leistungsempfänger die Entscheidung der örtlichen Behörde für Vertriebenen-, Flüchtlings- und Spätaussiedlerfragen erhalten hat.

1.6. Ungerechtfertigter Leistungsbezug

Hat der Leistungsempfänger den vorläufigen Nachweis über seine Spätaussiedlereigenschaft oder Zugehörigkeit zu dem Personenkreis, der Rechte und Vergünstigungen nach § 7 Abs. 2 BVFG in Anspruch nehmen kann, und damit den Verwaltungsakt über die Leistung durch arglistige Täuschung oder vorsätzlich oder grob fahrlässig durch Angaben erwirkt, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren (§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 und 2 SGB X), ist der Verwaltungsakt regelmäßig für die Vergangenheit zurückzunehmen. Zu Unrecht erbrachte Leistungen hat die Krankenkasse nach § 50 SGB X bei dem Leistungsempfänger zur Erstattung anzufordern.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Bundesvertriebenengesetz (BVFG-VwV)

Abschnitt 2 BVFG-VwV

Zu § 4: Spätaussiedler

1. Zu Absatz 1

Spätaussiedler ist

- in der Regel (Nummer 1.1)
- ein deutscher Volkszugehöriger (§ 6),
- der vor dem 1. Januar 1993 geboren ist,
- die Republiken der ehemaligen Sowjetunion (Nummer 1.2)
- nach dem 31. Dezember 1992 (Nummer 1.3)
- im Wege des Aufnahmeverfahrens (Nummer 1.4)
- verlassen (Nummer 1.5) und
- innerhalb von sechs Monaten (Nummer 1.7)
- im Geltungsbereich des Gesetzes seinen ständigen Aufenthalt genommen hat (Nummer 1.6),
- wenn er eine der Stichtagsvoraussetzungen des § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 erfüllt (Nummer 1.8).

1.1 In der Regel

Die Formulierung dient lediglich der Umschreibung des in Absatz 1 normierten Regelfalls - im Unterschied zu dem in Absatz 2 geregelten qualifizierten Fall.

1.2 Territoriale Umschreibung

Die Privilegierung nach Absatz 1 wird nur Spätaussiedlerbewerbern aus den Republiken der ehemaligen Sowjetunion zuteil. Hierzu zählen nicht Estland, Lettland und Litauen. Ein Wechsel des Wohnsitzes innerhalb des in Absatz 1 umschriebenen Gebiets ist rechtlich ohne Bedeutung.

1.3 Stichtag

Personen, welche die Aussiedlungsgebiete vor dem 1. Januar 1993 verlassen haben, sind entweder Vertriebene oder Aussiedler (§ 1 Absatz 2 Nummer 3) nach Maßgabe des § 100 Absatz 2 bis 8.

1.4 Im Wege des Aufnahmeverfahrens

Die Voraussetzung ist erfüllt, wenn vor dem Verlassen der Aussiedlungsgebiete

- ein Aufnahmebescheid (§ 27 Absatz 1 Satz 1) oder ein noch wirksamer Einbeziehungsbescheid (§ 27 Absatz 1 Satz 2 bis 6) oder

- vor dem 1. Juli 1990 eine Übernahmegenehmigung des Bundesverwaltungsamtes (§ 100 Absatz 4) erteilt wurde

oder nach dem Verlassen der Aussiedlungsgebiete ein Aufnahme- oder Einbeziehungsbescheid nach § 27 Absatz 2 erteilt wurde.

Wird der Aufnahme- oder Einbeziehungsbescheid oder die Übernahmegenehmigung bestands- oder rechtskräftig mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen, war die Voraussetzung zu keinem Zeitpunkt erfüllt.

(Personen, welche die Aussiedlungsgebiete auf Grund der Bestimmungen des ausländerrechtlichen Familiennachzuges verlassen, haben diese nicht "im Wege des Aufnahmeverfahrens" verlassen, auch wenn sie nach § 8 Absatz 2 in das Verteilungsverfahren einbezogen werden [BVerwG vom 12.7.2001 - 5 C 32.00; vgl. auch zu § 15 Nummer 2].)

1.5 Verlassen

Das Aussiedlungsgebiet wird nur verlassen, wenn der dortige Wohnsitz im Sinne der §§ 7 bis 11 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) aufgegeben wurde. Erforderlich ist daher neben dem Willen, den Wohnsitz aufzugeben, dessen tatsächliche Verwirklichung (vgl. auch BVerwG vom 18.11.1999 - 5 C 8.99).

Der Wille zur Aufgabe des Wohnsitzes kann auch während eines zunächst nur vorübergehend geplanten Entfernens aus den Aussiedlungsgebieten gebildet werden.

Ein Verlassen im Sinne von Absatz 1 kann nach der Registrierung durch das Bundesverwaltungsamt (§ 8 Absatz 1 Satz 4) angenommen werden, sofern keine entgegenstehenden Anhaltspunkte vorliegen.

1.6 Ständige Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich des Gesetzes innerhalb von sechs Monaten

Ständiger Aufenthalt wird nur begründet, wenn der Wille zum dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland besteht. Wer sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten will, begründet keinen ständigen Aufenthalt. Lässt sich der Spätaussiedler und der in den Aufnahmebescheid einbezogene Ehegatte oder Abkömmling gemäß § 8 Absatz 1 Satz 2 in einer Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes im Rahmen des Bescheinigungsverfahrens registrieren und auf ein Bundesland verteilen, so ist dies Indiz für den Willen zum dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland. Dagegen indiziert eine alsbaldige Rückkehr oder Weiterreise in ein Drittland den Willen, entgegen Sinn und Zweck des Verteilungsverfahrens nur vorübergehend Wohnsitz im Bundesgebiet nehmen zu wollen. In diesen Fällen ist die Rücknahme der Verteilentscheidung und der Bescheinigung nach § 15 (vgl. zu § 15 Absatz 4, Nummer 5.1) zu prüfen.

Zwischen dem Verlassen der Aussiedlungsgebiete und der ständigen Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich des Gesetzes dürfen nicht mehr als sechs Monate liegen. Die Voraussetzungen sind im Bescheinigungsverfahren zu prüfen. Die Spätaussiedlereigenschaft entsteht, wenn der aus den Aussiedlungsgebieten Kommende in Deutschland seinen ständigen Aufenthalt nimmt und zu diesem Zeitpunkt auch alle sonstigen Voraussetzungen für den Erwerb der Spätaussiedlereigenschaft vorliegen. Für den Statuserwerb ist demnach die Rechtslage in diesem Zeitpunkt entscheidend (BVerwG vom 12.3.2002 - 5 C 45.01).

1.7 Wohnsitzstichtag

Für die Feststellung der Wohnsitzstichtage gelten die Aussiedlungsgebiete im Sinne des § 1 Absatz 2 Nummer 3 grundsätzlich als einheitliches Aussiedlungsgebiet. Ein Wechsel des Wohnsitzes innerhalb der Aussiedlungsgebiete nach § 1 Absatz 2 Nummer 3 hat daher auf die Erfüllung der Stichtagsvoraussetzungen keine Auswirkung. Dies gilt nicht, sofern die Privilegierung nach Absatz 1 geltend gemacht wird: Der dort umschriebene territoriale Bereich ist insoweit eigenständiges Aussiedlungsgebiet (vgl. vorstehend Nummer 1.2).

1.7.1 Erste Fallgruppe (Nummer 1)

Der Wohnsitz im (relevanten) Aussiedlungsgebiet muss am 8. Mai 1945 bestanden haben und bis zu dessen Verlassen nach dem 31. Dezember 1992 ununterbrochen beibehalten worden sein. Ein nur vorübergehender Aufenthalt außerhalb der Aussiedlungsgebiete ist rechtlich ohne Bedeutung.

1.7.2 Zweite Fallgruppe (Nummer 2)

Bei Wohnsitzaufgabe im Aussiedlungsgebiet infolge Vertreibung (im Sinne von § 1) muss bis zum 31. März 1952 wieder ein Wohnsitz im Aussiedlungsgebiet begründet und seitdem ununterbrochen beibehalten worden sein. Ein vorübergehender Aufenthalt außerhalb des Aussiedlungsgebietes ist rechtlich ohne Bedeutung.

Ein nach Vertreibung der Eltern oder eines Elternteils, jedoch vor dem 1. April 1952 geborener Abkömmling kann die Stichtagsvoraussetzung auch dann erfüllen, wenn die Eltern oder der Elternteil nicht zurückgekehrt sind.

1.7.3 Dritte Fallgruppe (Nummer 3)

Nach dem 8. Mai 1945 und vor dem 1. Januar 1993 im Aussiedlungsgebiet Geborene erfüllen die Stichtagsvoraussetzung, wenn sie von einer Person abstammen, welche die Stichtagsvoraussetzungen des § 4 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 erfüllt. Dies gilt nicht, wenn Eltern oder Voreltern - oder ein Eltern- bzw. Vorelternteil - ihren Wohnsitz nach dem 31. März 1952 in die Aussiedlungsgebiete verlegt haben.

§ 10

Fremdrenten- und Auslandsrentengesetz

vom 7. August 1953 (BGBl I S. 848),
i.d.F. der Änderung durch Artikel 6 Nr. 1
des Gesetzes über die Verwaltung der
Mittel der Träger der Krankenversicherung (KVMG)
vom 15. Dezember 1979 (BGBl I S. 2241)

„(1) Die in den §§ 1 bis 4 des Bundesvertriebenengesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 240-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 31 des Gesetzes vom 18. Dezember 1975 (BGBl I S. 3091), bezeichneten Personen, die außerhalb des Bundesgebietes und des Landes Berlin gewohnt haben und danach ihren ständigen Aufenthalt (§ 1 Abs. 1) im Bundesgebiet oder im Land Berlin genommen haben oder nehmen und bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, können ihre frühere Krankenversicherung (Pflicht- oder freiwillige Versicherung) auf Antrag innerhalb von sechs Monaten nach dem in Absatz 2 bezeichneten Zeitpunkt fortsetzen. Dies gilt auch für Personen der bezeichneten Art, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs wegen einer dort nicht ordnungsmäßig geregelten Krankenversicherung nicht versichert waren. Der § 310 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend:

(2) Die Frist von sechs Monaten (Absatz 1) beginnt

a) bei Personen, die sich im Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes bereits ständig im Bundesgebiet oder im Land Berlin aufhalten, mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes folgt,

b) bei Personen, die nach dem Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes ihren ständigen Aufenthalt im Bundesgebiet oder im Land Berlin nehmen, mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem dieser Aufenthalt genommen wird.

(3) Waren die im Absatz 1 bezeichneten Personen zuletzt bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, der jetzt noch im Bundesgebiet oder im Land Berlin besteht, so können sie sich auch bei ihm weiterversichern. Sind sie in

einem Betrieb beschäftigt, für den eine Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse zuständig ist, so können sie sich auch bei dieser Kasse weiterversichern.

(4) Die Vorschriften der §§ 313 bis 313 b der Reichsversicherungsordnung, mit Ausnahme des § 313 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung über die Vorversicherungszeiten und des § 313 Abs. 2 Satz 2 und 4 der Reichsversicherungsordnung, finden, soweit sie diesem Gesetz nicht entgegenstehen, entsprechende Anwendung."

Artikel 7 § 3 Abs. 2

Fremdrenten- und Auslandsrenten-Neuregelungsgesetz

vom 25. Februar 1960 (BGBl I S. 93)

„Bis zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung gilt § 10 des Fremdrenten- und Auslandsrentengesetzes weiter."

→ bis 31.12.04
ab 1.1.05 : § 9 (1) Nr. 7 SGB V

Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze)

vom 28. Juni 2011

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Auf der Grundlage des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V regelt der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) einheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen* sowie für deren Mitglieder und ihre Familienangehörigen:

§ 1
Allgemeines

(1) Diese Grundsätze regeln das Nähere zum Inhalt und zur Gestaltung des Meldeverfahrens zwecks Durchführung der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V) in der Rechtsbeziehung zwischen dem Mitglied und der zuständigen Krankenkasse sowie in den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen untereinander. Sie gelten für die Durchführung der Familienversicherung in der Pflegeversicherung (§ 25 SGB XI) gleichermaßen; dabei tritt an die Stelle der Krankenkasse die bei der Krankenkasse errichtete Pflegekasse.

(2) Das Meldeverfahren baut auf den Melde- und Nachweispflichten des Mitglieds gegenüber der zuständigen Krankenkasse auf und legt das Verfahren zur Feststellung und zur Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung für Familienangehörige sowie die dabei zu verwendenden einheitlichen Meldevordrucke fest. Familienangehörige sind der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem LPartG, die Kinder des Mitglieds und die Kinder von familienversicherten Kindern sowie die aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts anspruchsberechtigten Personen.

(3) Diese Grundsätze regeln darüber hinaus die einheitlichen und verbindlichen Kriterien zur Ausübung des Wahlrechts des Mitglieds bei mehrfach begründbaren Familienversicherungen (§ 10 Abs. 5 SGB V).

(4) Die Anlagen 1 bis 6 sind Bestandteil dieser Grundsätze und von den Mitgliedern, Familienangehörigen und den Krankenkassen zu verwenden.

§ 2
Meldepflichten des Mitglieds

(1) Das Mitglied hat seine Familienangehörigen, soweit für sie eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V in Betracht kommt, mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben bei deren Be-

* Für landwirtschaftliche Krankenkassen und ihre Versicherten sind diese Grundsätze mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des § 10 SGB V die Regelungen des § 7 KVLG 1989 i. V. m. § 10 SGB V treten.

ginn unverzüglich mit einem Vordruck nach Anlage 1 an die Krankenkasse zu melden, bei der seine Mitgliedschaft besteht (zuständige Krankenkasse).

(2) Änderungen der nach Absatz 1 gemeldeten Angaben, die für die Durchführung der Familienversicherung erheblich sind, hat das Mitglied an die zuständige Krankenkasse zu melden.

(3) Das Mitglied hat die für den Fortbestand der Familienversicherung erforderlichen Voraussetzungen auf Verlangen der Krankenkasse mit einem Vordruck nach Anlage 2 nachzuweisen.

(4) Die Krankenkasse hat dem Mitglied zur Erfüllung seiner Meldepflicht nach Absatz 1 einen Vordruck nach Anlage 1 und zur Erfüllung der Meldepflicht nach Absatz 3 einen Vordruck nach Anlage 2 zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Vordrucke nach den Anlagen 1 und 2 sind vom Mitglied zu unterschreiben. Mit seiner Unterschrift erklärt das Mitglied, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei vom Mitglied getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von dem getrennt lebenden Familienangehörigen abgegeben werden.

§ 3
Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

(1) Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung einer Familienversicherung bei ihr gegeben sind.

(2) Bei Anfragen zur Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung einer Familienversicherung nach Absatz 1 ist ein Vordruck nach Anlage 1 zu verwenden.

(3) Die Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung für die im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, erfolgt abweichend von Absatz 2 auf Grundlage der Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers.

§ 4
Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

(1) Die Krankenkasse hat grundsätzlich jährlich zu überprüfen, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind (Bestandspflege). Von einer jährlichen Bestandspflege kann für Familienangehörige abgesehen werden, bei denen eine Änderung der persönlichen Verhältnisse, die zum Wegfall der Familienversicherung führen, typischerweise unwahrscheinlich ist. Dies sind:

1. Kinder ohne Einkommen vor vollendetem 15. Lebensjahr,
2. Kinder im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V,
3. Studenten ohne Beschäftigung,
4. Ehegatten und Lebenspartner nach dem LPartG, die die Regelaltersgrenze im Sinne des § 35 i. V. m. § 235 SGB VI erreicht haben, und
5. Familienangehörige, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

In den vorgenannten Fällen überprüft die Krankenkasse spätestens alle drei Jahre, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung von Kindern, deren Elternteil mit dem Mitglied verheiratet oder verpartnert und nicht gesetzlich krankenversichert ist, sind im Sinne des Satzes 1 jährlich zu überprüfen. Dies gilt auch bei Sachverhalten im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

(2) Bei Anfragen zur Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung nach Absatz 1 ist ein Vordruck nach Anlage 2 zu verwenden.

(3) Bei Anfragen zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, sollen abweichend vom Absatz 2 die vom GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu diesem Zweck aufgelegten Vordrucke „FV RSA“ in der jeweils gültigen Fassung verwendet werden; dabei beschränken sich die Feststellungen der deutschen Krankenkasse auf das Bestehen eventueller vorrangiger eigener Versicherungen der Familienangehörigen im Wohnstaat.

§ 5
Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

(1) Die für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben sind vom Mitglied nachzuweisen. Als Nachweise kommen in Betracht

1. bei Ehegatten und Lebenspartnern nach dem LPartG eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 2,
2. bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 2,
3. bei Kindern vom vollendeten 18. bis zum 23. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 2,
4. bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine entsprechende Bescheinigung der Schule oder Ausbildungsstätte; die Bescheinigung ist für ein Jahr anzuerkennen, längstens jedoch bis zum Ende des Schuljahres; bei Studenten gilt die Meldung der Hochschule über die Einschreibung (§ 4 SKV-MV) als Nachweis,
5. bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich zwischen zwei Ausbildungsabschnitten befinden (z. B. zwischen Abitur und Aufnahme eines Studiums), eine entsprechende Erklärung,
6. bei Kindern vom vollendeten 23. Lebensjahr, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, eine ärztliche Bestätigung über den Umfang und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung,
7. bei im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, der Vordruck „FV RSA“, sofern die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers nach Absatz 7 nicht herangezogen werden kann.

(2) Bei Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus infolge Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen.

(3) Für die Prüfung des Ausschlusses der Familienversicherung nach § 10 Abs. 3 SGB V ist das Gesamteinkommen durch geeignete Einkommensnachweise zu belegen.

(4) Für die Prüfung des überwiegenden Unterhalts im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind die Einnahmen durch Einkommensnachweise zu belegen. Auf Einkommensnachweise kann verzichtet werden, wenn lediglich das Mitglied Einnahmen erzielt. Satz 2 gilt entsprechend für die Nachweise über das Einkommen des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem LPartG des Mitglieds, wenn dieser ebenfalls familienversichert ist.

(5) Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden

(z. B. Heiratsurkunde, Geburtsurkunde) einmalig nachzuweisen; dies gilt nicht bei Doppelnamen oder unterschiedlichen Endungen.

(6) Bei Zweifeln, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung vorliegen, hat die Krankenkasse vom Mitglied weitere Nachweise anzufordern. Als weitere Nachweise kommen insbesondere Einkommensnachweise oder sonstige Bescheinigungen in Betracht.

(7) Bei den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, ersetzt die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers für den maßgebenden Zeitraum von maximal einem Jahr bzw. beim Personenkreis nach § 4 Abs. 1 Satz 3 von maximal drei Jahren den Nachweis nach Absatz 1 Nr. 7.

§ 6
Beginn und Ende der Familienversicherung

(1) Die Familienversicherung beginnt mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen. Sofern diese bereits am Tag des Beginns der Mitgliedschaft des Mitglieds, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wird, vorliegen, beginnt sie mit diesem Tag; bei Geburt eines Kindes beginnt die Familienversicherung bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen mit der Geburt.

(2) Die Familienversicherung endet mit dem Tod oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen für die Familienversicherung entfallen, spätestens jedoch mit dem Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds.

(3) Bei Kenntnis des Beginns und des Endes der Familienversicherung aktualisieren die Krankenkassen unverzüglich das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V).

§ 7
Nachwirkung von Nachweisen

Sofern das Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung auf Verlangen der Krankenkasse nicht nachgewiesen wird (§ 289 Satz 3 SGB V) oder eine Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung wegen ihrer Beendigung nicht mehr in Betracht kommt, ist das Versichertenverzeichnis (§ 288 SGB V) für die nicht nachgewiesenen Familienversicherungszeiten zu berichtigen. Für die Berichtigung der Familienversicherungszeiten ist von einer Beendigung der Familienversicherung ein Jahr nach dem Zeitpunkt auszugehen, für den letztmalig die Voraussetzungen der Familienversicherung nachgewiesen bzw. festgestellt worden sind (Nachwirkungszeitraum), es sei denn,

es liegen konkrete Anhaltspunkte für eine frühere Beendigung vor; bei Personen im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 3 wird der Nachwirkungszeitraum in Anlehnung an den für sie geltenden Prüfrhythmus bei der Bestandspflege auf längstens drei Jahre verlängert.

§ 8
Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V

(1) Übt das Mitglied wegen des Beginns seiner Mitgliedschaft bzw. wegen des Beginns einer Versicherung nach § 10 SGB V das Wahlrecht (§ 10 Abs. 5 SGB V) aus, beginnt die Familienversicherung mit dem Beginn der Mitgliedschaft bzw. mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB V.

(2) Wird das Wahlrecht aus einem anderen als in Absatz 1 genannten Anlass ausgeübt, beginnt die Familienversicherung mit dem Tag des Eingangs der Wahlerklärung bei der gewählten Krankenkasse.

(3) Für den Fall, dass das Mitglied die Krankenkasse wechselt und das Wahlrecht nach § 10 Abs. 5 SGB V für die bislang bei der bisherigen Krankenkasse versicherten Familienangehörigen nicht ausübt, beginnt die Familienversicherung bei der Krankenkasse des anderen Mitglieds, aus dessen Mitgliedschaft ebenfalls eine Familienversicherung hergeleitet werden kann, abweichend vom Absatz 2 am Tag nach Beendigung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse.

§ 9
Mitteilungspflichten der Krankenkassen untereinander

(1) Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest,

1. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für das Mitglied vor Beginn der Mitgliedschaft eine Familienversicherung durchgeführt wurde,
2. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für einzelne Familienangehörige vor Beginn der Familienversicherung eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung (einschließlich Angaben zur Stammversicherung) durchgeführt wurde.

(2) Bei Anfragen zur bisher zuständigen Krankenkasse ist der Vordruck nach Anlage 1 zu verwenden. Bei Sachverhalten nach Absatz 1 Nummer 1 kann die Krankenkasse anstelle eines Vordrucks nach Anlage 1, insbesondere bei Auszubildenden, die erforderlichen Daten mithilfe der Erklärung im Sinne des § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V erheben.

(3) Bei Änderung der für die Durchführung der Versicherung zuständigen Krankenkasse hat die zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung mitzuteilen, wenn

1. für das Mitglied selbst bis zur Begründung der Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse eine Familienversicherung durchgeführt wurde,
2. für den Familienangehörigen bis zur Begründung der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse eine Familienversicherung durchgeführt wurde.

Eine Mitteilung nach Satz 1 Nummer 2 ist nicht erforderlich, wenn die Familienversicherung bei der bisher zuständigen Krankenkasse aus der gleichen Stammversicherung abgeleitet wurde wie bei der zuständig gewordenen Krankenkasse. Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein Vordruck nach Anlage 3 zu verwenden.

(4) Die bisher zuständige Krankenkasse aktualisiert unverzüglich nach Eingang der Mitteilung das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) und bestätigt die Aktualisierung gegenüber der zuständig gewordenen Krankenkasse mit einem Vordruck nach Anlage 4.

(5) Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Mitteilungen nach Absatz 3 und 4 unverzüglich erfolgen.

(6) Wurde für den Familienangehörigen bis zur Begründung der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse eine Mitgliedschaft durchgeführt, hat die zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den voraussichtlichen Beginn der Familienversicherung unverzüglich mitzuteilen. Die bisher zuständige Krankenkasse teilt der zuständig gewordenen Krankenkasse den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft unverzüglich nach Erhalt der Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle mit. Für Mitteilungen nach diesem Absatz sind Vordrucke nach Anlagen 5 und 6 zu verwenden. Satz 1 gilt nicht bei Beendigung der Mitgliedschaft von Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder nach § 9 SGB V versichert waren.

(7) Ab dem 1. Januar 2014 sind die Mitteilungen nach Absatz 3, 4 und 6 ausschließlich durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erstatten. Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legt der GKV-Spitzenverband fest.

§ 10
Aufbewahrungspflichten

Die Krankenkassen haben die Meldungen der Mitglieder nach § 2 Abs. 1 bis 3 und § 9 Abs. 2 sowie die Mitteilungen der Krankenkassen nach § 9 Abs. 3, 4 und 6 sowie die Nachweise nach § 5 neun Jahre aufzubewahren. Anstelle der schriftlichen Unterlagen sind Aufbewahrungsmöglichkeiten im Sinne des § 110a SGB IV zulässig.

§ 11
Inkrafttreten

Diese Grundsätze treten am 1. Januar 2012 in Kraft.

Anhang

Anlage 1: Vordruck „Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung“
Anlage 2: Vordruck: „Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)“
Anlage 3: Vordruck: „Meldung nach § 9 Abs. 3 der neu zuständigen Krankenkasse: Mitteilung über den Beginn der Familienversicherung bzw. Mitgliedschaft“
Anlage 4: Vordruck: „Rückmeldung nach § 9 Abs. 4 der bisher zuständigen Krankenkasse: Bestätigung über die Beendigung der Familienversicherung“
Anlage 5: Vordruck: „Meldung nach § 9 Abs. 6 der neu zuständigen Krankenkasse: Anfrage zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft“
Anlage 6: Vordruck: „Rückmeldung nach § 9 Abs. 6 der bisher zuständigen Krankenkasse: Mitteilung über den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft“

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Durch Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266) wurden mit Wirkung zum 1. Januar 1993 bestimmte Meldepflichten der Versicherten und Krankenkassen zur Durchführung der Familienversicherung im Sinne des § 10 Abs. 6 SGB V eingeführt. Auf dieser Grundlage haben die (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen ein einheitliches Meldeverfahren vereinbart. Die Vereinbarung mit der Bezeichnung „Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)“ trägt das Ursprungsdatum vom 28. September 1993 und gilt aktuell in der Fassung vom 26. Oktober 2007.

Das Meldeverfahren dient dem Zweck, die vollständige Erfassung der Familienversicherten für den Risikostrukturausgleich (§§ 266 ff. SGB V) zu sichern und in diesem Zusammenhang das Versichertenverzeichnis der einzelnen Krankenkasse (§§ 288 und 289 SGB V) zeitnah zu aktualisieren, die Rückgabe der Krankenversichertenkarte bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel der Krankenkasse (§ 291 Abs. 4 SGB V) zu gewährleisten sowie die für die Vergabe der Krankenversichertennummer (§ 290 SGB V) zur Identifikation des Versicherten notwendigen Angaben zu erhalten.

Mit der Änderung des § 10 Abs. 6 SGB V durch Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) zum 1. Juli 2008 wurde die Verpflichtung zur Festlegung des Meldeverfahrens und der Meldevordrucke auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (im Folgenden: GKV-Spitzenverband) übertragen.

Auf der Grundlage dieser Ermächtigungsnorm hat der GKV-Spitzenverband die vorliegenden „Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze)“ beschlossen. Sie übernehmen weitgehend die Inhalte des aktuell geltenden Fami-Meldeverfahrens, die sich in der Praxis bewährt haben. Darüber hinaus beinhalten die Einheitlichen Grundsätze eine teilweise Ausweitung der meldepflichtigen Tatbestände in den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen untereinander und eine anderweitige Anpassung der geltenden Verfahrensregelungen, die ursächlich insbesondere auf die bei der Umsetzung des RSA-Clearingverfahrens gesammelten Erfahrungen zurückzuführen sind.

Die Vorgaben der Einheitlichen Grundsätze sind für die Krankenkassen und ihre Versicherten einschließlich Familienangehörigen verpflichtend.

B. Besonderer Teil

zu § 1 – Allgemeines

Absatz 1

Die Regelung beschreibt den sachlichen Anwendungsbereich der Grundsätze. Dieser umfasst sowohl die Inhalte als auch die verfahrenstechnischen Abläufe des Meldeverfahrens, das für eine ordnungsgemäße Durchführung der Familienversicherung notwendig ist. Obwohl sich der Wortlaut des § 10 Abs. 6 Satz 1 SGB V ausdrücklich nur auf die Meldeverpflichtungen des Mitglieds gegenüber der Krankenkasse bezieht, beinhaltet das aktuell geltende Fami-Meldeverfahren darüber hinaus bestimmte Regelungen zur Gestaltung der Mitteilungspflichten der Krankenkassen untereinander. Der Geltungsbereich des Fami-Meldeverfahrens wird insoweit unverändert durch die Einheitlichen Grundsätze übernommen.

Absatz 2

Absatz 2 greift die in § 10 Abs. 6 SGB V definierte Regelungsbefugnis des GKV-Spitzenverbandes zur Bestimmung des Meldeverfahrens zur Durchführung der Familienversicherung einschließlich der einheitlichen Vordrucke auf und bestimmt die wesentlichen Inhalte der Einheitlichen Grundsätze.

Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass die Regelungsbefugnis der Einheitlichen Grundsätze unter anderem die verwaltungstechnischen Fragen bei der Ausübung des Wahlrechts im Falle der mehrfachen Erfüllung der Voraussetzungen für die Familienversicherung umfasst. Der Regelungsbedarf resultiert aus dem Umstand, dass sich die gesetzlichen Vorgaben des § 10 Abs. 5 SGB V ausschließlich auf das eigentliche Wahlrecht des Mitglieds beschränken, obwohl für eine praktische Umsetzung des Wahlrechts eine zwischen den Krankenkassen abgestimmte Verfahrensweise zwingend erforderlich ist.

Absatz 4

Angesichts der ausdrücklichen Verpflichtung in § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V gehören die als Anlagen gestalteten einheitlichen Meldevordrucke zwingend zum Inhalt dieser Grundsätze. Der verbindliche Charakter der Vordrucke bezieht sich

auf die darin enthaltenen Mindestinhalte und schließt einen gewissen gestalterischen Spielraum der Krankenkassen nicht aus, sofern das Grundkonzept des Musterfragebogens sowie die festgeschriebenen Mindestinhalte erhalten bleiben.

zu § 2 – Meldepflichten des Mitglieds

Die Vorschrift übernimmt die wesentlichen Inhalte der Nummer 2 des aktuellen Fami-Meldeverfahrens.

Absatz 1 bis 2

Die Absätze 1 und 2 regeln im Wege einer deklaratorischen Wiedergabe der Inhalte des § 10 Abs. 6 Satz 1 SGB V die Verpflichtung des Mitglieds, alle für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben einschließlich deren Änderung an die zuständige Krankenkasse zu melden. Welche Daten für die Feststellung der Familienversicherung zu erheben sind, ergibt sich aus der Definition der materiell-rechtlichen Voraussetzungen nach § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V. Diese finden sich entsprechend wieder im Vordruck nach Anlage 1.

Ungeachtet der Tatsache, dass die Verpflichtung zur Meldung der Familienangehörigen zwecks Durchführung der Familienversicherung ausschließlich das Mitglied trifft, bleibt das Recht der Familienangehörigen, eigenständig die Feststellung der Familienversicherung durch die zuständige Krankenkasse zu beantragen, unberührt. Um eine praktische Ausübung dieses Rechts selbst ohne Mitwirkung des Mitglieds zu ermöglichen, ist im Absatz 5 eine besondere Unterschriftsregelung für getrennt lebende Familienangehörige vorgesehen.

Absatz 3

Aus dem Absatz 3 ergeben sich die Mitwirkungspflichten des Mitglieds beim Nachweis des Fortbestands der Voraussetzungen für die Familienversicherung. Die Nachweispflichten des Mitglieds lassen sich aus § 289 Satz 3 i. V. m. § 10 Abs. 6 SGB V ableiten. Darüber hinaus schreibt Absatz 3 die Verwendung der Vordrucke nach Anlage 2 zum Zwecke der regelmäßigen Überprüfung der Familienversicherung vor.

Absatz 4

Die Regelung verpflichtet die Krankenkassen, ihren Mitgliedern die notwendige Unterstützung bei der Umsetzung der Meldepflichten zu geben.

Absatz 5

Absatz 5 enthält eine wichtige Anforderung zur Wirksamkeit der verwendeten Vordrucke. Diese entfalten ihre Nachweiskraft nur dann, wenn sie vom Mitglied bzw. vom getrennt lebenden Familienangehörigen unterschrieben sind.

zu § 3 – Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

Absatz 1

Diese Vorschrift deklariert die – aus dem § 289 Satz 1 SGB V abgeleitete – Verpflichtung der Krankenkasse zur Feststellung der Familienversicherung bei deren Beginn.

Absatz 2

Absatz 2 schreibt vor, welcher Vordruck zur Feststellung der Familienversicherung zu verwendenden ist. Hierbei wird das im bisherigen Fami-Meldeverfahren eingesetzte Formular – in einer aktualisierten Form – übernommen.

Absatz 3

Sofern sich die Anspruchsberechtigung für die Familienversicherung der im Ausland wohnenden Familienangehörigen nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, ersetzt die Eintragungsmitteilung des ausländischen Wohnortträgers über den Anspruch von Familienangehörigen im Wohnstaat zulasten des deutschen Krankenversicherungsträgers den eigentlichen Prüfvorgang der zuständigen deutschen Krankenkasse. Es obliegt dem Wohnortträger, die rechtliche Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung für im Ausland wohnende Familienangehörige durchzuführen. Diese Entscheidung ist für die betroffene deutsche Krankenkasse verbindlich.

Richtet sich die Anspruchsprüfung für die im Ausland wohnenden Familienangehörigen dagegen nach dem deutschen Recht (nach den aktuellen Rechtsverhältnissen maßgeblich für Kroatien, Mazedonien und Tunesien), ist für die Feststellung der Familienversicherung der in Absatz 2 genannte Vordruck zu verwenden.

Zu § 4 - Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

Absatz 1

Die Vorschrift legt für die Krankenkassen die Verpflichtung fest, die Voraussetzungen für das Fortbestehen der Familienversicherung regelmäßig zu überprüfen. Als Regelfall ist der einjährige Prüfturnus vorgeschrieben; bei abschließend definierten Ausnahmesachverhalten kann von einer jährlichen Datenerhebung zugunsten eines dreijährigen Prüfrhythmus abgewichen werden. Inhaltlich übernimmt Absatz 1 weitgehend die entsprechenden Regelungen des bisherigen Fami-Meldeverfahrens. Ergänzend wird zur Vereinheitlichung der bisherigen Praxis klargestellt, dass bei den Sachverhalten im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V immer der einjährige Prüfturnus bei der Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung maßgeblich ist.

Absatz 2 bis 3

Es handelt sich um die Festlegung, welche Vordrucke zur Durchführung der Bestandspflege der Familienversicherung zu verwenden sind. An der bisherigen Differenzierung zwischen Erstfeststellungs- und Bestandsfragebogen wird festgehalten; die aktuell geltenden Bestandsfragebogen werden grundsätzlich übernommen und entsprechend den Erfahrungen aus der Praxis angepasst.

Für die im Ausland wohnenden Familienangehörigen werden spezielle Fragebögen eingesetzt, wenn für die Durchführung der Familienversicherung aufgrund von Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts die Rechtsvorschriften des Wohnstaates ausschlaggebend sind. Es handelt sich um die - grundsätzlich in zwei Sprachen aufgelegten - Vordrucke „FV RSA“ des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, die nicht als Bestandteil in diese Grundsätze integriert sind. Auf diesem Wege soll eine zeitnahe Anpassung der Vordrucke an die notwendigen Entwicklungen in dem über- oder zwischenstaatlichen Recht sichergestellt werden, ohne dass die Aktualisierung der Einheitlichen Grundsätze in Gänze notwendig wäre.

Inhaltlich ermöglichen die Vordrucke „FV RSA“ lediglich die Prüfung, ob die Familienangehörigen eventuell über eine vorrangige eigene Versicherung im Wohnstaat verfügen. Aus diesem Grund sind die Bestandspflegebogen „FV RSA“ grundsätzlich als Ergänzung zu den nach dem über- oder zwischenstaatlichen Recht vorgesehenen Meldepflichten des ausländischen Trägers des Wohnstaates (Stichwort „Eintragungsmitteilung“) zu verstehen. Abweichend von diesem Grundsatz ersetzt die Eintragungsmitteilung des Trägers des Wohnstaates für die Dauer des ersten bzw. der ersten drei Jahre die Meldepflicht des Mitglieds

bzw. eine Nachweisführung mit dem jeweiligen Vordruck „FV RSA“ (vgl. § 5 Abs. 7)

Zu § 5 - Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

Die Vorschrift konkretisiert, mit welchen Belegen die jeweiligen Tatbestandsmerkmale der Familienversicherung nachzuweisen sind. Soweit sich die bisherige Praxis an den aus der Nummer 4 des Fami-Meldeverfahrens resultierenden Anforderungen orientiert hat, bleiben diese unverändert. Eine inhaltlich neue Regelung wird lediglich in Absatz 5 festgehalten. Danach wird bei Namensabweichungen zwischen dem Mitglied und seinen familienversicherten Angehörigen immer eine Nachweisführung über die Personenstandsverhältnisse verlangt. Diese Verfahrensweise hat sich aufgrund von Anforderungen der Prüfdienste des Bundes und der Länder bei der Durchführung der RSA-Prüfungen im Bereich Versicherungszeiten bereits in der Praxis manifestiert. Neu ist nur, dass die beschriebene Anforderung jetzt auch ihre Konsolidierung innerhalb der Beschreibung des Meldeverfahrens im Sinne des § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V gefunden hat.

Zu § 6 - Beginn und Ende der Familienversicherung

Absatz 1 bis 2

Die Regelung übernimmt unverändert die diesbezüglichen Bestimmungen des Fami-Meldeverfahrens und stellt klar, dass sich der Beginn und das Ende der Familienversicherung ausschließlich an materiell-rechtlichen Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V orientieren und somit unabhängig von der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Meldepflichten des Mitglieds zu bestimmen sind.

Absatz 3

In dieser Vorschrift ist die Verpflichtung der Krankenkasse zu einer ordnungsgemäßen Führung eines Versichertenverzeichnisses verankert, soweit dieses die nach § 10 SGB V Versicherten erfasst.

Zu § 7 - Nachwirkung von Nachweisen

Der Regelungsinhalt der Vorschrift befasst sich mit den Folgen, die sich für die Führung des Versichertenverzeichnisses und somit für die Anerkennung der Versicherungszeiten im Verfahren zum Risikostrukturausgleich ergeben, wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht durch Vorlage der erforderlichen Belege im Rahmen der Bestandspflege nachgewiesen werden können.

Die nicht nachgewiesenen Familienversicherungszeiten werden aus dem Versichertenverzeichnis grundsätzlich gelöscht. Dem letzten Nachweis kommt jedoch eine begrenzte Nachwirkung zu, und zwar nicht allein bei fehlender Mitwirkung des Mitglieds in Form der Verletzung der Nachweispflicht, sondern im Allgemeinen. Die Dauer des Nachwirkungszeitraums ist in Anlehnung an den für den jeweiligen Personenkreis geltenden Prüfrhythmus definiert. Inhaltlich entspricht die Regelung dem bisherigen Verfahren.

Zu § 8 - Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V

Die Vorschrift beschreibt die verfahrenstechnischen Folgen bei den Fallkonstellationen, bei denen zwei bzw. ausnahmsweise mehrere Mitglieder die Familienversicherung für denselben Angehörigen beanspruchen können. Das Gesetz räumt zwar für solche Sachverhalte dem Mitglied bzw. den beteiligten Mitgliedern das materiell-rechtliche Wahlrecht ein, lässt aber offen, zu welchem Zeitpunkt sich die Ausübung des Wahlrechts auswirkt. Diese Konkretisierung wird in § 8 der Grundsätze für unterschiedliche Fallgruppen im Wege der Übernahme der bisherigen Formulierung des Fami-Meldeverfahrens vorgenommen.

Zu § 9 - Mitteilungspflichten der Krankenkassen untereinander

Die Vorschrift enthält die Grundsätze über den Inhalt der kassenseitigen Meldungen und die verfahrenstechnischen Abläufe. Das Meldeverfahren unter den gesetzlichen Krankenkassen soll erheblich dazu beitragen, zum einen eine lückenlose Erfassung der Familienversicherungszeiten im RSA-Verfahren sicherzustellen und zum anderen eine unzulässige „Doppelversicherung“ wegen der Überschneidung von Versicherungszeiten bei verschiedenen Krankenkassen für denselben Versicherten auszuschließen. Hierfür sollen insbesondere die bei der Durchführung des RSA-Clearingverfahrens für Versichertenzeiten 2008 ergründeten partiellen Lücken in dem aktuellen Fami-Meldeverfahren, die für das Zustandekommen von doppelten Versicherungszeiten hochwahrscheinlich ursächlich sind, durch die Erweiterung der meldepflichtigen Tatbestände geschlossen werden.

Absatz 1

Absatz 1 regelt die Verpflichtungen der Krankenkassen zur Ergebung solcher Daten, die für den Meldeaustausch der Krankenkassen untereinander notwendig sind; diese Aktivitäten dienen somit der Vorbereitung des Meldeverfahrens. Da das künftige Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen grundsätzlich alle Sachverhalte des Wechsels der Krankenkassenzuständigkeit umfasst, soweit die Durchführung der Familienversicherung betroffen ist, wurden die Ermittlungs-

pflichten zu der bisher zuständigen Krankenkasse und zu dem bisherigen Versichertenstatus des Betroffenen erweitert bzw. präzisiert.

Während die unter Satz 1 Nr. 1 definierte Regelung dem bisherigen Verfahren entspricht, befasst sich die Nummer 2 mit den neuen Sachverhalten. Die hiermit eingeführte Verpflichtung zur Feststellung der vorangegangenen Mitgliedschaft vor dem Beginn der Familienversicherung ist auf den neuen meldepflichtigen Tatbestand nach Absatz 6 zurückzuführen. Die Datenerhebungen zu dem bisherigen Stammversicherten dienen dazu, insbesondere bei den Sachverhalten der Ausübung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V anlässlich des Kassenwechsels eines Elternteils die grundsätzliche Notwendigkeit des Meldeaustauschs zwischen den beteiligten Krankenkassen zu prüfen und somit das Meldeverfahren nur auf die notwendigen Falluntergruppen zu beschränken.

Absatz 2

Aus dem Absatz 2 ergibt sich, welche Formulare der Datenerhebung im Sinne des Absatzes 1 dienen. Grundsätzlich werden alle für die Erstfeststellung der Familienversicherung und für die Umsetzung des Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen notwendigen Informationen mithilfe eines einheitlichen Vordrucks erhoben (vgl. Vordruck nach Anlage 1). Wegen der Erweiterung der Inhalte der Datenerhebung wurde der betroffene Vordruck entsprechend angepasst.

Sofern bei der zuständig gewordenen Krankenkasse keine Familienversicherung für Angehörige geltend gemacht wird und das Neumitglied unmittelbar davor bei der anderen Krankenkasse familienversichert war (Stichwort: „Auszubildende“), können die Angaben zu der letzten vorangegangenen Versicherung abweichend von dem vorgenannten Grundsatz mit anderen Mitteln gewonnen werden. Aus verwaltungsökonomischen Gründen bietet sich zur Erfüllung dieses Zwecks insbesondere die Nutzung der Erklärung im Sinne des § 175 Abs. 1 Satz 1 SGB V an. Der bisherige Vordruck nach Anlage 2 des Fami-Meldeverfahrens zur Feststellung der bisher zuständigen Krankenkasse bei Auszubildenden, der in der Praxis in der Regel nicht verwendet wurde, wird nicht in die Fami-Meldegrundsätze übernommen.

Absatz 3

Es handelt sich um das Kernstück der Regelung. Absatz 3 beschreibt die meldepflichtigen Tatbestände in den Rechtsbeziehungen den Krankenkassen untereinander. Satz 1 Nummer 1 übernimmt unverändert die bereits aktuell geltende Verpflichtung der Krankenkassen zur Durchführung des Meldeverfahrens

beim Krankenkassenwechsel, wenn dieser mit dem Statuswechsel vom Familienversicherten zum Mitglied einhergeht.

Satz 1 Nummer 2 definiert die Notwendigkeit des Meldeverfahrens bei den Sachverhalten, die durch einen Wechsel der zuständigen Krankenkasse bei einem unveränderten versicherungsrechtlichen Status des Familienangehörigen gekennzeichnet sind. Zu der Fragestellung, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen bei derartigen Fallkonstellationen ein Meldeverfahren durchzuführen ist, ergeben sich aus dem Fami-Meldeverfahren in der aktuell geltenden Fassung keine eindeutigen Hinweise. Infolge dessen wurde diese Regelung in der Praxis unterschiedlich verstanden und „gelebt"; die Einheitlichen Grundsätze sollen nun eine einheitliche Umsetzung sicherstellen.

Innerhalb des vorgenannten Sachverhaltes muss zwischen zwei Kategorien unterschieden werden. Sofern ein Mitglied anlässlich seines Krankenkassenwechsels die bisher aus seiner Mitgliedschaft abgeleitete Familienversicherung zur neuen Krankenkasse „mitnimmt", ist naturgemäß kein Meldeaustausch zwischen den beteiligten Krankenkassen notwendig, weil mit Ende der Mitgliedschaft automatisch die Familienversicherung der Angehörigen endet (Kategorie 1). Bei allen anderen Sachverhalten der Änderung der Krankenkassenzuständigkeit während des unverändert fortbestehenden Versichertenstatuses nach § 10 SGB V ist ein Meldeverfahren zwischen den betroffenen Krankenkassen zur Vermeidung einer Doppelversicherung zwingend erforderlich (Kategorie 2).

Um eine Zuordnung der Sachverhalte zu der Kategorie 1 oder 2 zu ermöglichen, wurde der Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung um eine Fragestellung danach erweitert, aus wessen Mitgliedschaft zuletzt die Familienversicherung der Familienangehörigen abgeleitet wurde (vgl. Begründung zu Absatz 1). Sofern das Mitglied keine Angaben zur vorangegangenen Stammversicherung macht und somit keine eindeutige Identifizierung der vorgenannten Kategorien zulässt, ist ein Meldeverfahren im Sinne des Absatzes 3 durchzuführen, um das Entstehen einer Doppelversicherung vorsorglich zu vermeiden.

Absatz 4 und 5

Die Verpflichtung der bisher zuständigen Krankenkasse zur Aktualisierung des Versichertenverzeichnisses und zur Rückmeldung an die zuständig gewordene Krankenkasse ist bereits im geltenden Recht geregelt. Die bisherigen Verfahrensabläufe einschließlich der Meldefristen und die verwendeten Vordrucke gelten insoweit inhaltlich unverändert weiter.

Absatz 6

In Absatz 6 wird ein neuer Meldetatbestand eingeführt. Betroffen sind die Sachverhalte, bei denen der Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit durch den Statuswechsel vom Mitglied zum Familienversicherten bedingt ist. In der Praxis wurde festgestellt, dass die Angaben der Versicherten zum Beginndatum der Familienversicherung häufig nicht mit der vorangegangenen Beendigung der eigenen Mitgliedschaft übereinstimmen; folglich entstehen sowohl Versicherungslücken als auch Überschneidungen von Versicherungszeiten bei unterschiedlichen Krankenkassen.

Durch die Einführung eines neuen meldepflichtigen Tatbestandes sollen die derartigen Fehlabläufe zeitnah beseitigt werden. Da die dazugehörigen Verfahrensabläufe sich von den Prozessen des Meldeverfahrens im Sinne des Absatzes 3 unterscheiden, bedarf es für die Umsetzung des neuen Meldeweges eigenständiger Vordrucke (vgl. Anlagen 5 und 6).

Das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen im Sinne des Absatzes 6 ist für solche Sachverhalte nicht geeignet, bei denen sich die Familienversicherung an die freiwillige Versicherung oder an die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V anschließt. Da die Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft nach § 9 oder § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V einer Nachweisführung über das Vorliegen einer sich anschließenden anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall – hier in Form einer Familienversicherung – bedarf (vgl. § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V, §190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V), findet zwischen den beteiligten Krankenkassen bei Abwicklung derartiger Fallkonstellationen ohnehin ein Informationsaustausch statt. Eine ergänzende Formalisierung der Informationsabläufe für solche Fälle ist daher nicht zweckmäßig.

Absatz 7

In Absatz 7 wird festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2014 das Mitteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen nur noch durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung erfolgen darf. Diese Regelung stellt eine wesentliche Verfahrensoptimierung dar, die dazu beitragen soll, die Arbeitsabläufe bei den Krankenkassen nach der Etablierung des maschinellen Meldeverfahrens sowohl zeitlich als auch kostenmäßig erheblich zu reduzieren.

Zu § 10 – Aufbewahrungspflichten

Die Vorschrift zu den Aufbewahrungsfristen für Nachweise im Rahmen der Familienversicherung ist im Kern inhaltlich unverändert dem aktuell geltenden Fami-Meldeverfahren entnommen. Die Dauer der Aufbewahrungsfrist von neun Jahren ist in Anlehnung an § 3 Abs. 7 Satz 1 RSAV definiert.

Zu § 11 - Inkrafttreten

Die Grundsätze treten nach der Beschlussfassung durch den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes am 1. Januar 2012 in Kraft.

Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)

In der Fassung vom 26. Oktober 2007

- Anlagen hier nicht wiedergegeben -

Redaktionelle Inhaltsübersicht **Abschnitt**

Grundsatz	1
Meldepflichten des Mitglieds/Familienversicherten	2
Feststellung und Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung	3
Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung	4
Beginn und Ende der Familienversicherung	5
Nachwirkung von Nachweisen	6
Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V	7
Mitteilungspflichten der Krankenkasse	8
Aufbewahrungspflichten	9
In-Kraft-Treten	10
Übersicht über die Anlagen 1 - 5	Anhang

Abschnitt 1 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Grundsatz Meldeverfahren dient dem Zweck,

- die Ausübung des Wahlrechts des Mitglieds bei mehrfach begründbaren Familienversicherungen (§ 10 Abs. 5 SGB V) nach einheitlichen und verbindlichen Kriterien sicherzustellen,
- die vollständige Erfassung der Familienversicherten für den Risikostrukturausgleich (§§ 266 ff. SGB V) zu sichern und in diesem Zusammenhang
- das Versichertenverzeichnis der einzelnen Krankenkasse (§§ 288 und 289 SGB V) zeitnah zu aktualisieren,
- die Rückgabe der Krankenversichertenkarte bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel der Krankenkasse (§ 291 Abs. 4 SGB V) zu gewährleisten sowie die für die Vergabe der Krankenversichertennummer (§ 290 SGB V) zur Identifikation des Versicherten notwendigen Angaben zu erhalten.

Die Anlagen 1 bis 5 sind Bestandteil des Meldeverfahrens und von den Mitgliedern/Familienversicherten und den Krankenkassen zu verwenden

Abschnitt 2 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Meldepflichten des Mitglieds/Familienversicherten

2.1
Das Mitglied hat seine Angehörigen, soweit für sie eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 bis 4 SGB V in Betracht kommt, mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben unverzüglich mit einem Vordruck nach Anlage 1 an die Krankenkasse zu melden, bei der seine Mitgliedschaft besteht.

2.2
Änderungen der nach Nummer 2.1 gemeldeten Angaben hat das Mitglied oder der Familienversicherte an die für die Durchführung der Familienversicherung zuständige Krankenkasse zu melden.

2.3
Das Mitglied oder seine Angehörigen haben den Fortbestand der Familienversicherung auf Verlangen der Krankenkasse mit einem Vordruck nach Anlage 3 nachzuweisen.

2.4
Bei der Umsetzung der Meldepflichten ist die Krankenkasse behilflich. Sie hat dem Mitglied zur Erfüllung seiner Meldepflicht nach Nummer 2.1 einen Vordruck nach Anlage 1 und zur Erfüllung der Meldepflicht nach Nummer 2.3 einen Vordruck nach Anlage 3 zur Verfügung zu stellen.

2.5
Die unter Nummer 2.4 genannten Vordrucke sind vom Mitglied zu unterschreiben. Mit seiner Unterschrift erklärt das Mitglied, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei vom Mitglied getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder vom Familienangehörigen abgegeben werden.

Abschnitt 3 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Feststellung und Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung

3.1
Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest,

3.1.1
ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung einer Familienversicherung bei ihr gegeben sind,

3.1.2
ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für das Mitglied vor Beginn der Mitgliedschaft eine Familienversicherung durchgeführt wurde.

3.2
Bei Anfragen zur Feststellung der Voraussetzungen zur Durchführung einer Familienversicherung nach Nummer 3.1.1 ist ein Vordruck nach Anlage 1 zu verwenden.

3.3
Bei Anfragen zur bisher zuständigen Krankenkasse nach Nummer 3.1.2 kann die Krankenkasse insbesondere bei Auszubildenden anstelle eines Vordrucks nach Anlage 1 einen Vordruck nach Anlage 2 zur Verfügung stellen; der Vordruck ist vom Mitglied zu unterschreiben.

3.4
Die Krankenkasse hat grundsätzlich jährlich zu überprüfen, ob und für welche Familienangehörigen des Mitglieds die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind (Bestandspflege). Von einer jährlichen Bestandspflege kann abgesehen werden, wenn eine Änderung der Verhältnisse, die zum Wegfall der Familienversicherung führen, unwahrscheinlich ist. Dies ist typischerweise anzunehmen bei:

- Kindern ohne Einkommen vor vollendetem 15. Lebensjahr,
- Kindern im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V,
- Studenten ohne Beschäftigung,
- Ehegatten ab dem vollendeten 65. Lebensjahr und
- Familienangehörigen, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

In den vorgenannten Fällen überprüft die Krankenkasse spätestens alle drei Jahre, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung bei ihr gegeben sind. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung von Kindern, deren Elternteil mit dem Mitglied verheiratet und nicht gesetzlich krankenversichert ist, sind im Sinne des Satzes 1 jährlich zu überprüfen.

3.5
Bei Anfragen zur Überprüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung nach Nummer 3.4 ist ein Vordruck nach Anlage 3 zu verwenden.

3.6
Bei Anfragen zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des zwischen- oder überstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, sollen abweichend von den Vorgaben in Nummer 3.2 und 3.5 die von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland zu diesem Zweck aufgelegten Vordrucke verwendet werden; dabei beschränken sich die Feststellungen nach Nummer 3.1 auf das Bestehen eventueller vorrangiger eigener Versicherungen der Familienangehörigen im Wohnstaat.

3.7
Bei Kenntnis des Beginns bzw. Endes der Familienversicherung berichtigen die Krankenkassen unverzüglich das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V).

Abschnitt 4 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung

"4.1
Die für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben sind vom Mitglied oder Familienangehörigen nachzuweisen. Als Nachweise kommen in Betracht

4.1.1
bei Ehegatten und Lebenspartnern nach dem LPartG eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 3,

4.1.2
bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 3,

4.1.3
bei Kindern vom vollendeten 18. bis zum 23. Lebensjahr eine Erklärung auf dem Vordruck der Anlage 1 oder Anlage 3,

4.1.4
bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, eine entsprechende Bescheinigung der Schule oder Ausbildungsstätte; die Bescheinigung ist für ein Jahr anzuerkennen, längstens jedoch bis zum Ende des Schuljahres; bei Studenten gilt die Meldung der Hochschule über die Einschreibung (§ 4 SKV-MV) als Nachweis,

4.1.5
bei Kindern vom vollendeten 23. bis zum 25. Lebensjahr, die sich zwischen zwei Ausbildungsabschnitten befinden (z. B. zwischen Abitur und Aufnahme eines Studiums), eine entsprechende Erklärung,

4.1.6
bei Kindern vom vollendeten 23. Lebensjahr, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, eine ärztliche Bestätigung über den Umfang und den Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung,

4.1.7
bei im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des zwischen- oder überstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, der unter Nummer 3.6 genannte Vordruck, sofern eine Mitteilung des ausländischen Versicherungsträgers nach Nummer 4.6 nicht vorliegt.

4.2
Bei Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus infolge Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen.

4.3
Für die Prüfung des Ausschlusses der Familienversicherung nach § 10 Abs. 3 SGB V ist das Gesamteinkommen durch geeignete Einkommensnachweise zu belegen.

4.4
Für die Prüfung des überwiegenden Unterhalts im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind die Einnahmen durch Einkommensnachweise zu belegen. Auf Einkommensnachweise kann verzichtet werden, wenn lediglich das Mitglied Einnahmen erzielt. Satz 2 gilt entsprechend für die Nachweise über das Einkommen des Ehegatten des Mitglieds, wenn dieser ebenfalls familienversichert ist.

4.5
Bei Zweifeln, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung vorliegen, hat die Krankenkasse vom Mitglied oder Familienangehörigen weitere Nachweise anzufordern. Als weitere Nachweise kommen insbesondere Einkommensnachweise oder sonstige Bescheinigungen (z. B. Heiratsurkunde, Geburtsurkunde) in Betracht.

4.6
Bei den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des zwischen- oder überstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates richtet, ersetzt die Mitteilung des ausländischen Versicherungsträgers für den maßgebenden Zeitraum von maximal einem Jahr bzw. beim Personenkreis nach Nummer 3.4 Satz 2 ff. von maximal drei Jahren den Nachweis nach Nummer 4.1."

Abschnitt 5 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Beginn und Ende der Familienversicherung

5.1
Die Familienversicherung beginnt ungeachtet des § 19 Abs. 2 SGB V mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen. Sofern diese bereits am Tag des Beginns der Mitgliedschaft des Mitglieds, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wird, vorliegen, beginnt sie mit diesem Tag; bei Geburt eines Kindes beginnt die Familienversicherung bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen mit der Geburt.

5.2
Die Familienversicherung endet mit dem Tod oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen für die Familienversicherung entfallen, spätestens jedoch mit dem Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds.

Abschnitt 6 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Nachwirkung von Nachweisen

Sofern das Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung auf Verlangen der Krankenkasse nicht nachgewiesen wird (§ 289 Satz 3 SGB V) oder eine Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung wegen ihrer Beendigung nicht mehr in Betracht kommt, ist das Versichertenverzeichnis (§ 288 SGB V) für die nicht nachgewiesenen Familienversicherungszeiten zu berichtigen. Für die Berichtigung der Familienversicherungszeiten ist von einer Beendigung der Familienversicherung ein Jahr nach dem Zeitpunkt auszugehen, für den letztmalig die Voraussetzungen der Familienversicherung nachgewiesen bzw. festgestellt

worden sind (Nachwirkungszeitraum), es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte für eine frühere Beendigung vor; bei Personen im Sinne der Nummer 3.4 Satz 3 wird der Nachwirkungszeitraum in Anlehnung an den für sie gelten Prüfrhythmus bei der Bestandspflege auf längstens drei Jahre verlängert.

Abschnitt 7 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V

7.1
Übt das Mitglied wegen des Beginns seiner Mitgliedschaft bzw. wegen des Beginns einer Versicherung nach § 10 SGB V das Wahlrecht (§ 10 Abs. 5 SGB V) aus, beginnt die Familienversicherung mit dem Beginn der Mitgliedschaft bzw. mit der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB V.

7.2
Wird das Wahlrecht aus einem anderen als in Nummer 7.1 genannten Anlass ausgeübt, beginnt die Familienversicherung mit dem Tag des Eingangs der Wahlerklärung bei der gewählten Krankenkasse.

7.3
Für den Fall, dass das Mitglied die Krankenkasse wechselt und das Wahlrecht nach § 10 Abs. 5 SGB V für die bislang bei der bisherigen Krankenkasse versicherten Familienangehörigen nicht ausübt, beginnt die Familienversicherung bei der Krankenkasse des anderen Mitglieds, aus dessen Mitgliedschaft ebenfalls eine Familienversicherung hergeleitet werden kann, abweichend von Nummer 7.2 am Tag nach Beendigung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse.

Abschnitt 8 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Mitteilungspflichten der Krankenkasse

8.1
Wurde für das Mitglied selbst bis zur Begründung der Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse eine Familienversicherung durchgeführt, teilt die zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung mit (Meldung). Dies gilt auch, wenn eine andere Krankenkasse nach ausgeübtem Wahlrecht (§ 10 Abs. 5 SGB V) für die Durchführung der Familienversicherung zuständig wird. Für diese Mitteilung ist ein Vordruck nach Anlage 4 zu verwenden.

8.2
Die bisher zuständige Krankenkasse aktualisiert unverzüglich nach Eingang der Mitteilung das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) und bestätigt die Aktualisierung gegenüber der zuständig gewordenen Krankenkasse mit einem Vordruck nach Anlage 5 (Rückmeldung).

8.3
Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Mitteilungen nach Nummer 8.1 und 8.2 unverzüglich erfolgen.

Abschnitt 9 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)Aufbewahrungspflichten

Die Krankenkassen haben die Meldungen der Mitglieder/Familienversicherten nach Nummer 2.1, 2.2, 2.3 und 3.3 sowie die Mitteilungen der Krankenkassen nach Nummer 8.1 und 8.2 sowie die Nachweise nach Nummer 4 neun Jahre aufzubewahren und dem Bundesversicherungsamt auf dessen Aufforderung zu Prüfzwecken zur Verfügung zu stellen. Alternativ sind Aufbewahrungsmöglichkeiten nach § 36 SRVwV zulässig.

Abschnitt 10 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)In-Kraft-Treten

Dieses Meldeverfahren tritt in seiner Fassung vom 26.10.2007 am 01.01.2008 in Kraft.

Anhang 1 MeldeVf-FV(Verwaltungsvorschrift)

Anlage 1:	Vordruck "Angaben zur bisher zuständigen Krankenkasse und zur Feststellung der Familienversicherung"
Anlage 2:	Vordruck "Angaben zur bisher zuständigen Krankenkasse und zur Feststellung der Familienversicherung bei Auszubildenden"
Anlage 3:	Vordruck: "Angaben zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)"
Anlage 4:	Vordruck: "Meldung der neu zuständigen Krankenkasse"
Anlage 5:	Vordruck: "Rückmeldung der bisher zuständigen Krankenkasse"

_____
Vorname Name des Mitglieds
KV-Nummer:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

4 Ich war bisher
- ☐ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
- ☐ im Rahmen einer Familienversicherung > versichert bei _____ Name der Krankenkasse
- ☐ nicht gesetzlich krankenversichert

- Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

  ☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

- Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
  ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat
  ☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges:_____

- Beginn der Familienversicherung: _____

- Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

- Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	**Kind**	**Kind**	**Kind**
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)	☐ (m) ☐ (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	☐ (nein)	☐ (nein)	☐ (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung ○ endete am: ○ bestand bei: (Name der Krankenkasse)	....	....	....	....
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	..... (Vorname) ..... (Nachname)	..... (Vorname) ..... (Nachname)	..... (Vorname) ..... (Nachname)	..... (Vorname) ..... (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)		———	———	———

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)	.....EUR ..... (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	———	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	———	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
	Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

_____
Vorname Name des Mitglieds
KV-Nummer:

Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege)

Angaben sind erforderlich ab _____

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ihr Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet seit _____ ☐ getrennt lebend
  ☐ verwitwet ☐ geschieden seit _____
  ☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit _____
  (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert sind bzw. waren. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	**Kind**	**Kind**	**Kind**
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Versicherung bei einer anderen Krankenkasse: ○ Zeitangaben ○ Name der Krankenkasse ○ Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3) (Bitte geben Sie auch die Versicherungszeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind)	vom..... bis..... bei..... ..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung ……	vom..... bis..... bei..... ..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung ……	vom..... bis..... bei..... ..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung ……	vom..... bis..... bei..... ..... (Name der Krankenkasse) Art der Versicherung ……
***Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**				
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern noch nicht erfolgt)	_____	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit: ○ Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit ○ Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Tätigkeiten an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind. Fügen Sie bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.)	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR
Geringfügige Beschäftigung: ○ Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung ○ Bruttoarbeitsentgelt (monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR
Bezug von Arbeitslosengeld II	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)
Mehr als geringfügige Beschäftigung: ○ Zeitraum der Beschäftigung ○ Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich) (Bitte geben Sie auch die Beschäftigungen an, die in dem zu prüfenden Zeitraum bereits beendet worden sind.)	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR	vom ..... bis ....EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)	vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte) vom ..... bis ....EUR ..... (Art der Einkünfte)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
	Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Anlage 3 der Fami-Meldegrundsätze

Meldung der neu zuständigen Krankenkasse

Name (Stempel) der Krankenkasse

Unser Zeichen

Ansprechpartner

☎ .....

Ort, Datum

Mitteilung über den Beginn der Familienversicherung bzw. Mitgliedschaft
Meldung nach § 9 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die bisher bei Ihnen nach § 10 SGB V Familienversicherte(n)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversichertennummer	Anschrift

ist/sind seit dem _____ bei uns

☐ familienversichert ☐ als Mitglied versichert.

Die Familienversicherung ist somit nach § 9 Abs. 4 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung bei Ihrer Krankenkasse zu beenden. Wir bitten Sie, uns die Aktualisierung des Versichertenverzeichnisses zu bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage 4 der Fami-Meldegrundsätze

Rückmeldung der bisher zuständigen Krankenkasse

Name (Stempel) der Krankenkasse

Unser Zeichen

Ansprechpartner

☎ .....

Ort, Datum

Bestätigung über die Beendigung der Familienversicherung
Rückmeldung nach § 9 Abs. 4 der Fami-Meldegrundsätze

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versicherung des/der bisher bei uns nach § 10 SGB V Familienversicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversichertennummer	Anschrift

haben wir zum _____ beendet. Das Versichertenverzeichnis (§§ 288, 289 SGB V) wurde nach § 9 Abs. 4 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung entsprechend aktualisiert.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage 5 der Fami-Meldegrundsätze

Meldung der neu zuständigen Krankenkasse

Name (Stempel) der Krankenkasse

Unser Zeichen

Ansprechpartner

☎ .....

Ort, Datum

Anfrage zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft
Meldung nach § 9 Abs. 6 der Fami-Meldegrundsätze

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die bisher bei Ihnen als Mitglied Versicherte

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversichertennummer	Anschrift

ist voraussichtlich seit dem _____bei uns familienversichert.

Wir bitten Sie, uns nach § 9 Abs. 6 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Rückmeldung der bisher zuständigen Krankenkasse

Name (Stempel) der Krankenkasse

Unser Zeichen

Ansprechpartner

☎ .....

Ort, Datum

Mitteilung über den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft
Rückmeldung nach § 9 Abs. 6 der Fami-Meldegrundsätze

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Mitgliedschaft des/der Versicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversichertennummer	Anschrift

wurde entsprechend der Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle bei uns

zum _____ beendet.

Mit freundlichen Grüßen

erfaßt werden. In diesem Zusammenhang ist auch ein generelles Beitrittsrecht der Rentner (Rechtslage bis 31. 12. 1988) entfallen. Ein besonderes Beitrittsrecht ist für den Fall der Rückkehr in das Bundesgebiet vorgesehen (Anm. II 5), das jedoch nur besteht, wenn eine Beschäftigung (und damit nicht notwendig beitragspflichtige) innerhalb von 2 Monaten (Fristverlängerung aufgrund der Ausschußberatung, BT-Drucks. 11/3320) aufgenommen wird.

§ 91a BSHG gibt dem Sozialhilfeträger nicht das Recht, im eigenen Namen den freiwilligen Beitritt eines Hilfebedürftigen zur gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen (LSG Berlin, Urt. v. 27. 9. 1989 — L 9 Kr 38/88); nach § 11 SGB I seien Gegenstand der sozialen Rechte die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen); dazu gehörte jedoch nicht das Recht auf den Beitritt oder auf Feststellung der weiteren Zugehörigkeit zur Krankenversicherung.

Im Zusammenhang mit der Eingrenzung des Beitrittsrechts hat der Gesetzgeber eine Reihe von **Übergangsvorschriften** vorgesehen, hier vornehmlich in Art. 59 GRK. Personen, deren Versicherungspflicht aufgrund dieses Gesetzes vom 1. 1. 1989 an entfällt, sind beitrittsberechtigt, wie auch Personen, deren Anspruch auf Familienhilfe vom 1. 1. 1989 an entfällt und die von § 10 SGB V nicht erfaßt werden, ferner bestimmte Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen; zum Antragsrecht vgl. auch Anm. III unten.

§ 9 sieht bei der jeweils geforderten Anknüpfung eine **Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt** zur gesetzlichen Krankenversicherung vor. Folgende Regelungen sind getroffen:

Abs. 1 Nr. 1 erfaßt Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind. Voraussetzung ist hier eine bestimmte Vorversicherungszeit. Den typischen Fall der Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze erfaßt das Gesetz insoweit, als eine freiwillige Mitgliedschaft ohne weiteres Zutun begründet wird, wenn der Versicherte die Vorversicherungszeit erfüllt und nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse seinen Austritt erklärt. Vorversicherungszeit ist die ununterbrochene Mitgliedschaft von mindestens 12 Monaten unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung, ggf. auch eine Mitgliedschaft von 24 Monaten innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Ausscheiden.

insoweit auch verschiedene Gruppen von Betroffenen gleich (vgl. Art. 3 GG) behandelt, ohne den Sozialstaatsgrundsatz (Art. 20 GG) verletzt zu haben (Stärkung des Grundsatzes der Solidargemeinschaft durch Schaffung von Voraussetzungen für die Mitgliedschaft).

Ist die Voraussetzung für einen **Sozialleistungsanspruch** ihrerseits von einem Antrag des Berechtigten abhängig, so gilt die sich aus **§ 91a BSHG ergebende Berechtigung zur Antragstellung für diesen Antrag** nicht. Demgemäß ist ein Sozialhilfeträger nicht berechtigt, für einen Berechtigten einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung zu stellen, denn die Mitgliedschaft ist Voraussetzung für die Ansprüche nach dem SGB V. Ein Sozialhilfeträger ist nicht aufgrund des § 91a BSHG berechtigt, ein Verfahren zur Feststellung einer freiwilligen Mitgliedschaft zu betreiben (LSG Mainz, Urt. v. 5. 4. 1990 — L 5 K 12/89).

Personen, deren Versicherungspflicht ab 1. 1. 1989 nach dem SGB V entfällt, haben ein Beitrittsrecht nach Art. 59 Abs. 1 GRG.

2. Das Recht zur freiwilligen Versicherung besteht weiter, wenn die Versicherung nach **§ 10 (Familienversicherung)** erlischt. Die Regelung knüpft an § 176d RVO a. F. an. Zum Wegfall der Familienversicherung vgl. Erl. zu § 10 unten. Ehegatten sind beitrittsberechtigt, wenn sie als Überlebende oder geschiedene Ehegatten gelten und der andere Ehegatte im Zeitpunkt des Todes bzw. der rechtskräftigen Scheidung Aufhebung oder Nichtigkeitserklärung der Ehe der gesetzlichen KV als Mitglied, sei es pflicht- oder freiwillig versichert, angehört hat.

Der Beitritt ist der KK innerhalb von 3 Monaten anzuzeigen, und zwar nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes (Abs. 2 Nr. 2).

Ein **Ausnahmetatbestand** besteht für den Fall des **§ 10 Abs. 3 SGB V.** Danach sind Kinder nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer KK ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist (vgl. näher § 10 SGB V unten). Obgleich diese Kinder nicht in der Familienversicherung versi-

Für ausländische Renten zuständige Deutsche Rentenversicherungen

Vertragsland	Deutsche Rentenversicherung	Nr.
Australien	Oldenburg-Bremen	28
Belgien	Rheinland	13
Bosnien-Herzeg.	Bayern Süd	15
Bulgarien	Mitteldeutschland	08
Chile	Rheinland	13
Dänemark	Nord	26
Estland	Nord	02
Finnland	Nord	26
Frankreich	Rheinland-Pfalz	16
Griechenland	Baden-Württemberg	23
Großbritannien	Nord	19
Irland	Nord	19
Island	Westfalen	11
Israel	Rheinland	13
Italien	Schwaben	21
Japan	Braunschweig-Hannover	29
Kanada	Nord	19
Korea	Braunschweig-Hannover	29
Kroatien	Bayern Süd	15
Lettland	Nord	02
Liechtenstein	Baden-Württemberg	23
Litauen	Nord	02
Luxemburg	Rheinland-Pfalz	16
Malta	Schwaben	21
Marokko	Schwaben	21
Mazedonien	Bayern Süd	15
Niederlande	Westfalen	11
Norwegen	Nord	26
Österreich	Bayern Süd	14
Portugal	Unterfranken	20
Polen	Berlin	25
Rumänien	Unterfranken	20
Schweden	Nord	26
Schweiz	Baden-Württemberg	23
Serbien u. Monte.	Bayern Süd	15
Slowakei	Bayern Süd	15
Slowenien	Bayern Süd	15
Spanien	Rheinland	13
Tschechien	Bayern Süd	15
Tunesien	Schwaben	21
Türkei	Ober- und Mittelfranken	18
Ungarn	Mitteldeutschland	03
USA	Nord	19
Zypern	Baden-Württemberg	23

Anschrift	Telefon
Huntestraße 11, 26135 Oldenburg	0441/927-0
Königsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
Paracelsusstraße 21, 06114 Halle	0345/213-0
Königsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg	0395/370-0
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
Eichendorffstraße 4 - 6, 67346 Speyer	06232/17-0
Adalbert-Stifter-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
Gartenstraße 194, 48147 Münster	0251/238-0
Königsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
Dieselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
Kurt-Schumacher-Straße 20, 38102 Braunschweig	0531/7006-0
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
Kurt-Schumacher-Straße 20, 38102 Braunschweig	0531/7006-0
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg	0395/370-0
Adalbert-Stifter-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg	0395/370-0
Eichendorffstraße 4 - 6, 67346 Speyer	06232/17-0
Dieselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
Dieselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
Gartenstraße 94, 48147 Münster	0251/238-0
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
Thomas-Dehler-Straße 3, 81737 München	089/6781-0
Friedenstraße 14, 97070 Würzburg	0931/802-0
Knobelsdorffstraße 92, 14059 Berlin	030/3002-0
Friedenstraße 14, 97070 Würzburg	0931/802-0
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
Adalbert-Stifter-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
Königsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
Dieselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
Wittelsbacherring 11, 95444 Bayreuth	0921/607-0
Kranichfelder Straße 3, 99097 Erfurt	0361/482-0
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
Adalbert-Stifter-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0

Hans Mustermann
Musterstr.
12222 Berlin, den

M0

An
Musterkrankenkasse

Antrag auf Überprüfung derVorversicherungszeit für die KVdR

Sehr geehrte Damen und Herren,

bis zum xx.xx.xx. war ich bei Ihnen versicherungspflichtiges/freiwilliges Mitglied. Ab dem xx.xx.xx. wurde meine ...-Rente bewilligt, das Datum der Rentenantragstellung war der xx.xx.xx. Zum damaligen Zeitpunkt habe ich die Vorversicherungszeiten für die KVdR nicht erfüllt und es leider versäumt, rechtzeitig einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung zu stellen. Ich erhalte daher seit dem xx.xx.xx. Krankenhilfe vom Träger der Sozialhilfe und bin seitdem kein Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse gewesen.

Ich habe nun erfahren, dass das Bundesverfassungsgericht am 15.3.2000 in seinem Beschluss zur KVdR entschieden hat, dass die seit 1.1.1993 geltenden Zugangsvoraussetzungen zur KVdR nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sind.

Ab dem 1.4.2002 ist die Vorversicherungszeit für die KVdR daher auch erfüllt, wenn die erforderliche 9/10-Belegung durch Zeiten der freiwilligen bzw. Familienmitgliedschaft belegt sind. Ich denke, dass ich die nötigen Zeiten erfülle und bitte daher um

Überprüfung.

Ich gehe davon aus, dass bei positiver Überprüfung für mich ab dem 1.4.02 eine Pflichtversicherung in der KVdR eingetragen wird und bitte um einen entsprechenden Bescheid.

Bitte übersenden Sie eine Durchschrift des Bescheides sowie Durchschriften von ggfs. zur Entscheidung nötigem Schriftwechsel an meine(n) Sachbearbeiter(in), Frau/Herrn ..., BA xxx, zum Geschäftszeichen xxx.

Mit freundlichen Grüßen

AOK-BUNDESVERBAND, BONN

BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN

BUNDESVERBAND DER INNUNGSKRANKENKASSEN, BERGISCH GLADBACH

SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL

BUNDESKNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E. V., SIEGBURG

VERBAND DER ARBEITER-ERSATZKASSEN E. V., SIEGBURG

---

9. Dezember 1988

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG):

hier: Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften

Der Deutsche Bundestag hat am 25. November 1988 das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16. Dezember 1988 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 20. Dezember 1988 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 29. Dezember 1988, Seite 2477, veröffentlicht.

Das Gesetz tritt in seinen wesentlichen Teilen am 1. Januar 1989 in Kraft. Das betrifft auch die leistungsrechtlichen Vorschriften (§§ 10 bis 62 SGB V), die – von den Regelungen der Mutterschaftshilfe und der Sonstigen Hilfen abgesehen – an die Stelle der bisherigen Vorschriften treten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen kommentieren in diesem Rundschreiben die §§ 10 bis 62 SGB V sowie Artikel 37 des Gesetzes, der die Änderungen des Bundesversorgungsgesetzes enthält. Damit soll den Krankenkassen die Anwendung des neuen Rechtes erleichtert werden.

20 118 Ergänzt werden diese Erläuterungen durch das Rundschreiben Nr. 72/1988 der Deutschen Verbindungsstelle – Krankenversicherung-Ausland

Fallen die für die Familienversicherung zu erfüllenden Voraussetzungen innerhalb des Monats weg, endet der nachgehende Leistungsanspruch bereits zu diesem Zeitpunkt.

3.2 Ende der Familienversicherung wegen Todes des Mitglieds

Familienversicherten wird noch für längstens einen Monat nach dem Tod des Mitglieds ein Anspruch auf Leistungen eingeräumt. Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls (noch zu Lebzeiten des Mitglieds oder innerhalb der Monatsfrist des nachgehenden Anspruchs). Unerheblich ist auch, ob der Verstorbene aufgrund von Versicherungspflicht oder aufgrund einer freiwilligen Versicherung Mitglied der Krankenkasse war. Auch der auf § 19 Abs. 3 beruhende nachgehende Anspruch besteht nur solange, wie die Voraussetzungen für die Familienversicherung dem Grunde nach noch (weiter) vorliegen.

Eine Kumulation nachgehender Ansprüche für Familienangehörige nach § 19 Abs. 2 und § 19 Abs. 3 ist nicht möglich. Stirbt ein aus der Pflichtversicherung ausgeschiedenes Mitglied innerhalb der Monatsfrist des nachgehenden Anspruchs nach § 19 Abs. 2, so ist für die Beurteilung des nachgehenden Anspruchs für Familienangehörige ausschließlich § 19 Abs. 2 maßgebend. Der nachgehende Leistungsanspruch der Familienversicherten endet also auch in diesen Fällen spätestens einen Monat nach dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungspflichtige aus der Mitgliedschaft ausgeschieden ist.

4 Hinweis auf Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt

Personen, die als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können bei Erfüllung bestimmter Vorversicherungszeiten freiwillig der Versicherung beitreten (§ 9 Abs. 1 Nr. 1). Familienangehörige, deren Versicherung erlischt, haben auch ohne Erfüllung von Vorversicherungszeiten das Recht zum freiwilligen Beitritt (§ 9 Abs. 1 Nr. 2). Im Hinblick auf die zeitliche Beschränkung der Leistungsansprüche nach dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung sind die Versicherten in den einschlägigen Fällen auf die Möglichkeiten des freiwilligen Beitritts hinzuweisen, damit sie auf diesem Wege für die Zukunft weitere Leistungsansprüche sichern können. Für einen etwaigen Krankengeldanspruch ist jedoch eine mögliche Satzungsbestimmung nach § 44 Abs. 2 zu berücksichtigen.

Freiwillige Versicherung in Deutschland bei Sachverhalten mit Auslandsberührung

Staaten	Art des Systems	Auswirkungen für die Beitrittsberechtigung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung
Belgien, Estland, Frankreich, Griechenland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Schweiz , Spanien, Zypern	Versicherungssystem	Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in einem dieser Staaten ist dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in Deutschland gleichzusetzen.
Dänemark, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Malta, Norwegen, Portugal, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn	Nationaler Gesundheitsdienst	Gleichstellung des Ausscheidens aus dem auf Wohnen gegründeten System nur, wenn zum Zeitpunkt des Ausscheidens ein Tatbestand vorlag, der nach deutschem Recht grds. zur Versicherungspflicht geführt hätte.
Finnland, Schweden	Nationaler Gesundheitsdienst	Ausscheiden aus dem auf Wohnen gegründeten System wird dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung immer gleichgestellt.

In bezug auf die EWR-Staaten insgesamt - mit Ausnahme von Finnland und Schweden - ist außerdem zu beachten, daß eine freiwillige Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Ausscheiden aus einem ausländischen Krankenversicherungssystem nur dann in Betracht kommt, wenn zu irgendeinem Zeitpunkt vorher bereits einmal eine Mitgliedschaft bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse in der Bundesrepublik Deutschland bestanden hat (vgl. Rundschreiben Nr. 25/1985 - wiedergegeben in Abschnitt 5., Anhang B.).

Siehe Beispiel →

➡ Staaten auf dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien

Verlegt eine Person, die nach den Rechtsvorschriften eines dieser Staaten versichert war, den gewöhnlichen Aufenthalt in die Bundesrepublik Deutschland, kann die Versicherung nach deutschen Rechtsvorschriften freiwillig fortgesetzt werden. Hierbei steht das Ausscheiden aus einer freiwilligen Versicherung dem Ausscheiden aus einer Pflichtversicherung gleich (vgl. Artikel 13 Absatz 2 des deutsch-jugoslawischen Abkommens über Soziale Sicherheit).

= EWR - Staaten

© Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland

5. **Alphabetische Auflistung von Einkünften und deren Zuordnung nach Einnahmen zum Lebensunterhalt sowie Gesamteinkommen im Sinne der leistungsrechtlichen Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Einnahmen, die zu einer vollständigen Befreiung (VB) im Rahmen der Härtefallvorschrift des § 61 Abs. 2 Nr. 2 SGB V führen, sind entsprechend gekennzeichnet.

Einkunftsart	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt	Gesamteinkommen
Abfindung bei Beendigung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses (vgl. Ausführungen zu 1, 2.1.1)	–	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Altersmehrbedarf	§ 23 BSHG	nein	nein
Anpassungsgeld im Bergbau	APG-Richtlinien	ja	nein
Arbeitnehmersparzulage	5. VermBG	nein [§ 13 Abs. 3 des 5. VermBG]	nein *(BSG vom 22. 7. 1981 – 3RK 7/80 –, USK 81123)* [§ 13 Abs. 3 des 5. VermBG]
Arbeitseinkommen	§ 15 SGB IV	ja	ja
Arbeitsentgelt	§ 14 SGB IV in Verb. mit ArEV	ja	ja
Arbeitslosengeld	§ 100 AFG	ja	nein
Arbeitslosenhilfe – VB –	§ 134 AFG	ja	nein
Ausgleichsgeld	§§ 9, 10 FELEG	ja	nein
Ausgleichsleistungen nach dem LAG	§§ 243 ff. LAG	ja, → aber Erhöhung . . .	nein
Ausgleichsrente	§§ 32, 41, 43, 47 BVG	ja	nein
BAföG (Leistungen nach dem BAföG) – VB –	§§ 11 ff. BAföG	nein	nein
Barbetrag bei Anstaltspflege – VB –	§ 21 BSHG	ja	nein
Baukindergeld	§ 34f EStG	[richtig] nein ?	nein
Behindertenmehrbedarf	§ 24 BSHG	nein	nein
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld	§ 17 BVG	ja	nein
Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	BhV	nein	nein
Beitragszuschuß des Arbeitgebers	§ 257 SGB V	nein	nein
Beitragszuschüsse von der Rentenversicherung	§ 96c RKG, § 1304e RVO, § 83e AVG	nein	nein

Einkunftsart	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt	Gesamteinkommen
Bekleidungsgeld	§ 15 BVG (außergewöhnlicher Verschleiß an Kleidung oder Wäsche infolge anerkannter Schädigungsfolgen)	nein	nein
	§ 12 BSHG (notwendiger Lebensunterhalt)	ja	nein
Bergmannsprämie	–	ja	nein
Berufsausbildungsbeihilfe – VB –	§§ 40, 40a AFG	ja	nein
Berufsausbildungsbeihilfe für Behinderte – VB –	§ 58 AFG	ja	nein
Berufsschadensausgleich	§ 30 BVG	ja	nein
Betriebsrente – wenn Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (§ 19 EStG) (vgl. Ausführungen zu 2.1.3.1)	–	ja	ja
– wenn sonstige Einkünfte (§ 22 EStG) (vgl. Ausführungen zu 2.1.3.4)	–	ja	ja
Blindenführhund – Unterhaltungskosten	§ 14 BVG, § 67 BSHG	nein	nein
Blindenhilfe	§ 67 BSHG	nein	nein
Conterganrente	§§ 12 ff. Gesetz über die Errichtung einer Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“	nein	nein
Diätzulage	§ 23 BSHG	nein	nein
Ehegattenzuschlag	§ 33a BVG	nein	nein
Ehrensold für ehemalige Wahlbeamte	–	ja	ja
Ehrensold für Künstler sowie Zuwendungen aus Mitteln der Deutschen Künstlerhilfe, wenn es sich um Bezüge aus öffentlichen Mitteln handelt, die wegen der Bedürftigkeit des Künstlers gezahlt werden	–	ja	nein

Folgende Übersicht basiert auf einer tabellarischen Übersicht der Spitzenverbände der Krankenkassen:

Einkunftsart	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt	Gesamteinkommen
A			
Abfindung aus privater Lebensversicherung	-	ja	nein
Abfindung bei Beendigung des Arbeit- oder Dienstverhältnisses	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig (§ 52 Abs.4a EStG)
Abfindung von Versorgungsbezügen aufgrund der Beamtengesetze	§ 21 BeamtVG, §§ 28 - 35 SVG	ja	nein
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	§ 107 SGB VI	ja	nein
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	§ 80 SGB VII	ja	nein
Altersmehrbedarf	§ 30 Abs.1 Nr. 1 SGB XII	nein	nein
Altersübergangsgeld	§ 429 SGB III	ja	nein
Anpassungsgeld im Bergbau	APG-Richtlinien	ja	nein
Arbeitnehmersparzulage	5. VermBG	nein (BSG-Urteil wie Gesamteinkommen)	nein (BSG, Urteil vom 22.07.1981 – 3 RK 7/80-, USK 81123)
Arbeitseinkommen	§ 15 SGB IV	ja	ja
Arbeitsentgelt	§ 14 SGB IV i.V.m ArEV	ja	ja
Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (z.B. Ausbilder Betreuer, Erzieher, Übungsleiter oder vergleichbare Tätigkeit)	§ 14 SGB IV i.V.m § 3 Nr. 26 EStG	ja	ja, soweit streuerpflichtig (über 1.848,00 EUR jährlich)
Arbeitsförderungsgeld	§ 43 SGB IX	ja	nein
Arbeitslosenbeihilfe	§ 86a SVG	ja	nein
Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld	§§ 116 Nr. 2, 117 SGB III	ja	nein
Arbeitslosengeld II	§ 19 SGB II	ja	nein
Asylbewerberleistungsgesetz, Grundleistungen nach dem	§ 3 AsylbLG	ja	nein
Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz, Leistungen nach dem	AFBG	nein	nein
Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeiten	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Aufwendungsersatz für Betreuer	§ 1835 BGB	nein	nein
Ausbildungsbeihilfe der Telekom während eines Berufsgrundbildungsjahres	-	ja	nein
Ausbildungsgeld	§ 104 SGB III	ja	nein
Ausbildungsvergütung	BBiG	ja	ja
Ausgleichsgeld	§§ 9, 10 FELEG	ja	nein
Ausgleichsleistungen für Opfer politischer Verfolgung im	§ 8 BerRehaG	nein	nein

Beitrittsgebiet			
Ausgleichsleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz	§§ 243 ff. LAG	Ja, s.a. UH-Hilfe wg. Pflegebedürftigkeit	nein
Ausgleichsrente	§§ 32, 41, 43, 47 BVG	ja	nein
B			
BAföG	§§ 11 ff. BAföG	nein	nein
Barbetrag bei Heimunterbringung	§ 35 Abs. 2 SGB XII	ja	nein
Baukindergeld	§ 34f EStG	nein	nein
Behindertenmehrbedarf	§ 30 Abs. 4 SGB XII	nein	nein
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld	§ 17 BVG	ja	nein
Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	BhV des Bundes bzw. der Länder	nein	nein
Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Kranken- und Pflegeversicherung	§ 257 SGB V, § 61 SGB XI	nein	nein
Beitragszuschuss zum Beitrag zur Alterssicherung der Landwirte	§ 32 ALG	nein	nein
Beitragszuschüsse von der Rentenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung	§ 106 SGB VI	nein	nein
Bekleidungsgeld	§ 15 BVG, § 27 SGB XII	nein	nein
Bergmannsprämie	-	ja	nein
Berufsausbildungsbeihilfe für Behinderte	§ 100 Nr. 3 SGB III	ja	nein
Berufsausbildungsbeihilfen	§§ 59, 74 SGB III oder Landesgesetze	ja	nein
Berufsschadensausgleich	§ 30 BVG	ja	nein
Betriebshilfe	§§ 10, 36 – 39 ALG, § 26 KVLG, § 9 KVLG 1989, § 54 SGB VII	nein	nein
Betriebsrenten als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	§ 19 EStG	ja	ja
Betriebsrenten als sonstige Einkünfte	§ 22 EStG	ja	ja
Blindenführhund (Unterhaltungskosten)	§ 14 BVG, § 33 SGB V, § 72 SGB XII	nein	nein
Blindengeld	Landesgesetze	nein	nein
Blindenhilfe	§ 72 SGB XII	nein	nein
C			
Contergan-rente	§§ 12 ff. des	nein	nein

	Gesetzes über die Errichtung einer Stiftung "Hilfswerk für behinderte Kinder"		
D			
Diätzulage	§ 30 Abs. 5 SGB XII	nein	nein
E			
Ehegattenzuschlag	§§ 33a BVG	nein	nein
Ehrensold für ehemalige Wahlbeamte	-	ja	ja
Ehrensold für Künstler sowie Zuwendungen aus Mitteln der Deutschen Künstlerhilfe, wenn es sich um Bezüge aus öffentlichen Mitteln handelt, die wegen der Bedürftigkeit des Künstlers gezahlt werden	-	ja	nein
Eigenheimzulage	EigZulG	ja (vgl. Urteil des BVerwG v. 28.5.03, - 5 C 41.02)	nein
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	§§ 53 – 60 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 9.3.82, 3 RK 67/8 – USK 8258)	
Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	§ 418 SGB III	ja	nein
Eingliederungshilfe in Sonderfällen	§ 420 Abs. 1 und 2 SGB III	ja	nein
Einstiegsgeld (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbständig nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	§ 29 SGB II	nein	nein
Elterngeld (für Geburten ab 1. Januar 2007	§ 10 BEEG	ja, je Kind der den Betrag von 300 Euro, in Fällen des § 6 (2) BEEG der den Betrag von 150 Euro übersteigende Teil	
Elternrente	§ 49 BVG	ja	nein
Entlassungsgeld für Soldaten	§ 9 WSG	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Entschädigungen als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen	§ 24 Nr. 1 Buchst. a EStG	ja	ja
Entschädigungen für die Aufgabe oder Nichtausübung einer Tätigkeit	§ 24 Nr. 1 Buchst. b EStG	ja	ja
Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz	IfSG	ja	nein
Entschädigungen aufgrund des	§ 3 KgfEG	ja	nein

Gesetzes über die Entschädigung ehemaliger deutscher Kriegsgefangener			
Entschädigungsrente für Opfer des Nationalsozialismus	§§ 2, 3 ERG	nein	nein
Erstattung für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt, Leistungen für -	§ 23 Abs. 3 Nr. 2 SGB II , § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	ja	nein
Erstattung für die Wohnung, Leistung für -	§ 23 Abs. 3 Nr. 1 SGB II , § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII	ja	nein
Erziehungsbeihilfe	§ 27 BVG	ja	nein
Erziehungsgeld	§§ 1 ff. BErzGG	nein	nein
Europäischer Sozialfonds, Leistungen aus Mitteln des -	ESF-Richtlinien	ja	nein
Existenzgründungsbeihilfe (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbständig erwerbstätig nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Landesvorschriften	ja	nein
Existenzgründungszuschuss (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbständig erwerbstätig nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	§ 421l SGB III	ja	nein
F			
Fahrkostenerstattung durch Sozialleistungsträger z.B.	§ 60 SGB V	nein	nein
Familiengeld	Landesgesetze	nein	nein
Familienzuschläge		ja	ja, ausgenommen bei Anwendung des § 10 Abs.3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI
Freie Förderung	§ 10 SGB III	ja	nein
G			
Geld- und Sachbezüge für Soldaten	§ 1 Abs. 1 Satz 1 WSG	ja	nein
Geld- und Sachbezüge für Zivildienstleistende	§ 35 ZDG	ja	nein
Geldrenten und Kapitalentschädigungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts gewährt werden	§§ 15 ff. BEG	nein	nein
Gewerbebetrieb, Einkünfte aus -	-	ja	ja
Grundrente für Beschädigte	§ 31 BVG	nein (§ 62 Abs. 2 SGB V sowie BSG-Urteile vom 21.10.1980 3 RK	nein

		53/79-, 3 RK 13/80-, 3 RK 15/80, USK 80210)	
Grundrente für Hinterbliebene	§§ 40, 43, 46 BVG	Ja (BSG-Urteil vom 21.10.1980 3 RK 21/80-, USK 80198 und 9.12.1981 12 RK 29/79-, USK 81300)	nein
Grundsicherungsleistung	§ 42 SGB XII	ja	nein
H			
Härtefonds für rassisch Verfolgte nicht jüdischen Glaubens (HNG-Fonds), Leistungen aus dem -	-	nein	nein
Härteleistungen an Opfer von nationalsozialistischen Unrechtsmaßnahmen im Rahmen des allgemeinen Kriegsfolgegesetzes	AKG-Richtlinien	nein	nein
Härteleistungen an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung zur Abgeltung von Härten in Einzelfällen im Rahmen der Wiedergutmachung	Richtlinien der Bundesregierung für die Vergabe von Mitteln an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung	nein	nein
Härteleistungen für Opfer terroristischer Straftaten aus dem Bundeshaushalt		nein	nein
Haushaltshilfe	§ 10 KVLG 1989, § 38 SGB V, § 70 SGB XII	nein, Verdienstausfallerstattung	s.a. nein
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Einmalzahlung wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer -	§ 3 Abs. 3 AntiDHG	nein	nein
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer -	§ 3 Abs. 2 AntiDHG	ja, zur Hälfte	nein
Hilfe zum Lebensunterhalt	§ 27a BVG, § 19 SGB XII	ja	nein
Hilfe in anderen Lebenslagen	§§ 70-73 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 9.3.1982 3 RK 67/8 – USK 8258)	
Hilfen zur Gesundheit	§§ 47-52 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 9.3.1982 3 RK 67/8 – USK 8258)	
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	§§ 67 – 69 SGB XII	nein (BSG-Urteil vom 9.3.1982 – 3 RK 67/8 – USK 8258)	
I			

Insolvenzgeld	§ 183 SGB III	ja	nein
J			
Jobticket	-	ja, sofern kostenfreie Bereitstellung durch den Arbeitgeber	ja
Jubiläumsgeld		ja	
K			
Kapitalentschädigung für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	§ 17 StrRehaG	nein	nein
Kapitalvermögen, Einkünfte aus -	-	ja	ja
Kindererziehungsleistungen (für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind)	§§ 294, 294a SGB VI	nein	nein
Kindergartenzuschüsse	-	ja	nein
Kindergeld	§§ 62 ff. EStG, §§ 1 ff. BKGG	nein	nein
Kinderzulage	§ 217 SGB VII	nein	nein
Kinderzuschlag	§ 6a BKGG, § 33b BVG	nein	nein
Kinderzuschuss der Rentenversicherung	§ 270 SGB VI	nein	nein
Klassenfahrten, Leistungen für mehrtägige -	§ 23 Abs. 3 Nr. 3 SGB II	ja	nein
Kost und Wohnung	SachBezV	ja	ja
Krankengeld	§§ 44, 45 SGB V, §§ 12, 13 KVLG 1989	ja	nein
Krankenversicherungszuschlag	§ 13 Abs. 2a BAföG	nein	nein
Kriegsbeschädigtenrente	§ 86 Abs. 1 und 2 BVG	ja	nein
Kriegsschadenrente	§ 261 LAG	ja	nein
Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld	§§ 169 SGB, 216b III	ja	nein
L			
Land und Forstwirtschaft, Einkünfte aus -	-	ja	ja
Landeserziehungsgeld	Landesgesetze	nein	nein
Leibrente, private	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	§§ 36 ff. SGB XI, § 44 SGB VII, §§ 61, 64 SGB XII	nein	nein
M			
Mehrbedarf für voll Erwerbsgeminderte und andere	§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	nein	nein
Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt, Leitungen für -	§ 21 SGB II	nein	nein
Mehrbedarfsrente	§ 843 BGB	ja	nein
Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung	§ 94 SGB VII	nein	nein

Meisterbafög	AFBG	nein	nein
Mietzuschuss	§§ 27, 29 Abs. 1 SGB XII	Ja (BSG-Urteil vom 11.4.1984 – 12 RK 41/82, USK 84117)	nein
Mobilitätshilfen	§ 53 SGB III	ja	
Montanunion-Vertrag, Leistungen nach dem -	Art. 56 MUV	ja	nein
Mutterschaftsgeld	§ 200 RVO, § 29 KVLG, § 13 MuSchG	Ja, in den Fällen des § 8 BErzGG nur der über 300 EUR (Regelbetrag) bzw. 450 EUR (Budget) hinausgehende Betrag	nein
N			
Nutzungsvergütungen	§ 24 Nr. 3 EStG	ja	ja
Nutzungswert der Sachbezüge	§ 21 Abs. 2 EStG	Ja, in Höhe der SvEV (§ 8 Abs. 2 Satz 6 EStG)	ja, in Höhe der Sachbezugsverordnung (§ 8 Abs. 2 Satz 6 EStG)
P			
Pflege, Hilfe zur -	§ 44 SGB VII, § 61 SGB XII	nein	nein
Pflegegeld	§ 37 SGB XI, § 44 SGB VII § 35 BVG § 64 SGB XII bzw. Landesgesetze	nein	nein
Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus privaten Mitteln	-	ja	ja, soweit die steuerlich pauschal absetzbare Betriebsausgaben
Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen Mitteln	-	ja	ja, soweit die Betreuung erwerbsmäßig ausgeübt wird
Pflegeversicherungszuschlag	§ 13a BAföG	nein	nein
Pflegewohngeld	z.B. § 12 PfgNW	nein	nein
Pflegezulage	§ 35 BVG	nein	nein
Produktionsaufgabenrente	§§ 5, 6 FELEG	ja	ja, soweit steuerpflichtig
R			
Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts	§ 20 SGB II	ja	nein
Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	§§ 44, 53 SGB IX	nein, siehe jedoch „Verdienstausfallerstat-tung“	nein
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	SGB VI	ja	ja
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte	§ 56 SGB VII	ja, soweit sie den Grundrentenbetrag nach § 31 Abs. 1	nein

		BVG übersteigen	
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Hinterbliebene	§§ 65 – 67, 69 SGB VII	ja	nein
Renten aus einer Höherversicherung	§ 280 SGB VI	ja	ja
Renten aus privater Lebensversicherung oder anderen Verträgen	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Renten aus privater Unfallversicherung	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Renten aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskosten	-	ja	ja
Renten der Alterssicherung der Landwirte	ALG	ja	ja
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht	BVG und andere soziale Entschädigungsgesetze (z.B. HHG, IfSG, OEG, SVG, ZDG)	siehe Ausgleichs- bzw. Grundrente	nein
Renten von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen	-	ja	ja
Rentenabfindung	§ 107 SGB VI	ja	nein
Rentennachzahlung		ja	
Ruhegehalt	BeamtVG	ja	ja
S			
Sachbezüge	SachBezV	ja	ja
Sachschadenersatz	§ 13 SGB VII	nein	nein
Schadenersatzrente	§ 843 BGB	ja	nein
Schadenausgleich	§ 40a BVG	ja	nein
Schmerzensgeld	§ 253 Abs. 2 BGB	nein	nein
Schwangerenmehrbedarf	§ 30 Abs. 2 SGB XII	nein	nein
Schwerverletztenzulage	§ 57 SGB VII	nein	nein
Selbständige Arbeit, Einkünfte aus -	-	ja	ja
"Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit", Leistungen der Arbeitsverwaltung im Rahmen des von der Bundesregierung beschlossenen	Art. 7, § 2 der Sofortprogramm-Richtlinien	ja	nein
Sozialgeld	§ 28 SGB II	ja	nein
Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft", Leistungen der -	Gesetz zur Errichtung der Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft" vom 02.08.2000	nein	nein
Stiftung „Hilfe für NS-Verfolgte“,		nein	nein

Leistungen der Hamburger - Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen, Leistungen der -	HIV-Hilfegesetz	nein	nein
Stiftung „Mutter und Kind" - Schutz des ungeborenen Lebens", Leistungen der -	§§ 1 ff des Gesetzes zur Errichtung einer Stiftung „Mutter und Kind- Schutz des ungeborenen Lebens"	nein	nein
Stipendien		nein	nein
Streikgelder		ja	ja
Studienbeihilfe der Bundesagentur für Arbeit (BA)	Vereinbarung der BA mit ihren studierenden Mitarbeitern		
Studienbeihilfe der Telekom während eines Hochschulstudiums	Telekom-Verfügung 724.7 B 6674 vom 3.2.1993	ja	ja
T			
Tagespflege-Aufwandsentschädigung	§ 23 SGB VII	ja	nein
Tbc-Mehrbedarf	§ 30 Abs. 5 SGB XII	nein	nein
Teilarbeitslosengeld	§ 116 Nr. 2 SGB III	ja	
U			
Überbrückungsgeld	§ 38 ALG	ja	ja
Überbrückungsgeld (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbständig erwerbstätig nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	§ 57 SGB III	ja	nein
Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse	§§ 10, 11 Satzung der Seemannskasse	ja	ja
Übergangsgebührnisse nach dem Ausscheiden als Zeitsoldat	§§ 11, 11a SVG	ja	ja
Übergangsgeld	§ 160 SGB III, § 26a BVG, §§ 49 ff. SGB VII, § 20 SGB VI	ja	nein
Übergangsgelder und Übergangsbeihilfen wegen Entlassung aus einem Dienstverhältnis	§§ 62 ff. BAT, § 47 BeamtVG	ja	ja, soweit steuerpflichtig (§ 52 Abs. 4a EStG)
Unfallruhegehalt	BeamtVG	ja	nein
Unterbringungskosten im Alten- und Pflegeheimen, die von Dritten getragen werden	-	ja	nein

Unterhalt, den getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten erhalten	§§ 1361 Abs. 4, 1585 Abs. 1 BGB	ja	ja, im Falle des begrenzten Realsplittings
Unterhalt, den getrennt lebende Lebenspartner oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	§§ 12, 15 LPartG	ja	ja, im Falle des begrenzten Realsplittings
Unterhalt, den ständig im Heim lebende Ehe- bzw. Lebenspartner vom anderen Ehe- bzw. Lebenspartner erhalten	§ 1360 BGB, § 5 LPartG	ja	nein
Unterhalt, den Kinder von Dritten (z.B. von einem nicht regelmäßig mit ihnen zusammenlebenden Elternteil, vom Sozialamt, vom Jugendamt) erhalten	z.B. UVG	ja	nein
Unterhalt des Kindes oder des Jugendlichen, Leistungen zum -	§ 39 SGB VII	ja	nein
Unterhaltszahlungen, freiwillige		ja	
Unterhaltsbeihilfen	§ 26a BVG	ja	nein
Unterhaltsgeld	§ 153 SGB III a.F.	ja	nein
Unterhaltshilfe	§ 267 ff. LAG	ja	nein
Unterhaltshilfe wegen Pflegebedürftigkeit, Erhöhung der	§ 267 LAG	nein	nein
Unterhaltssicherung, Leistung zur -	§§ 5 ff. USG	ja	nein
Unterkunft und Heizung, Leistungen für	§§ 22 SGB II	ja	nein
Unterstützungsleistungen für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	§ 18 StrRehaG	nein, § 16 Abs. 4 StrRehaG	nein
V			
Veränderungsgeld der deutschen Telekom AG	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Veräußerungsleibrente auf Lebenszeit	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Verdienstausfallerstattung bei Haushaltshilfe, Mitaufnahme einer Begleitperson in das Krankenhaus, Dialyse, Organspende	-	ja	nein
Vergütung für Berufsbetreuer	§ 1836 BGB	ja	ja
Verletztengeld	§ 45 SGB VII	ja	nein
Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus -	-	ja	ja
Vermögenswirksame Leistungen	§ 14 SGB IV i.V.m. VermBG	ja	ja
Verschollenheitsrente	§ 52 BVG	ja	nein
Versorgungsbezüge als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	§ 19 EStG	ja	ja, und zwar ohne Abzug des Versorgungsfreibetrages und des Zuschlages zum

			Versorgungsfreibetrag
Versorgungsbezüge als sonstige Einkünfte	§ 22 EStG	ja	ja
Versorgungskrankengeld	§§ 16, 17 BVG	ja	nein
Vorruhestandsgeld	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
W			
Waisengeld	§ 23 BeamtVG	ja	ja
Werksrente	§§ 19, 22 EStG	ja	ja
Winterausfallgeld-Vorausleistung	§ 221 Abs. 3 SGB III	ja	ja
Wintergeld/Winterausfallgeld	§ 209 SGB III	ja	nein
Witwen-, Waisen-, Witwerbeihilfe	§ 48 BVG	ja	nein
Witwen-/Witwerrentenabfindung	§ 107 SGB VI	ja	nein
Witwengeld	§ 19 BeamtVG	ja	ja
Wohngeld	§ 3 des 2. WoGG	nein	nein
Z			
Zinsen aus Kapitalvermögen	-	ja	ja
Zinszuschüsse des Arbeitgebers zu Darlehen, die mit der Errichtung oder dem Erwerb einer eigengenutzten Wohnung des Arbeitnehmers zusammenhängen	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld, Befristeter-	§ 24 SGB II	ja	nein
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit bei einem Stundenlohn bis einschließlich 50,00 EUR	§ 3b EStG	ja	nein
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit für Besserverdienende mit einem Stundenlohn über 50,00 EUR	§ 3b EStG	ja	ja
Zuschüsse des Arbeitgebers um Mutterschaftsgeld	§ 14 MuSchG	ja	nein
Zuschüsse während der Mutterschutzfrist für Beamtinnen	§ 4a MuSchBV	ja	nein
Zuwendungen, die Arbeitnehmer anlässlich ihrer Eheschließung oder der Geburt eines Kindes von ihrem Arbeitgeber erhalten		ja	ja

V. Wahl der Krankenkasse bei mehrfacher Erfüllung der Voraussetzungen

VI. Meldepflicht des Mitglieds — Verfahrensregelung (Abs. 6)

I. Allgemeines

§ 10 gilt i.d.F. des Art. 4 Nr. 1 ASRG 1995 v. 29. 7. 1994 (BGBl. I S. 1890) m.W.v. 1. 1. 1995.

§ 10 Abs. 1 Satz 2 wird angefügt durch **Art. 4 Nr. 1 ASRG 1995 v. 29. 7. 1994** (BGBl. I S. 1890) **m.W.v. 1. 1. 1995** (vgl. unten).

Der Schutz der Familienangehörigen von Kassenmitgliedern wird nunmehr dahin geregelt, daß sie selbst Versicherte mit eigenen Rechten und Pflichten werden; die früheren Vorschriften über die Familienhilfe (vgl. Anm. I 1) entfallen (§ 205 RVO a.F.).

In **§ 10 Abs. 1 Nr. 1** wurden die Worte „Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs" durch das Wort „Inland" ersetzt durch Art. 1 Nr. 3 2. Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. 12. 1991 (BGBl. I S. 2325) m.W.v. 1. 1. 1992. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Rechtslage nach dem Beitritt (vgl. BT-Drucks. 12/1392 S. 4).

§ 10 Abs. 6 wurde angefügt durch Art. 1 Nr. 3 GStruktG vom 21. 12. 1992 (BGBl. I S. 2266) **m.W.v. 1. 1. 1993.**

In § 10 Abs. 2 Nr. 3 wurden zwischen die Wörter „Jahres" und „leisten" die Wörter „oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres" eingefügt.

durch **Art. 3 Abs. 12 Nr. 2 FÖJG vom 17. 12. 1993** (BGBl. I S. 2118) **m.W.v. 1. 9. 1993.** Mit der Regelung wird festgelegt, daß die Versicherung von Kindern in der Familienversicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres besteht, wenn diese ein freiwilliges soziales Jahr leisten (§ 10 Abs. 2 Nr. 3) (BR-Drucks. 2/93, S. 39).

Die Regelung des § 10 Abs. 6 ist mit dem Gesetzentwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes der Fraktionen der CDU/CSU, SPD

und F.D.P. vom 5. 11. 1992 (BT-Drucks. 12/3608 S. 4) aufgenommen worden. Zur Begründung wird auf folgendes hingewiesen (BT-Drucks. 12/3608 S. 76):

„Zu Nummer 3 (§ 10)

Über die Zahl ihrer Familienversicherten liegen den Krankenkassen nur unzureichende Informationen vor, weil eine An- oder Abmeldung nicht ausdrücklich gesetzlich vorgeschrieben ist und deshalb häufig nur zufällig erfolgt. Die Vorschrift regelt deshalb die Meldepflicht des Mitglieds, soweit sie für die Durchführung der Familienversicherung nach § 10 und des Risikostrukturausgleichs nach §§ 266, 267 erforderlich ist. Die Meldung umfaßt alle Angaben, die für eine Prüfung der Voraussetzungen für die Familienversicherung durch die Krankenkasse erforderlich sind. Damit wird die Versichertendatei der Krankenkasse verläßlicher und überprüfbar. Dies ist vor allem für den Risikostrukturausgleich erforderlich, der die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Anteile von Familienversicherten an den Mitgliedern zwischen den Krankenkassen ausgleicht (vgl. auch Begründung zu § 15 Abs. 6)."

Die entsprechende Ergänzung ist in der Ausschußberatung (BR-Drucks. 856/92 S. 1) beibehalten worden, u.a. mit dem Hinweis (vgl. zu Drucks. 856/92 S. 28), es handle sich um eine aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderliche Klarstellung, daß nur die zur Durchführung der Familienversicherung erforderlichen Angaben zu melden sind.

In § 10 Abs. 1 wurde folgender Satz angefügt:

„Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht."

durch Art. 4 Nr. 1 Gesetz zur Reform der agrarsozialen Sicherung (Agrarsozialreformgesetz 1995 — ASRG 1995) vom 29. 7. 1994 (BGBl. I S. 1890) **m.W.v. 1. 1. 1995**. Hierzu liegt folgende Begründung des Gesetzentwurfs (BT-Drucks. 12/5700 S. 92, zu Art. 4 Nr. 1) vor:

„Es wird klargestellt, daß die Familienversicherung von nicht hauptberuflich selbständig tätigen Ehegatten von Nebenerwerbslandwirten durch die

Gemeinschaften bezögen. Dieses gelte etwa für das Zeugnisverweigerungsrecht von Verlobten (§ 52 Abs. 1 Nr. 1 der Strafprozeßordnung, § 383 Abs. 1 Nr. 1 der Zivilprozeßordnung), die Behandlung von Verlobten als Angehörige im Verwaltungsverfahren nach § 16 Abs. 5 Nr. 1 SGB X und die Regelungen zur eheähnlichen Gemeinschaft in § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Wohngeldgesetzes, in § 137 Abs. 2a des Arbeitsförderungsgesetzes (zu dessen Verfassungsmäßigkeit Urteil vom 24. März 1988, BSGE 63, 120 = SozR 4100 § 138 Nr. 17) und in § 122 des Bundessozialhilfegesetzes. Wie sich die **eheähnliche Lebensgemeinschaft weiter entwickle und verbreite,** ob sie gesellschaftlich und rechtlich weiterhin und zunehmend akzeptiert werde und ob deswegen in Zukunft eine Gleichbehandlung mit der Ehe im vorliegenden Zusammenhang in Betracht kommen könnte, werde abzuwarten sein. Gegenwärtig scheide eine Einbeziehung von Partnern eheähnlicher Gemeinschaften jedenfalls durch die Rechtsprechung aus.

Die Rechtsstellung des mitversicherten Familienangehörigen nach der ab 1. 1. 1989 in Kraft getretenen Regelung bedingt, daß dieser auch ohne Einverständnis des Stammversicherten Rechte geltend machen kann. So kann der Angehörige auch berechtigt sein, das Bestehen seines Versicherungsverhältnisses, das vom Stammversicherten abgeleitet wird, festzustellen, wie auch der Stammversicherte ein Feststellungsinteresse haben kann, inwieweit der Familienangehörige versichert ist; in diesen Feststellungsverfahren ist jeweils die notwendige Beiladung des zugleich Betroffenen, d.h. Stammversicherten oder Angehörigen, gem. § 75 Abs. 2 SGG im sozialgerichtlichen Verfahren anzunehmen. Zur Geltendmachung solcher Ansprüche vgl. näher BSG, Urt. v. 10. 2. 1993 — 1 RK 17/91, hier auch zum Beteiligtenwechsel, zur Klageart wie auch zum Fall der Kostenerstattung).

Ein in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter ist auch nach dem seit 1989 geltenden Recht berechtigt, die Feststellung der Familienversicherung seiner Angehörigen zu betreiben (vgl. näher BSG, Urt. v. 29. 6. 1993 — 12 RK 48/91).

2. **Die Familienversicherung setzt das Bestehen eines Mitgliedsverhältnisses des Stammversicherten** voraus. Der Versicherte muß Mitglied einer gesetzlichen KV sein. Weiter müssen die personen-

beizuladen (auch zu § 10 Abs. 3 SGB V, BSG, Urt. v. 18. 3. 1999 — B 12 KR 8/98 R).

6. Stiefkinder und Enkel bei überwiegendem Unterhalt; Annahme als Kind

Als Kinder gelten auch **Stiefkinder und Enkel**. Stiefkinder sind Kinder, die zwar nicht von dem Versicherten abstammen, die aber mit dem Ehegatten des Versicherten im ersten Grade verwandt sind, ebenso, deren Ehelichkeit angefochten ist, die jedoch im Haushalt des Versicherten verbleiben (vgl. BSG, Urt. v. 14. 7. 1977 — 4 RJ 107/76 — BSGE 44, S. 147). Enkel sind Abkömmlinge zweiten Grades des Versicherten.

Voraussetzung für die Stiefkinder und Enkel ist zusätzlich, daß diese vom Versicherten überwiegend unterhalten worden sind (entsprechend der früheren Rechtslage nach § 205 Abs. 2 RVO a. F.). Überwiegend unterhalten werden die Kinder, wenn bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise tatsächlich Unterhalt geleistet wird und der Versicherte mehr als die Hälfte des Unterhalts aufbringt (BSG, Urt. v. 21. 11. 1969 — 4 RJ 110/66 — KVRS 2380/8). Die persönliche Betreuung ist entsprechend einzubeziehen (BVerfG, Beschl. v. 6. 5. 1975 — 1 BvR 332/72 — SozR 2600 § 60 RKG Nr. 1). Unterhalt sind die sächlichen und persönlichen Zuwendungen an das Kind (BSG, Urt. v. 31. 3. 1982 — 4 RJ 64/81 — SozR 1200 § 48 Nr. 5). Erfaßt werden von der Regelung auch Pflegekinder im Sinne des § 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I: Die Streitfrage im Zusammenhang mit Pflegekindern stellt sich damit nicht mehr (vgl. BSG, Urt. v. 14. 1. 1987 — 8 RK 49/85 — SozR 2200 § 205 Nr. 62, hier auch zur Berücksichtigung von Pflegekindern im Sozialrecht allgemein; als gesetzwidrig wurde eine Satzung angesehen, soweit sie die Gewährung von Leistungen der Familienhilfe für ein Pflegekind vorsah, das von seinen leiblichen, unterhaltspflichtigen Eltern noch teilweise unterhalten wurde). Es muß sich um ein Rechtsverhältnis handeln, das dem Eltern-Kind-Verhältnis ähnlich ist, und insbesondere Aufsicht, Betreuung und Erziehung des Kindes auf Dauer einschließt (vgl. BSG, Urt. v. 30. 6. 1966 — 12 RJ 162/64 — BSG 25, S. 109 mit Anm. v. Lütje in SGb 1967, S. 171). Entsprechend kann die Regelung des § 2 Abs. 1 BKGG herangezogen werden, in dem auf ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band

mit Aufnahme des Kindes in den eigenen Haushalt abgestellt wird.

In der **Krankenversicherung ist ein Stiefkind des Versicherten,** das mit ihm und seiner leiblichen Mutter in einem gemeinsamen Haushalt lebt, nicht als Pflegekind familienversichert (BSG, Urt. v. 30. 8. 1994 — 12 RK 41/92 — SozR 3-2500 § 10 Nr. 6 — NZS 1995, S. 132 — MDR 1995, S. 395 — USK 9449 — Breith. 1995, S. 840 — NDV-RD 1996, S. 55 — SozSich 1995, S. 272, auch zur Frage, wann ein Stiefkind vom Versicherten überwiegend unterhalten wird und deshalb familienversichert ist).

V. Wahl der Krankenkasse bei mehrfacher Erfüllung der Voraussetzungen

Abs. 5 regelt, **welche Krankenkasse die Versicherung des Familienangehörigen durchführt,** wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung mehrfach erfüllt werden, etwa durch Mitgliedschaft des Vaters und der Mutter (vgl. BT-Drucks. 11/2237 S. 161). Entgegen der Rechtslage bis zum 31. 12. 1988 — § 205 Abs. 4 RVO a. F. — wird nicht mehr auf die Berechtigung zum Zeitpunkt der Leistungsgewährung abgestellt; die Neuregelung trägt auch der Rechtslage Rechnung, daß ein eigener Anspruch im Rahmen der Familienversicherung entsteht. Die Mitglieder können eine der in Frage kommenden Krankenkassen selbst bestimmen. Die Entscheidung wird zu Beginn der Versicherung getroffen. Von der Anknüpfung an Regelungen des Kindergeldes wird im Interesse einer einfachen Handhabung bewußt abgesehen (vgl. BT-Drucks. 11/2237 S. 161 zu Abs. 55).

Folgendes Schreiben des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. — VdAK — vom 3. 8. 1989, zugleich im Namen der Spitzenverbände der KKen, liegt vor:

„Nach § 10 SGB V sind Kinder in der Familienversicherung versichert

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

AOK-BUNDESVERBAND, BONN

BKK-BUNDESVERBAND, ESSEN

IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH-GLADBACH

SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL

KNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E. V., SIEGBURG

AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E. V., SIEGBURG

---

8. November 2005

Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)

Mit der Aktualisierung und Neuauflage der „Richtlinien für die Beurteilung des überwiegenden Unterhalts" der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 15. September 1970 wird den Forderungen des Bundessozialgerichts aus dem Urteil vom 30. August 1994 -12 RK 41/92- (USK 9449), des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, des Bundesgesundheitsministeriums sowie der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger Rechnung getragen, dass bei der in diesem Zusammenhang vorzunehmenden Prüfung auch der Naturalunterhalt/Betreuungsunterhalt einzubeziehen ist. Die jetzige Verfahrensweise wird dieser Maßgabe vollinhaltlich gerecht, und zwar dergestalt, dass im Rahmen eines „Günstigkeitsvergleichs" zunächst eine Prüfung unter Außerachtlassung der Werte Haushaltsführung und Kinderbetreuung vorgenommen wird und für den Fall, dass hiernach keine überwiegende Unterhaltsgewährung angenommen werden kann, eine weitere Berechnung unter Einbeziehung der genannten Werte durchgeführt wird. Auf diesem Wege ist sichergestellt, dass die Interessen der Versicherten an einer beitragsfreien Familienversicherung in vollem Umfang gewürdigt werden.

Diese Richtlinien ersetzen vom 1. Januar 2006 an die bisherigen Richtlinien vom 14. März 2002.

Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)

1 Allgemeines

1.1 Die Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel von Mitgliedern der Krankenkassen und damit der Anspruch dieser Personen auf die im Rahmen der Familienversicherung zu erbringenden Leistungen ist u. a. davon abhängig, dass sie vom Mitglied überwiegend unterhalten werden (§ 10 Abs. 4 SGB V). In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt dies entsprechend für die durch die Satzung in die Familienversicherung einbezogenen sonstigen Angehörigen (§ 7 Abs. 2 KVLG 1989).

Es kommt darauf an, dass das Mitglied tatsächlich den überwiegenden Unterhalt gewährt; lediglich die Verpflichtung hierzu oder die Berechtigung, Unterhalt beanspruchen zu können, ist dagegen ohne Bedeutung.

1.2 Es ist notwendig, dass der Begriff „überwiegender Unterhalt" von den Krankenkassen einheitlich ausgelegt wird. Die folgenden Grundsätze sollen rasche und unkomplizierte Entscheidungen ermöglichen.

2 Einkommen zur Berechnung des überwiegenden Unterhalts

2.1 Einkommen zur Berechnung des überwiegenden Unterhalts sind alle Nettobezüge, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts verwendet werden können, auch wenn sie nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne der Sozialversicherung gehören.

2.2 Bezüglich der Berücksichtigung / Nichtberücksichtigung einzelner Einkunftsarten kann auf das jeweils aktuelle gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen „Einnahmen zum Lebensunterhalt" zurückgegriffen werden. Dies gilt auch für die Bewertung von einmaligen Einnahmen.

2.3 Leistungen für Kinder, wie Kindergeld, Ausbildungszulagen u. ä. sowie Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährt werden, sind bei der Ermittlung der maßgebenden Nettoeinnahmen nicht zu berücksichtigen.

2.4 Laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (vornehmlich ALG II, Sozialgeld), die im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende erbracht werden, sind bei der Feststellung des überwiegenden Unterhalts als Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts verwendet werden können, zu berücksichtigen und den einzelnen Familienangehörigen personenbezogen zuzuordnen. Laufende Leistungen, die keiner bestimmten Person zugeordnet werden können, sind ebenfalls zu berücksichtigen, wobei der den Familienangehörigen jeweils zuzurechnende Anteil ermittelt wird, indem die Leistung durch die Anzahl der Personen der Bedarfsgemeinschaft geteilt wird. Ggf. ist von den vorgenannten Leistungen das zu berücksichtigende Einkommen in Abzug zu bringen.

Die vorstehenden Grundsätze gelten ebenfalls hinsichtlich der nach dem SGB XII erbrachten Leistungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt.

2.5 Führen die unter Textziffer 4 genannten Tatbestände zu dem Ergebnis, dass eine überwiegende Unterhaltsgewährung nicht gegeben ist, sind in diesen Fällen die Werte der Haushaltsführung bzw. Kinderbetreuung (§ 1606 Abs. 3 Satz 2 BGB) in die Prüfung einzubeziehen.

3 Ermittlung des Unterhaltsbedarfs

Für die Beurteilung des überwiegenden Unterhalts ist der Unterhaltsbedarf des einzelnen Familienangehörigen festzustellen. Er richtet sich grundsätzlich nach den gesamten Einnahmen aller Familienmitglieder, unabhängig davon, welcher Betrag von den Familienmitgliedern an die gemeinsame Haushaltskasse tatsächlich abgeführt wird. Eine Differenzierung des Unterhaltsbedarfs der einzelnen Angehörigen, z. B. nach dem Lebensalter, wird nicht vorgenommen.

4 Feststellung des überwiegenden Unterhalts

4.1 Das Mitglied hat einen Angehörigen dann überwiegend unterhalten, wenn es mehr als die Hälfte von dessen Unterhaltsbedarf aus seinem Einkommen aufgebracht hat. Verfügt der Angehörige selbst über Einkünfte, so ist davon auszugehen, dass er diese bis zur Höhe seines Unterhaltsbedarfs zur Deckung seines eigenen Lebensunterhalts verwendet.

Das Mitglied leistet den überwiegenden Unterhalt eines Angehörigen nicht, wenn bereits die Hälfte des auf den Angehörigen entfallenden Unterhaltsbedarfs aus dessen Mitteln und denen anderer Familienangehöriger gedeckt ist. Es reicht für die überwiegende Unterhaltsgewährung nicht aus, dass das Mitglied bei einem Vergleich mit den Anteilen, die von den anderen Familienmitgliedern beigetragen werden, den größeren Anteil zum Unterhalt des Angehörigen beisteuert.

4.2 Angehörige, mit Ausnahme des Ehegatten sowie des Lebenspartners im Sinne des LPartG, die mit ihrem Einkommen den aus der Summe der Einkommen der Familie errechneten Unterhaltsbedarf erreichen, scheiden für die Ermittlung des überwiegenden Unterhalts aus. Entsprechendes gilt, wenn ein Angehöriger aus dem Familienverband, wenn auch nur vorübergehend - mindestens jedoch sechs Monate -, ausgeschieden ist und sein Lebensunterhalt von anderen Stellen sichergestellt wird (z. B. bei Wehrdienst, Zivildienst).

4.3 Wird eine Person neu in den Familienverbund aufgenommen (z. B. bei Geburt), ist von diesem Zeitpunkt an eine neue Feststellung des überwiegenden Unterhalts vorzunehmen.

5 Wert der Haushaltsführung und Kinderbetreuung

5.1 Bei der Beurteilung des überwiegenden Unterhalts sind nicht nur die geldwerten Einnahmen zum Lebensunterhalt, sondern grundsätzlich auch die Naturalleistungen, wie sie in Form der Haushaltsführung und Kinderbetreuung erbracht werden, zu berücksichtigen. Der Wert der Haushaltsführung und Kinderbetreuung, der zwar wegen der unterschiedlichen Aufteilung der einzelnen Leistungen auf das Mitglied und den Ehegatten bzw. den Lebenspartner im Sinne des LPartG getrennt auszuweisen ist, findet nur als Gesamtbetrag Berücksichtigung und ist dann anzusetzen, wenn dies für das Mitglied günstiger ist.

5.2 Der Wert der Haushaltsführung richtet sich nach Tabelle 21 - Sonstige nichtproduzierende Bereiche - der gemäß § 69 Abs. 2 SGB VI zu ermittelnden Durchschnittsentgelte[1].

Als Wert der Kinderbetreuung ist der Betrag zu berücksichtigen, der dem Kinderzuschuss aus der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht, er beläuft sich auf **78,11 EUR (gerundet 78,00 EUR)** monatlich[2]. Der Betrag von 78,00 EUR kann für jedes im Haushalt des Mitglieds lebende unverheiratete Kind im Sinne des § 10 Abs. 2 SGB V angesetzt werden.

Jahr	Wert der Haushaltsführung	Wert der Kinderbetreuung
1999	**2.519,00 DM**	**152,90 DM**
2000	**2.557,00 DM**	**152,90 DM**
2001	**2.585,00 DM**	**152,90 DM**
2002	**1.340,00 EUR (abgerundet)**	**78,00 EUR (abgerundet)**
2003	**1.364,00 EUR**	**78,00 EUR**
2004	**1.383,00 EUR**	**78,00 EUR**
2005	**1.398,00 EUR**	**78,00 EUR**
2006	**1.404,00 EUR**	**78,00 EUR**
2007	**1.411,00 EUR**	**78,00 EUR**

5.3 Der Gesamtbetrag der Haushaltsführung und Kinderbetreuung kann in den Fällen, in denen der Familie an Geldmitteln lediglich das Einkommen des Mitglieds zur Verfügung steht, höchstens bis zum Einkommen des Mitglieds Berücksichtigung finden.

[1] Bis zum 31.12.1991 wurde ein Wert in Höhe des durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelts der Leistungsgruppe 5 für Hauswirtschaftsangestellte nach Anlage 11 zum FRG i. V. m. Anlage 6 der jeweils maßgeblichen jährlichen Bezugsgrößenverordnung berücksichtigt. Mit dem In-Kraft-Treten des RRG zum 01.01.1992 sind diese Tabellen jedoch entfallen, so dass nunmehr auf einen vergleichbaren Wert nach den Bestimmungen des SGB VI abgestellt wird. Hierdurch ist eine jährliche Dynamisierung des anzusetzenden Wertes gewährleistet. Weiterhin sollte nach wie vor auf einen Wert aus der Sozialversicherung zurückgegriffen werden.

[2] Der Wert der Kinderbetreuung orientiert sich an der Höhe des Kinderzuschusses im Sinne des § 270 SGB VI, da die Voraussetzungen für dessen Gewährung nach den Vorgängervorschriften der §§ 1262 RVO a. F., 39 AVG a. F., 60 RKG a. F. denen für die Durchführung der Familienversicherung weitestgehend entsprachen und auch hier ein Wert aus der Sozialversicherung maßgebend sein sollte; die im Rentenrecht zu beachtenden Einschränkungen des § 270 SGB VI sind für das Ansetzen des Kinderbetreuungswerts nicht relevant.

5.4 Haben sowohl das Mitglied als auch sein Ehegatte/Lebenspartner im Sinne des LPartG Einkommen, ist der insgesamt für die Haushaltsführung und Kinderbetreuung anzusetzende Wert auf den Gesamtbetrag der von beiden Ehegatten/Lebenspartnern im Sinne des LPartG erzielten Einkünfte zu beschränken. Wenn der Wert der Dienstleistungen das Nettoeinkommen des Mitglieds bzw. den Gesamtbetrag der von beiden Ehegatten/Lebenspartnern im Sinne des LPartG erzielten Einkünfte überschreitet, verringern sich die berücksichtigungsfähigen Werte der Haushaltsführung und Kinderbetreuung anteilig um den Überschreitungsbetrag. Die Berechnung erfolgt nach folgender Formel:

$$\frac{\text{Berücksichtigungsfähiger Wert der Haushaltsführung bzw. der Kinderbetreuung} \times \text{Überschreitungsbetrag}}{\text{Nettoeinkommen des Mitglieds (und ggf. des Ehegatten bzw. Lebenspartners i. S. d. LPartG) } \textbf{zuzüglich} \text{ Überschreitungsbetrag}} = \text{Kürzungsbetrag}$$

5.5 Der Wert der Haushaltsführung und Kinderbetreuung ist mit den Bruttobeträgen bei der Prüfung des überwiegenden Unterhalts zu berücksichtigen, d. h. irgendwelche fiktiven Abgaben für Steuern und Sozialversicherungsbeiträge sind nicht in Abzug zu bringen.

		Haushaltsführung		**Kinderbetreuung**	
Zeile	**Status**	**Ehemann %**	**Ehefrau %**	**Ehemann %**	**Ehefrau %**
a	Ehemann arbeitet voll Ehefrau ist zu Hause	**10**	**90**	**10**	**90**
b	Ehemann arbeitet voll Ehefrau arbeitet halbtags	**15**	**85**	**10**	**90**
c	Ehemann arbeitet voll Ehefrau arbeitet voll	**50**	**50**	**10**	**90**
d	Ehemann arbeitet halbtags Ehefrau ist zu Hause	**20**	**80**	**20**	**80**
e	Ehemann arbeitet halbtags Ehefrau arbeitet halbtags	**20**	**80**	**20**	**80**
f	Ehemann arbeitet halbtags Ehefrau arbeitet voll	**35**	**65**	**30**	**70**
g	Ehemann ist zu Hause Ehefrau ist zu Hause	**50**	**50**	**30**	**70**
h	Ehemann ist zu Hause Ehefrau arbeitet halbtags	**40**	**60**	**40**	**60**
i	Ehemann ist zu Hause Ehefrau arbeitet voll	**60**	**40**	**50**	**50**

Übernimmt an Stelle der Ehefrau eine andere Person (nicht der Ehemann) die Haushaltsführung, so ist dieser der für die Ehefrau vorgesehene Anteil des Wertes der Haushaltsführung und der Kinderbetreuung zuzurechnen; der Anteil des Ehemannes wird weiter berücksichtigt. Sofern im Einzelfall die überwiegende Unterhaltsgewährung durch ein alleinerziehenes Mitglied zu prüfen ist, sind ebenfalls nur die Werte für die Ehefrau anzusetzen (s. Tabelle, Zeile a-c); der verbleibende prozentuale Anteil (= Ehemann) bleibt dann außer Betracht.

Die vorstehenden Ausführungen sind bei eingetragenen Lebenspartnerschaften im Sinne des LPartG analog anzuwenden.

In Einzelfällen kann sich der Wert der Haushaltsführung und Kinderbetreuung infolge besonderer Umstände (z. B. Erkrankung der Ehefrau oder des Lebenspartners im Sinne des LPartG, Witwe lebt mit Tochter in einem Haushalt) verschieben. Wird vom Mitglied geltend gemacht, dass die angesetzten Beträge für die Dienstleistungen nicht den in den vorstehenden Tabellen angegebenen Verhältnissen[3] entsprechen, sind die tatsächlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen.

6 Getrennte Haushaltsführung

6.1 Leben Angehörige, deren überwiegender Unterhalt festzustellen ist, vom Mitglied getrennt, so ist der überwiegende Unterhalt ebenfalls nur dann gewährt, wenn das Mitglied mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des jeweiligen Angehörigen trägt. Das ist der Fall, wenn das Mitglied mehr Unterhaltsmittel beiträgt als der Angehörige bereits selbst oder von anderer Seite zur Verfügung hat.

Sollte das Mitglied Unterhalt an den anderen Haushalt zahlen, so ist dieser Unterhalt gleichmäßig auf die Familienangehörigen dieses Haushaltes zu verteilen, es sei denn eine einzelne Zuordnung ist vorgegeben (z. B. durch einen Beschluss des Amtsgerichts oder dergleichen).

6.2 Bei vom Versicherten getrennt lebenden Kindern ist, wenn für die Feststellung ihres Unterhaltsbedarfs vom Versicherten keine Angaben gemacht werden können, eine überwiegende Unterhaltsgewährung durch den Versicherten grundsätzlich dann anzunehmen, wenn er nachweist, dass er seine Unterhaltsverpflichtung erfüllt.

[3] Das BSG hat mit Urteil vom 17.03.1970 -11/12 RJ 478/67- (USK 7025) entschieden, dass schematische und summarische Berechnungen der Haushaltsführung an sich unzulässig sind, aber gleichzeitig die Notwendigkeit einer Praktikabilität des Bewertungsverfahrens anerkannt, und es als sachdienlich angesehen, zu Schätzungen überzugehen bzw. Erfahrungssätze für typische Fälle zu berücksichtigen. Damit sollen zeitraubende Ermittlungen im Einzelfall vermieden, eine einheitliche Rechtsanwendung sichergestellt sowie den Bedürfnissen einer Massenverwaltung nach Verfahrensvereinfachungen Rechnung getragen werden. In einem weiteren Urteil vom 23.08.1966 -4 RJ 173/65- (USK 6640) hat sich das BSG sogar ausdrücklich für die Anwendung von Bedarfsschemata und Punktsystemen ausgesprochen. Durch die Möglichkeit, abweichende Gegebenheiten „auf Antrag" des Mitglieds zu berücksichtigen, ist auch in diesen Sachverhalten eine größtmögliche Einzelfallgerechtigkeit gewährleistet.

7 Beispiele

Beispiel 1:

Witwe mit Enkel; die Witwe (Mitglied) erzielt Einkommen; ihr Enkel hat kein Einkommen.

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	3.000,00	1.500,00	1.500,00	–
Enkel	–	1.500,00	–	1.500,00
zusammen	3.000,00	3.000,00	1.500,00	1.500,00

Unterhaltsbedarf: 3.000,00 EUR : 2 = 1.500,00 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 1.500,00 EUR : 2 = 750,00 EUR

Ergebnis und Begründung:

Das Mitglied hat seinen Enkel überwiegend (bzw. ganz) unterhalten. Der Unterhalt des Enkels wird allein vom Mitglied aufgebracht (vgl. 4.1).

Beispiel 2:

Witwe mit Enkel; die Witwe (Mitglied) sowie ihr Enkel erzielen Einkünfte.

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	900,00	600,00	300,00	–
Enkel	300,00	600,00	–	300,00
zusammen	1.200,00	1.200,00	300,00	300,00

Unterhaltsbedarf: 1.200,00 EUR : 2 = 600,00 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 600,00 EUR : 2 = 300,00 EUR

Ergebnis und Begründung:

Das Mitglied hat seinen Enkel nicht überwiegend unterhalten.

Dem Enkel stehen zur Deckung seines Unterhaltsbedarfs von 600,00 EUR aus eigenem Einkommen 300,00 EUR zur Verfügung; den Restbetrag von 300,00 EUR bringt das Mitglied auf. Da der vom Mitglied beigesteuerte Betrag nicht mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs ausmacht, hat es den überwiegenden Unterhalt seines Enkels nicht bestritten (vgl. 4.1).

Zu prüfen bleibt, ob unter Einbeziehung des Wertes der Haushaltsführung und Kinderbetreuung der überwiegende Unterhalt für das Enkelkind geleistet wird.

Dabei darf der Wert der Haushaltsführung und der Kinderbetreuung insgesamt nicht höher bewertet werden als das Nettoeinkommen des Mitglieds (vgl. 5.3 und 5.4).

Der das Nettoeinkommen des Mitglieds übersteigende Betrag (2005: 1.398,00 EUR + 78,00 EUR ./. 900,00 EUR) von 576,00 EUR vermindert dabei den anzusetzenden Wert der

⇨ Haushaltsführung von 1.398,00 EUR
um (1.398,00 EUR x 576,00 EUR : 1.476,00 EUR =) 545,56 EUR auf **852,44 EUR**

und der

⇨ Kinderbetreuung von 78,00 EUR
um (78,00 EUR x 576,00 EUR : 1.476,00 EUR =) 30,44 EUR auf **47,56 EUR**
900,00 EUR

Es ist davon auszugehen, dass das Mitglied keiner Erwerbstätigkeit nachgeht und ausschließlich von der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung lebt.

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	900,00 767,20 (Haushaltsführung 90 %) 42,80 (Kinderbetreuung 90 %)	1.005,00	705,00	–
Enkel	300,00	1.005,00	–	705,00
Zusammen	2.010,00	2.010,00	705,00	705,00

Unterhaltsbedarf: 2.010,00 EUR : 2 = 1.005,00 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 1.005,00 EUR : 2 = 502,50 EUR

Ergebnis und Begründung:

Das Mitglied hat den Enkel überwiegend unterhalten.

Beispiel 3:

Ehepaar mit einem gemeinsamen Kind; außerdem lebt im Haushalt das Stiefkind des Ehemannes (Mitgliedes); beide Ehegatten sowie das Stiefkind des Mitgliedes erzielen Einkünfte; das gemeinsame Kind hat kein Einkommen.

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	1.200,00	525,00	675,00	–
Ehefrau	600,00	525,00	75,00	–
Kind	–	525,00	–	525,00
Stiefkind des Mitgliedes	300,00	525,00	–	225,00
zusammen	2.100,00	2.100,00	750,00	750,00

Unterhaltsbedarf: 2.100,00 EUR : 4 = 525,00 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 525,00 EUR : 2 = 262,50 EUR

Ergebnis und Begründung:

Das Stiefkind des Mitgliedes bringt mindestens die Hälfte seines Unterhaltsbedarfs aus eigenen Einkünften auf; es wird deshalb vom Mitglied nicht überwiegend unterhalten (vgl. 4.1).

Zu prüfen bleibt, ob unter Einbeziehung des Wertes der Haushaltsführung und Kinderbetreuung (2005: 1.398,00 EUR bzw. 78,00 EUR) der überwiegende Unterhalt für das Stiefkind geleistet wird.

Es ist davon auszugehen, dass beide Ehepartner voll arbeiten.

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	1.200,00 699,00 (Haushaltsführung 50 %) 15,60 (Kinderbetreuung 10 %)	913,50	1.001,10	–
Ehefrau	600,00 699,00 (Haushaltsführung 50 %) 140,40 (Kinderbetreuung 90 %)	913,50	525,90	–
Kind	–	913,50	–	913,50
Stiefkind	300,00	913,50	–	613,50
zusammen	3.654,00	3.654,00	1.527,00	1.527,00

Unterhaltsbedarf: 3.654,00 EUR : 4 = 913,50 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 913,50 EUR : 2 = 456,75 EUR

Ergebnis und Begründung:

Die dem Kind und dem Stiefkind fehlenden Unterhaltsbeträge werden aus den Überschüssen des Mitglieds und seiner Ehefrau bestritten. Um festzustellen, ob der Versicherte aus seinen Einkünften mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des Stiefkindes trägt, ist sein Überschuss im Verhältnis des dem Stiefkind am Unterhaltsbedarf fehlenden Betrages aufzuteilen:

$$\frac{1.001{,}10 \text{ EUR} \times 613{,}50 \text{ EUR}}{1.527{,}00 \text{EUR}} = 402{,}21 \text{ EUR}$$

Die sich aus dem Überschuss ergebende Unterhaltsleistung der Ehefrau für das Stiefkind beträgt:

$$\frac{525{,}90 \text{ EUR} \times 613{,}50 \text{ EUR}}{1.527{,}00 \text{ EUR}} = 211{,}29 \text{ EUR}$$

Demnach bestreitet das Mitglied mit 402,21 EUR **nicht** mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des Stiefkindes in Höhe von 456,75 EUR; somit ist auch unter Einbeziehung des Wertes der Haushaltsführung und der Kinderbetreuung eine überwiegende Unterhaltsgewährung des Stiefkindes **nicht** gegeben.

Beispiel 4:

Witwe mit 2 Kindern und 1 Stiefkind; die Witwe (Mitglied) sowie die beiden Kinder und das Stiefkind erzielen Einkünfte. Das 1. Kind ist zum Grundwehrdienst einberufen; sein Lebensunterhalt wird vom Bund sichergestellt.

Personen	Einkommen EUR	Unterhaltsbedarf EUR
Mitglied	2.100,00	1.200,00
1. Kind	600,00	
2. Kind	1.300,00	1.200,00
Stiefkind des Mitgliedes	200,00	1.200,00
zusammen	3.600,00	3.600,00

Unterhaltsbedarf: 3.600,00 EUR : 3 = 1.200,00 EUR

Zwischenergebnis und Begründung:

Beide Kinder sind bei der Ermittlung des überwiegenden Unterhalts nicht zu berücksichtigen (vgl. 4.2). Das 1. Kind ist bei der Ermittlung des überwiegenden Unterhalts auszuklammern, da es aus dem Familienverband ausgeschieden ist und sein Lebensunterhalt vom Bund sichergestellt wird (vgl. 4.2). Das 2. Kind scheidet deshalb bei der Ermittlung des überwiegenden Unterhalts aus, weil sein Einkommen in Höhe von 1.300,00 EUR den aus dem Gesamteinkommen der in der Familiengemeinschaft lebenden Angehörigen festgestellten Unterhaltsbedarf von 1.200,00 EUR erreicht (vgl. 4.2).

Nachdem beide Kinder für die hier vorzunehmende Berechnung unberücksichtigt bleiben, ist von folgenden Werten auszugehen:

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	2.100,00	1.150,00	950,00	–
Stiefkind	200,00	1.150,00	–	950,00
zusammen	2.300,00	2.300,00	950,00	950,00

Unterhaltsbedarf: 2.300,00 EUR : 2 = 1.150,00 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 1.150,00 EUR : 2 = 575,00 EUR

Ergebnis und Begründung:

Das Mitglied hat sein Stiefkind überwiegend unterhalten, da es für sein Stiefkind mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs bestreitet (vgl. 4.1).

Beispiel 5:

Ehepaar mit einem gemeinsamen Kind; außerdem lebt im Haushalt das Stiefkind des Ehemannes (Mitgliedes); beide Ehegatten erhalten Arbeitslosengeld II; das gemeinsame Kind und das Stiefkind des Mitgliedes beziehen Sozialgeld; außerdem gewährt der Leistungsträger nach dem SGB II der Familie Kosten für Unterkunft und Heizung. Die einzelnen Beträge entsprechen den Angaben aus dem Berechnungsbogen, der dem Bescheid über die Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II beigefügt ist (vgl. Punkt 2.4).

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	311,00 (ALG II) 89,00 (Unterk. u. Heiz.)	288,25	111,75	–
Ehefrau	311,00 (ALG II) 89,00 (Unterk. u. Heiz.)	288,25	111,75	–
Kind	122,00 (Sozialgeld) 89,00 (Unterk. u. Heiz.)	288,25	–	77,25
Stiefkind des Mitgliedes	53,00 (Sozialgeld) 89,00 (Unterk. u. Heiz.)	288,25	–	146,25
zusammen	1.153,00	1.153,00	223,50	223,50

Unterhaltsbedarf: 1.153,00 EUR : 4 = 288,25 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 288,25 EUR : 2 = 144,13 EUR

Ergebnis und Begründung:

Das Mitglied hat sein Stiefkind nicht überwiegend unterhalten, da der Überschuss des Mitgliedes die Hälfte des Unterhaltsbedarfs unterschreitet.

Zu prüfen bliebe, ob unter Einbeziehung des Wertes der Haushaltsführung sowie der Kinderbetreuung das Mitglied den überwiegenden Unterhalt für das Stiefkind leistet (vgl. Beispiele 2 und 3).

Beispiel 6:

Ehepaar mit einem gemeinsamen Kind; außerdem lebt im Haushalt das Stiefkind des Ehemannes (Mitgliedes); beide Ehegatten erhalten neben ihrem Erwerbseinkommen noch Arbeitslosengeld II; beide Kinder erhalten wegen Einkommensanrechnung kein Sozialgeld, das Stiefkind des Mitgliedes bezieht Unterhalt; außerdem gewährt der Leistungsträger nach dem SGB II der Familie Kosten für Unterkunft und Heizung. Die einzelnen Beträge entsprechen den Angaben aus dem Berechnungsbogen, der dem Bescheid über die Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II beigefügt ist (vgl. Punkt 2.4).

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	743,67 (Netto-Erwerbseink.) 7,47 (ALG II) 158,75 (Unterk. u. Heiz.)	394,59	515,30	–
Ehefrau	320,11 (Netto-Erwerbseink.) 7,46 (ALG II) 158,75 (Unterk. u. Heiz.)	394,59	91,73	–
Kind	0,00 (Sozialgeld) 74,92 (Unterk. u. Heiz.)	394,59	–	319,67
Stiefkind des Mitgliedes	50,00 (Unterhalt) 0,00 (Sozialgeld) 57,23 (Unterk. u. Heiz.)	394,59	–	287,36
zusammen	1.578,36	1.578,36	607,03	607,03

Unterhaltsbedarf: 1.578,36 EUR : 4 = 394,59 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 394,59 EUR : 2 = 197,30 EUR

Ergebnis und Begründung:

Die dem Kind und dem Stiefkind fehlenden Unterhaltsbeträge werden aus den Überschüssen des Mitglieds und seiner Ehefrau bestritten. Um festzustellen, ob der Versicherte aus seinen Einkünften mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des Stiefkindes trägt, ist sein Überschuss im Verhältnis des dem Stiefkind am Unterhaltsbedarf fehlenden Betrages aufzuteilen:

$$\frac{515{,}30 \text{ EUR} \times 287{,}36 \text{ EUR}}{607{,}03 \text{ EUR}} = 243{,}94 \text{ EUR}$$

Die sich aus dem Überschuss ergebende Unterhaltsleistung der Ehefrau für das Stiefkind beträgt:

$$\frac{91{,}73 \text{ EUR} \times 287{,}36 \text{ EUR}}{607{,}03 \text{ EUR}} = 43{,}42 \text{ EUR}$$

Demnach bestreitet das Mitglied mit 243,94 EUR mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des Stiefkindes in Höhe von 197,30 EUR; somit ist eine überwiegende Unterhaltsgewährung für das Stiefkind gegeben.

Beispiel 7:

Der Ehemann (Mitglied) lebt getrennt von seiner Ehefrau, seinem Kind und seinem Stiefkind; alle Familienangehörigen haben eigene Einkünfte; das Mitglied zahlt an seine Angehörigen monatlich einen Betrag von 2.200,00 EUR. Eine einzelne Zuordnung des Unterhaltsbeitrages ist nicht vorgegeben (vgl. 6.1).

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Ehefrau	600,00 (eigene Einkünfte) 733,33 (Unterhaltsbeitrag)	1.200,00	133,33	
Kind	500,00 (eigene Einkünfte) 733,33 (Unterhaltsbeitrag)	1.200,00	33,33	
Stiefkind des Mitgliedes	300,00 (eigene Einkünfte) 733,33 (Unterhaltsbeitrag)	1.200,00	–	166,67
Zusammen	3.599,99	3.600,00	166,66	166,67

Unterhaltsbedarf: 3.599,99 EUR : 3 = 1.200,00 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 1.200,00 EUR : 2 = 600,00 EUR

Zwischenergebnis und Begründung:

Das Kind scheidet bei der Ermittlung des überwiegenden Unterhalts aus, weil sein Einkommen in Höhe von 1.233,33 EUR den aus dem Gesamteinkommen der in der Familiengemeinschaft lebenden Angehörigen festgestellten Unterhaltsbedarf von 1.200,00 EUR erreicht (vgl. 4.2).

Nachdem das Kind für die hier vorzunehmende Berechnung unberücksichtigt bleibt, ist von folgenden Werten auszugehen:

Personen	Einkommen EUR	Unterhalts-bedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Ehefrau	600,00 (eigene Einkünfte) 733,33 (Unterhaltsbeitrag)	1.183,33	150,00	–
Stiefkind des Mitgliedes	300,00 (eigene Einkünfte) 733,33 (Unterhaltsbeitrag)	1.183,33	–	150,00
Zusammen	2.366,66	2.366,66	150,00	150,00

Unterhaltsbedarf: 2.366,66 EUR : 2 = 1.183,33 EUR
Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 1.183,33 EUR : 2 = 591,67 EUR

Ergebnis und Begründung:

Das Mitglied hat sein Stiefkind überwiegend unterhalten. Dem Stiefkind stehen zur Deckung seines Unterhaltsbedarfs von 1.183,33 EUR aus eigenem Einkommen 300,00 EUR zur Verfügung; den Restbetrag von 883,33 EUR bringen das Mitglied und die Ehefrau gemeinsam auf. Da das Mitglied mit 733,33 EUR mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs von 591,67 EUR trägt, hat es den überwiegenden Unterhalt seines Stiefkindes bestritten.

II. Allgemeine Voraussetzungen der Familien-Versicherung

1. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland (Abs. 1 Nr. 1)

Der Familienangehörige muß seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V haben. Zum Begriff Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt vgl. § 30 SGB I. Sonderregelungen bestehen für ausländische Gebiete, soweit Sozialversicherungsabkommen diese zulassen, insbesondere EWG-VO 1408/71. Für die Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts ist auf den Mittelpunkt des Lebenskreises des Ehegatten bzw. Kindes abzustellen. Ein vorübergehender Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs ist unschädlich (vgl. BSG, Urt. v. 9. 3. 1982 — 3 RK 64/80 — BSGE 53, S. 150 — SozR 2200 § 222 Nr. 1). Vorübergehend ist regelmäßig ein Zeitraum von bis zu 6 Monaten (vgl. Spitzenverbände BKK 1978, S. 31, 33), jedoch sind die Umstände des Einzelfalles einzubeziehen. Umstritten war der gewöhnliche Aufenthalt von Asylbewerbern. Hier sieht jedoch jedenfalls für den Bereich der Familienversicherung (früher Familienkrankenhilfe) die Rechtsprechung weitgehend einen Aufenthalt mit der Folge der Anspruchsberechtigung vor (vgl. BSG, Urt. v. 28. 6. 1984 — 3 RK 27/83 — SozR 202 Nr. 56). Im übrigen ist die Rechtsprechung zur Rechtsstellung von Asylbewerbern differenziert und stellt auf den Status im Einzelfalle, insbesondere im Hinblick auf das Recht zum Verbleiben im Bundesgebiet, ab (vgl. BSG, Urt. v. 25. 6. 1987 — 11a RGg/87 — SozR 7833 § 1 Nr. 1 sowie Nachweise zu § 30 SGB I).

Abweichend von § 10 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch waren der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland auch dann versichert, wenn diese Familienangehörigen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Deutschen Demokratischen Republik einschließlich Berlin (Ost) hatten und für sie in der Krankenversicherung der Deutschen Demokratischen Republik kein Versicherungsschutz bestand (Art. 25 § 1 Abs. 2 Gesetz zu dem Vertrag vom 18. Mai 1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Repu-

blik vom 25. 6. 1990 (BGBl. II S. 518) m. W. v. 30. 6. 1990) (BT-Drucks. 11/7350 S. 43 II § 1).

Asylbewerber, deren **Aufenthalt nur zur Durchführung des Asylverfahrens** gestattet ist, können in der Krankenversicherung familienversichert sein (Fortführung von BSG vom 28. 6. 1984 — 3 RK 27/83 — BSGE 57, 93 — SozR 2200 § 205 Nr. 56; Abgrenzung zu BSG 28. 7. 1992 — 5 RJ 24/91 — BSGE 71, 78 — SozR 3-2600 § 56 Nr. 2). Die Entscheidung, ob ein Ausländer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat, ist regelmäßig vorausschauend nach den Verhältnissen verbindlich zu beurteilen, die im Zeitpunkt der Entscheidung bestehen (BSG, Urt. v. 30. 4. 1997 — 12 RK 30/96 — SozR 3-2500 § 10 Nr. 12 — BSGE 80, S. 209 — Breith 1998, S. 256 — NVwZ 1998, S. 326).

Hält sich ein Ehepaar, das zu den Bürgerkriegsflüchtlingen aus **Bosnien-Herzegowina** gehört, in der Bundesrepublik Deutschland auf und ist der Ehemann hier versicherungspflichtig beschäftigt, so ist der für die Familienversicherung der Ehefrau erforderliche Inlandsaufenthalt (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V) jedenfalls wegen der Gleichstellungsvorschriften im SozSichAbk Jugoslawien erfüllt (BSG, Urt. v. 30. 4. 1997 — 12 RK 29/96 — SozR 3-2500 § 10 Nr. 11 — Breith 1998, S. 252).

2. Nicht freiwillig versichert (Abs. 1 Nr. 2)

Der Anspruch auf Familienversicherung ist ausgeschlossen, soweit eine Mitgliedschaft des Familienangehörigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1—8, 11 oder 12 SGB V besteht. Der Familienversicherung steht damit insbesondere nicht die studentische Versicherung entgegen bzw. die an die Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt anknüpfende oder auf der Durchführung des sog. zweiten Bildungswegs beruhende Versicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 u. 10 SGB V). Besteht ein Versicherungsverhältnis aufgrund einer freiwilligen Versicherung (§ 9 SGB V), geht diese der Familienversicherung vor.

3. Nicht versicherungsfrei oder befreit (Abs. 1 Nr. 3)

Von der Familienversicherung sollen auch Familienangehörige nicht erfaßt werden, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind. Dies kann etwa bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Fall sein. Damit werden insbesondere Personen nicht erfaßt, bei denen aufgrund der Versiche-

---

Asylbewerber - Familienversicherung - Durchführung - Asylverfahren

Gericht: BSG
Datum: 30.04.1997
Aktenzeichen: 12 RK 30/96

Rechtsgrundlagen: § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V
§ 30 Abs. 3 S. 2 SGB I
§ 37 S. 1 SGB I
§ 205 Abs. 1 S. 1 RVO

Sachgebiete: Soziales - Gesetzliche Krankenversicherung - Versicherungsrecht
Verwaltungsrecht - Asylrecht

Entscheidungsform: Urteil

Vorinstanzen: SG Koblenz 19.04.1995 - S 5 K 144/94
LSG Mainz 30.05.1996 - L 5 K 60/95

Leitsatz:

Asylbewerber, deren Aufenthalt nur zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet ist, können in der Krankenversicherung familienversichert sein (Fortführung von BSG vom 28.6.1984 - 3 RK 27/83 = BSGE 57, 93 = SozR 2200 § 205 Nr 56; Abgrenzung zu BSG 28.7.1992 - 5 RJ 24/91 = BSGE 71, 78 = SozR 3-2600 § 56 Nr 2).

Entscheidung im Volltext:

Gründe

I. Streitig ist die Familienversicherung der Ehefrau des Klägers.

Der Kläger und seine Ehefrau (Beigeladene zu 1) sind Vietnamesen. Der Kläger reiste im Juni 1991, die damals noch nicht mit ihm verheiratete Beigeladene zu 1) im September 1992 in die Bundesrepublik Deutschland ein. Der Aufenthalt war beiden zunächst zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet (§ 55 des Asylverfahrensgesetzes [AsylVfG]). Am 3. Dezember 1993 heirateten der Kläger und die Beigeladene zu 1). Am 7. Juli 1994 wurde der gemeinsame Sohn geboren (Beigeladener zu 2). Der Kläger ist seit dem 2. Dezember 1994 als Asylberechtigter anerkannt. Das Asylverfahren der Beigeladenen zu 1) und 2) wird noch betrieben.

Der Kläger ist seit dem 9. März 1992 zunächst aufgrund einer Erwerbstätigkeit, später wegen Bezugs von Leistungen der Arbeitslosenversicherung in der Krankenversicherung versicherungspflichtig und Mitglied der Beklagten. Seinen Antrag, für die Beigeladene zu 1) die Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) durchzuführen, lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 29. März 1994). Den Widerspruch wies sie zurück (Widerspruchsbescheid vom 27. September 1994). Sie stellte fest, daß die Beigeladenen nicht familienversichert seien, weil sie weder ihren Wohnsitz noch ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hätten.

Der Kläger hat Klage erhoben. W ährend des Klagev erfahrens hat die Bek lagte für die Beigeladenen zu 1) und 2) die Fam ilienversicherung für die Zeit ab 7. Septem ber 1994 anerkannt und der Kläger das Anerk enntnis angenom men. Wegen der Familienversicherung für die davorliegende Zeit hat der Kläger sein Klagebegehren fortgeführt. Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben und unter Auf hebung der angefochtenen Bescheide festgestellt, daß die Beigeladene z u 1) bereits seit der Eheschließung am 3. Dezember 1993 und der Beigeladene z u 2) seit seiner Geburt am 7. Juli 1994 bei der Bek lagten nach § 10 SGB V versichert sind (Urteil vom 19. April 1995). Die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür seien erfüllt. Insbesondere habe ein gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland bestanden. Auch bei einer nur f ür die Dauer des Asylverfahrens erteilten vorübergehenden Aufenthaltsbefugnis könne ein gewöhnlicher Aufenthalt im Inland gegeben sein. D er Begriff des gewöhnlichen Aufenthaltes könne nur hinreichend unter Berück sichtigung des Zwecks des Gesetzes bestimmt werden, in welchem er gebraucht werde. Im Rahmen der Versicherung nach § 10 SGB V fehle es bei Asylbewerbern an einem gewöhnlichen Aufenthalt nur, wenn Anzeichen dafür erkennbar seien, daß lediglich m it einem vorübergehenden Verweilen im Inland zu rechnen sei. Die Berufung gegen dieses Urteil hat das Landessozialgericht (LSG) zurückgewiesen (Beschluß vom 30. Mai 1996).

Gegen diesen Beschluß richtet sich die R evision der Beklagten. Während des Revisionsverfahrens haben die Beteiligten hinsichtlich des Beigeladenen z u 2) einen Vergleich geschlossen. Im übrigen rügt die Beklagte eine Verletzung des § 136 Abs. 1 Nr. 6 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und des § 10 SGB V.

Die Beklagte beantragt,

den Beschluß des Landessoz ialgerichts Rheinland-Pfalz vom 30. Mai 1996 - L 5 K 60/95 - und das Urteil des Sozialgerichts Kcblenz vom 19. April 1995 - S. 5 K 144/94 - hinsichtlich der Beigeladenen z u 1) aufzuheben und die Klage insow eit abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält den angef ochtenen Beschluß f ür zutreffend.

Die Beigeladene z u 1) ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

II.

Die Revision der Beklagten ist nicht begründet. D as Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten gegen das der Klage stattgebende U rteil des SG zu Recht zurückgewiesen. Der Kläger als Stam mversicherter konnte die Familienversicherung der Beigeladenen z u 1) feststellen lassen und das Feststellungsverfahren für die Vergangenheit w eiterbetreiben (vgl BSGE 72, 292 = SozR 3-2500 § 10 Nr 2).

Die Beigeladene z u 1) ist nicht erst seit dem 7. September 1994 bei der Bek lagten versichert, sondern bereits seit der Eheschließung am 3. Dezember 1993. Nach § 10 Abs 1 SGB V (seit 1. Januar 1995: § 10 Abs 1 S 1 SGB V idF des Art 4 N r 1 des Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung - ASR G - vom 29. Juli 1994 - BGBl I 1890) ist der Ehegatte eines M itglieds versichert, wenn er seinen W ohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat (§ 10 Abs 1 Nr 1 SGB V) und keiner der in § 10

Abs 1 Nrn 2 bis 5 SGB V aufgeführten Ausschlußtatbestände vorliegt. Letzteres war bei der Beigeladenen zu 1) nicht der Fall. Dies hat das Landessozialgericht (LSG) in seinem Beschluß durch die nach § 153 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Bezugnahme auf das Urteil des SG festgestellt.

Die Beigeladene zu 1) hatte bereits am 3. Dezember 1993 ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland. § 30 Abs 3 S 2 SGB I bestimmt, daß jemand den gewöhnlichen Aufenthalt dort hat, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, daß er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Diese Vorschrift gilt nach § 37 S 1 Halbs 1 SGB I auch für das SGB V, soweit sich aus dessen Vorschriften nichts Abweichendes ergibt. Die Beigeladene zu 1) hatte jedenfalls am 3. Dezember 1993 ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland. Sie hält sich seit September 1992 als Asylbewerberin in Deutschland auf. Nach den Feststellungen des Landessozialgericht (LSG) waren im Zeitpunkt der Heirat Anhaltspunkte für ein nur kurzes Verweilen der Beigeladenen zu 1) im Inland nicht erkennbar. Ihr Aufenthalt war wegen der Dauer des Asylverfahrens auf unbestimmte Zeit ausgerichtet. Die tatsächlichen Voraussetzungen für die Annahme, daß die Beigeladene zu 1) im Inland nicht nur vorübergehend verweilen werde, sind damit hinreichend festgestellt. Die Beklagte hat weder vor dem SG noch vor dem Landessozialgericht (LSG) Bedenken gegen die Annahmen der Gerichte geltend gemacht und im Revisionsverfahren die tatsächlichen Feststellungen nicht angegriffen.

Die Rüge der Beklagten, das Urteil des Landessozialgericht (LSG) enthalte keine hinreichenden Entscheidungsgründe, ist unbegründet (von der weiteren Darstellung wird abgesehen)...

Die Vordergerichte haben zu Recht angenommen, die Beigeladene zu 1) habe den gewöhnlichen Aufenthalt iS des § 10 Abs 1 Nr 1 SGB V im Inland gehabt, obwohl ihr Aufenthalt seit der Einreise und über den September 1994 hinaus nur zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet (§ 55 AsylVfG) und nicht rechtlich beständig war, etwa in dem Sinne, daß sie eine Aufenthaltserlaubnis (§ 15 AuslG) oder eine Aufenthaltsberechtigung (§ 27 AuslG) besaß.

Die Rechtsprechung hat den Anspruch auf Familienhilfe nach § 205 RVO, der nach dessen Abs 1 S 1 Halbs 1 von einem gewöhnlichen Aufenthalt des Angehörigen im Geltungsbereich der Reichsversicherungsordnung (RVO) abhing, bejaht, wenn sowohl der Aufenthalt des Mitglieds (Stammversicherten) als auch der des Angehörigen nach § 19 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) vom 16. Juli 1982 (BGBl I 946 - Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) aF) nur zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet war (BSGE 57, 93 = SozR 2200 § 205 Nr 56 und BSG, Urteil vom 23. Oktober 1984 - 8 RK 12/84 - USK 84135 = Inf-AuslR 1985, 77), obwohl schon nach der damaligen Rechtsprechung zum Bundeskindergeldgesetz (BKGG) solche Asylbewerber keinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland iS des § 1 Nr 1 Bundeskindergeldgesetz (BKGG) hatten. Das BSG ist davon ausgegangen, die Definition des gewöhnlichen Aufenthalts in § 30 Abs 3 S 2 SGB I habe an der herkömmlichen Auslegung von "sich gewöhnlich aufhalten" in § 205 Abs 1 S 1 Halbs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) nichts geändert. Wegen des Zwecks der Familienhilfe sei in § 205 Reichsversicherungsordnung (RVO) nicht das gleiche Verständnis des Begriffs geboten, wie es schon damals für § 1 Nr 1 Bundeskindergeldgesetz (BKGG) zugrunde gelegt wurde (vgl BSGE 57, 93 = SozR 2200 § 205 Nr 56 in Abgrenzung zur Rechtsprechung zum Bundeskindergeldgesetz (BKGG) in BSGE 49, 254 = SozR 5870 § 1 Nr 6 und BSGE 53, 294 = SozR 5870 § 1 Nr 10).

Der Senat hält an der Rechtsprechung zu § 205 Abs 1 S 1 Halbs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) für das Verständnis des gewöhnlichen Aufenthalts in § 10 Abs 1 Nr 1 SGB V fest. Es braucht hier nicht entschieden zu werden, ob der in § 30 Abs 3 S 2 SGB I für alle Bereiche des SGB umschriebene Begriff des gewöhnlichen Aufenthalts stets - auch ohne eine nach § 37 S 1 SGB I vorbehaltene andere Regelung - unter Beachtung des Sachbereichs verstanden werden muß, in dem er im Einzelfall anzuwenden ist. Hierfür spricht, daß bei der Auslegung des Gesetzes sein Regelungsgegenstand und der Regelungszusammenhang mitzuberücksichtigen sind. Dabei kann es dann in Abhängigkeit von dem jeweiligen Sachzusammenhang angemessen sein, den ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus zu berücksichtigen. Es kann offenbleiben, ob dabei für die Annahme, der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt eines Ausländers sei im Inland, in der Regel ein hinreichend beständiger ausländerrechtlicher Aufenthaltsstatus gefordert wird, von dem nur unter der Berücksichtigung der Zwecke eines bestimmten Gesetzes abgesehen werden kann (so in der Tendenz BSGE 67, 243 = SozR 3-7833 § 1 Nr 2) oder ob der rein vom tatsächlichen Verweilen her verstandene Begriff des gewöhnlichen Aufenthalts im Einzelfall unter der Zwecksetzung des anzuwendenden Gesetzes einschränkend ausgelegt wird (so in der Tendenz BSGE 60, 262 = SozR 1200 § 30 Nr 10).

Der gewöhnliche Aufenthalt im Inland iS des § 10 SGB V ist bei Ausländern jedenfalls dann gegeben, wenn ihr ausländerrechtlicher Aufenthaltsstatus so beständig ist, wie dies früher bei § 205 Reichsversicherungsordnung (RVO) gefordert wurde, dh wenn der Aufenthalt der Familienversicherten und des Stammversicherten ausländerrechtlich gestattet ist. Aus der Entstehungsgeschichte des SGB V ergibt sich nicht, daß mit der Änderung des Wortlauts von "sich gewöhnlich ... aufhalten" in § 205 Abs 1 S 1 Halbs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) zu "Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt" in § 10 Abs 1 Nr 1 SGB V eine Änderung des Kreises der geschützten Angehörigen beabsichtigt war (vgl BT-Drucks 11/2237 S 161 zu § 10). Es sind keine Gründe dafür erkennbar, bei der Familienversicherung von Ausländern, die tatsächlich länger im Inland bleiben werden, den gewöhnlichen Aufenthalt von einem hinreichend beständigen (zukunftsoffenen) ausländerrechtlichen Status abhängig zu machen. Da Ausländer, die mit einem inländischen Staatsangehörigen verheiratet sind, nach § 23 Abs 1 Nr 1 Ausländergesetz (AuslG) ohnehin einen Anspruch auf eine Aufenthaltserlaubnis haben, tritt die Frage, ob ein bestimmter ausländerrechtlicher Aufenthaltsstatus für die Familienversicherung notwendig ist, nur für Ausländer wie die Beigeladene zu 1) auf, die die Familienversicherung von einem ausländischen Mitglied (Stammversicherten) ableiten. Bei Ausländern ist der Zugang zur Familienversicherung neben dem tatsächlichen Aufenthalt von Voraussetzungen abhängig, die einem beständigen ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus vergleichbar sind. Die Familienversicherung als abgeleitete Versicherung besteht nur, wenn der Stammversicherte nach § 5 oder § 9 SGB V versichert ist. Ausländer haben aus eigenem Recht und damit als Stammversicherte Zugang zur KV in der Regel nur nach § 5 Abs 1 Nr 1 SGB V, dh aufgrund einer abhängigen Beschäftigung. Diese Beschäftigung wiederum dürfen Ausländer, sofern sie nicht aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union kommen, nur aufgrund einer Arbeitserlaubnis aufnehmen (§ 19 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) iVm der AEVO). Versicherungspflicht und der durch sie vermittelte Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen KV besteht zwar für jeden, der im Inland abhängig beschäftigt ist (§ 3 Nr 1 SGB IV), unabhängig davon, ob er hier einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Wegen der für die Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung notwendigen Arbeitserlaubnis wird aber im Inland beschäftigt in der Regel nur ein Ausländer sein, der hier entweder seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt jedenfalls in dem Sinne hat, daß er sich für

Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten (Ausschuß für Gesundheit - 12. Wahlperiode - Ausschußdrucks 0851). Dieser Änderungsantrag kann als Änderung des bestehenden Rechtszustandes iS einer Erschwerung des Zugangs zur Familienversicherung verstanden werden. Er ist jedoch nicht Gesetz geworden.

Der Senat weicht mit seiner Entscheidung nicht iS des § 42 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von den Entscheidungen des BSG zum gewöhnlichen Aufenthalt im Bereich des BKGG, des Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG) und des SGB VI ab. Für diese Sozialrechtsbereiche ist unter Hinweis auf den jeweiligen Sachzusammenhang wiederholt entschieden worden, ein Ausländer habe seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland unabhängig von der voraussichtlichen und beabsichtigten Dauer des Aufenthalts nur dann, wenn sein Aufenthalt auch ausländerrechtlich hinreichend beständig (zukunftsoffen) sei (vgl zu § 1 Nr 1 BKGG: BSGE 49, 254 = SozR 5870 § 1 Nr 6; BSGE 53, 294 = SozR 5870 § 1 Nr 10; BSGE 63, 47 = SozR 5870 § 1 Nr 14. Zu § 1 Abs 1 Nr 1 BErzGG: BSGE 62, 67 = SozR 7833 § 1 Nr 1; BSGE 67, 243 = SozR 3-7833 § 1 Nr 2. Für die Kindererziehungszeiten in der RV - § 56 Abs 2 Nr 2 iVm Abs 3 S 1 SGB VI: BSGE 71, 78 = SozR 3-2600 § 56 Nr 2 und SozR 3-2600 § 56 Nr 7). Ausländer, deren Aufenthalt nur geduldet (§ 55 AuslG) oder nur für einen bestimmten vorübergehenden Zweck erlaubt (Aufenthaltsbefugnis, § 30 AuslG) oder zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet ist (§ 55 AsylVfG), haben danach keinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland (vgl BSGE 67, 243, 248 = SozR 3-7833 § 1 Nr 2). Eine befristete Aufenthaltserlaubnis nach §§ 2, 5, § 7 Abs 2 Ausländergesetz (AuslG) vom 28. April 1965 (BGBl I 353 - Ausländergesetz (AuslG) aF), bei der die Befristung nicht zu einem bestimmten Zweck ausgesprochen ist, schließt die Annahme des gewöhnlichen Aufenthalts dabei nicht aus (vgl BSG SozR 3-2600 § 56 Nr 7; so schon für den gewöhnlichen Aufenthalt iS des Art 1 Nr 2 des Abk Polen RV/UV BSG SozR 3-6710 Art 1 Nr 1; demgegenüber weitergehend BSG SozR 3-1200 § 30 Nr 15: Auch bei geduldetem Aufenthalt genügt ein dauerhafter Ausschluß der Abschiebung für die Annahme des gewöhnlichen Aufenthalts). Der Gesetzgeber hat für das Bundeskindergeldgesetz (BKGG) und das Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG) die Rechtsprechung aufgegriffen und die Leistungsansprüche von Ausländern ausdrücklich von einem bestimmten ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus abhängig gemacht (vgl § 1 Abs 3 BKGG, angefügt durch Art 1 Nr 1 des Zwölften Gesetzes zur Änderung des Bundeskindergeldgesetz (BKGG) vom 30. Juni 1989 - BGBl I 1294, jetzt § 1 Abs 3 Bundeskindergeldgesetz (BKGG) vom 23. Januar 1997 - BGBl I 46; § 1 Abs 1 S 2 Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG) idF des Art 1 Nr 1 Buchst a des Gesetzes zur Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG) und anderer Vorschriften vom 30. Juni 1989 - BGBl I 1297, jetzt § 1 Abs 1a BErzGG, eingefügt durch Art 4 Nr 1 Buchst b des Gesetzes zur Umsetzung des föderalen Konsolidierungsprogramms vom 23. Juni 1993 - FKPG - BGBl I 944). Ein sachlicher Grund für diese Rechtsprechung liegt darin, daß im Unterschied zum Zugang zur KV für die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten in der RV und für die Leistungen nach dem Bundeskindergeldgesetz (BKGG) und dem Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG) neben dem Wohnsitz oder dem gewöhnlichen Aufenthalt im Inland keine zusätzliche, vom Staat zu kontrollierende Zugangsvoraussetzung erfüllt zu sein braucht. Von daher erscheint es gerechtfertigt, die Ansprüche nach diesen Gesetzen auch davon abhängig zu machen, daß der inländische Aufenthaltsstatus durch ausländerrechtliche Entscheidungen hinreichend gesichert ist. In der genannten Rechtsprechung zum Kindergeld, zum Erzg und zu den Kindererziehungszeiten in der RV ist im übrigen stets auf die besonderen Zwecksetzungen der jeweils anzuwendenden Gesetze abgestellt und der Unterschied zur KV gesehen worden (vgl zB BSG SozR 3-7833 § 1 Nr 1 und BSGE 71, 78 = SozR 3-2600 § 56 Nr 2).

längere Zeit erlaubt hier auf hält und der Staat daher seinen Zugang z um inländischen Arbeitsmarkt für sinnvoll hält. Ist für den Stammversicherten der Zugang zur KV dürch Aufnahme einer Beschäftigung aufgrund einer öffentlich-rechtlichen Entscheidung (Arbeitserlaubnis) eröffnet, so kann der abgeleitete Zugang des Angehörigen, der hier tatsächlich nicht nur vorübergehend verweilt, nicht von einem qualifizierteren ausländerrechtlichen Status abhängig gem acht werden, als ihn der Stam mversicherte hat.

Die Familienversicherung geht von dem Grundsatz aus, daß in der gesetzlichen KV der Stammversicherte Versicherungsschutz für seine Angehörigen hat, es sei denn, aufgrund einer eigenen Versicherung oder der Eink ommenssituation dieses Angehörigen oder des Alters der Kinder erscheint der Schutz nicht notwendig (vgl zu diesen Ausschlußtatbeständen § 10 Abs 1 N rn 2 bis 5, Abs 2 und Abs 3 SGB V). D ie Voraussetzung des inländischen W ohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes für die Versicherung der Angehörigen ist eine Ausnahm e von diesem Grundsatz. Als Ausnahme wird diese Voraussetzung gefordert, um die KV davor zu schützen, von den Angehörigen eines M itglieds in Anspruch genom men zu werden, die nur zum Zweck der Behandlung - dh um die KV in Anspruch zu nehmen - ins Inland reisen, im übrigen aber im Ausland leben, dh W ohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt dort haben. Ist der Aufenthalt der Angehörigen im Hinblick auf die voraussichtliche D auer und ausländerrechtlich m it dem des Mitglieds vergleichbar, so wird der Inlandsaufenthalt regelmäßig nicht zum Zwecke der Krankenbehandlung begründet w orden sein. Es besteht deshalb k ein Anlaß, die Fam ilienversicherung in diesen Fällen auszuschließen, wenn der Aufenthalt voraussichtlich nicht nur v orübergehend sein wird.

Die Ausgestaltung der Leistungseinschränk ung des § 27 Abs 2 SGB V (angef ügt mit Wirkung vom 1. Januar 1993 durch Art 1 N r 14 Buchst b GSG vom 21. Dezember 1992 - BGBl I 2266) weist darauf hin, daß der Gesetzgeber selbst dav on ausgeht, auch Ausländer, deren Aufenthalt nur geduldet oder z ur Durchführung des Asylverfahrens gestattet ist, könnten nach § 10 Abs 1 SGB V v ersichert sein, also ihren gew öhnlichen Aufenthalt iS dieser Vorschrif t im Inland haben. D ie Vorschrift schließt einige Gruppen von Versicherten, deren M itgliedschaf t aufgrund einer eigenen Versicherung (§§ 5 oder 9 SGB V) oder deren Versicherung nach § 10 SGB V nicht m indestens ein Jahr bestand, von bestimmten Leistungen aus. Zu den ausgeschlossenen Personengruppen gehören z ur Ausreise v erpflichtete Ausländer, deren Auf enthalt nur aus bestimmten Gründen geduldet ist, und asy lsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanf echtbar abgeschlossen ist, dh deren Auf enthalt in der Regel zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet ist. In der Gesetz esbegründung ist kein Hinweis darauf enthalten, daß für diese Ausländergruppen die unter den Vorversicherungszeiten besonders auf geführte Versicherungszeit nach § 10 SGB V wegen Fehlens eines gew öhnlichen Aufenthaltes im Inland ohnehin ausgeschlossen sein könnte.

Ein anderes Ergebnis f olgt nicht aus dem Änderungsantrag z u § 10 SGB V, der bei den Beratungen des Entw urfs eines Gesetzes zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschrif ten (BT-Drucks 12/6958) im Ausschuß für Gesundheit des BT eingebracht w urde. Der Änderungsantrag sah (z eitlich vor der erwähnten Änderung des § 10 Abs 1 SGB V durch Art 4 N r 1 ASRG) eine Ergänzung des § 10 Abs 1 SGB V durch Anf ügen eines Satzes 2 vor. Danach sollten für ausländische Familienangehörige die Voraussetz ungen nach § 10 Abs 1 S 1 N r 1 SGB V erfüllt sein, wenn diese im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung oder Auf enthaltserlaubnis sind, oder sich seit m indestens 24 M onaten ununterbrochen rechtm äßig oder geduldet im

Die Familienversicherung in dem noch streitigen Zeitraum (3. Dezember 1993 bis 6. September 1994) ist nicht durch die spätere Anerkennung des Klägers als Asylberechtigter begründet worden und könnte auch nicht rückwirkend begründet werden, wenn die Beigeladene zu 1), für die die Voraussetzungen des Familienasyls nach § 26 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) nicht erfüllt sind, aus eigenem Recht als Asylberechtigte anerkannt wird. Die Entscheidung, ob ein Ausländer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat, ist regelmäßig vorausschauend nach den Verhältnissen verbindlich zu beurteilen, die im Zeitpunkt der Entscheidung bestehen. Dies gilt besonders für die gesetzliche KV. Hier werden die Leistungen grundsätzlich als Sachleistungen erbracht und können als solche nicht nachträglich gewährt werden. Der Krankenkasse (KK) muß es zumindest möglich sein, für die Zukunft eine rechtmäßige Entscheidung über das Bestehen einer Versicherung und die Leistungserbringung zu treffen. So gesehen kann das Bestehen einer (Familien-)Versicherung in der KV nicht davon abhängig gemacht werden, ob bei Asylberechtigten nachträglich auch der Aufenthalt während des Asylverfahrens als gewöhnlicher Aufenthalt anerkannt wird, wie dies bei der Feststellung der Versicherungspflicht nach § 56 SGB VI geschieht (vgl dazu BSG SozR 3-2600 § 56 Nr 3).

Nicht zu entscheiden ist im vorliegenden Verfahren, ob im Einzelfall auch eine andere aufenthaltsrechtliche Befugnis, zB eine nicht nur für Besuchszwecke, sondern zur Familienzusammenführung erteilte Aufenthaltsbewilligung für den Ehegatten eines Asylbewerbers (vgl hierzu Kanein/Renner, Ausländerrecht 5. Aufl, § 28 RdNr 4) eine Familienversicherung begründen könnte.

Neuregelung besoldungsrechtlicher Folgen eines Erziehungsurlaubs

Der Anspruch auf die jährliche Sonderzuwendung und der Anspruch auf das Urlaubsgeld knüpfen ab 1. 1. 1999 stärker an die Zahlung von Bezügen an.

Bei der jährlichen Sonderzuwendung führen Zeiten eines Erziehungsurlaubs ohne Bezüge zu einer Minderung des Grundbetrages, wenn unmittelbar vor Beginn des Erziehungsurlaubs kein Anspruch auf Bezüge bestand. Die Umstellung eines sonstigen Urlaubs auf einen Erziehungsurlaub führt damit nicht mehr zu einem Anspruch auf die Sonderzuwendung. Bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Erziehungsurlauben wird nur noch der jeweils erste Erziehungsurlaub begünstigt.

Urlaubsgeld steht während eines Erziehungsurlaubs nur noch zu, wenn entweder im ersten Kalenderhalbjahr für mindestens drei volle Kalendermonate ein Besoldungsanspruch besteht oder Besoldung unmittelbar nach Beendigung des Erziehungsurlaubs wieder zusteht. Bei der zweiten Fallgestaltung erfolgt die Zahlung des Urlaubsgeldes mit der Wiederaufnahme des Dienstes.

Vermögenswirksame Leistungen stehen während des Erziehungsurlaubs nicht mehr zu.

Die Änderung der Erziehungsurlaubsverordnung verbessert die Regelung über die Erstattung der Beiträge des Beamten für seine private Krankenversicherung während des Erziehungs- ...s. Für die Beitragserstattung wird – wie bei der Zahlung ...rziehungsgeld – auf das (Familien-) Einkommen des beaubten Beamten während des Erziehungsurlaubs abgestellt:

- Wer wegen seines geringen (Familien-) Einkommens Anspruch auf volles Erziehungsgeld hat, erhält auch eine volle Beitragserstattung.
- Wer wegen seines (Familien-) Einkommens nur ein vermindertes Erziehungsgeld beanspruchen kann, erhält eine entsprechend verringerte Beitragserstattung.
- Wem der Gesetzgeber wegen eines höheren (Familien-) Einkommens Erziehungsgeld versagt, hat nur Anspruch auf Beitragserstattung in bisherigem Umfang (bis 60 DM monatlich).

Beispiele (Verheirateter Beamter mit einem Kind, Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 300 DM monatlich):

Bei einem Erziehungsgeld von	Erstattung nach § 5 Abs. 2 Satz 1 ErzUrlV	Erstattung nach § 5 Abs. 2 Satz 2 bis 4 ErzUrlV	Erstattung insgesamt (Sp. 2 + 3)
1	2	3	4
DM	DM	DM	DM
600	60	(300–60) x 600 : 600 = 240	300
500	60	(300–60) x 500 : 600 = 200	260
400	60	(300–60) x 400 : 600 = 160	220
300	60	(300–60) x 300 : 600 = 120	180
200	60	(300–60) x 200 : 600 = 80	140
100	60	(300–60) x 100 : 600 = 40	100
0	60	(300–60) x 0 : 600 = 0	60

Die Dienststellen brauchen keine eigenen Berechnungen des maßgeblichen Einkommens (§ 6 BErzGG) vorzunehmen, da dies bereits die Erziehungsgeld zahlenden Stellen tun. Es genügt, daß die Beamten, die eine über 60 DM hinausgehende Beitragserstattung beantragen, die entsprechenden Bescheide über die Zahlung von Erziehungsgeld vorlegen.

Artikel 17

Änderung der Erziehungsurlaubsverordnung

§ 5 Abs. 2 der Erziehungsurlaubsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. April 1997 (BGBl. I S. 983) wird wie folgt gefaßt:

„(2) Dem Beamten werden für die Zeit des Erziehungsurlaubs die Beiträge für seine Kranken- und Pflegeversicherung bis zu monatlich 60 Deutsche Mark erstattet, wenn seine Dienstbezüge oder Anwärterbezüge – ohne die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschläge und ohne Aufwandsentschädigung sowie ohne Auslandsdienstbezüge nach § 52 Abs. 1 Satz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes – vor Beginn des Erziehungsurlaubs die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten haben oder überschritten hätten. Auf Antrag des Beamten werden die Beiträge für seine beihilfekonforme Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe erstattet, wenn er nachweist, daß ihm in der Zeit ab dem siebten Lebensmonat des Kindes volles Erziehungsgeld zusteht. Steht dem Beamten ein vermindertes Erziehungsgeld zu, wird ihm auf seinen Antrag zusätzlich zu dem Erstattungsbetrag nach Satz 1 der Teil der restlichen Beiträge für seine beihilfekonforme Kranken- und Pflegeversicherung erstattet, der dem Verhältnis seines verminderten Erziehungsgeldes zum vollen Erziehungsgeld entspricht. Für diejenigen Monate eines Erziehungsurlaubs, in denen das Bundeserziehungsgeldgesetz die Zahlung von Erziehungsgeld generell nicht vorsieht, werden die Verhältnisse zugrunde gelegt, die beim letzten Bezug von Erziehungsgeld vorgelegen haben."

bis 31.12.06

Verordnung über die Elternzeit für Bundesbeamtinnen, Bundesbeamte, Richterinnen und Richter des Bundes (Elternzeitverordnung - EltZV)

In der Fassung der Bekanntmachung vom 11. November 2004 (BGBl. I S. 2842), geändert am 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1818)

§ 1. (1) Beamtinnen und Beamte haben nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 des Bundeserziehungsgeldgesetzes Anspruch auf Elternzeit ohne Dienst- oder Anwärterbezüge.

(2) Der Anspruch auf Elternzeit besteht bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes, bei einem angenommenen, in Vollzeitpflege oder in Adoptionspflege genommenen Kind bis zu drei Jahren ab der Aufnahme bei der berechtigten Person, längstens bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes. Ein Anteil von bis zu zwölf Monaten kann jedoch zu einem späteren Zeitpunkt nach Maßgabe des § 72a Abs. 4 Satz 1 des Bundesbeamtengesetzes genommen werden. Insgesamt kann die Elternzeit auf bis zu vier Zeitabschnitte verteilt werden.

(3) Die Elternzeit steht beiden Eltern zu; sie können sie, auch anteilig, jeweils allein oder gemeinsam nehmen. Satz 1 gilt auch für Adoptiveltern, Adoptivpflegeeltern und Vollzeitpflegeeltern.

(4) Während der Elternzeit ist Beamtinnen und Beamten auf Antrag eine Teilzeitbeschäftigung beim selben Dienstherrn bis zu 30 Stunden wöchentlich zu bewilligen, wenn zwingende dienstliche Gründe nicht entgegenstehen. Im Übrigen darf während der Elternzeit mit Genehmigung der oder des Dienstvorgesetzten eine Teilzeitbeschäftigung in dem nach Satz 1 genannten Umfang außerhalb des Beamtenverhältnisses ausgeübt werden. Die Genehmigung kann nur innerhalb von vier Wochen aus dringenden dienstlichen Gründen versagt werden.

§ 2. (1) Die Inanspruchnahme der Elternzeit soll, wenn sie unmittelbar nach der Geburt des Kindes oder nach Ablauf der Mutterschutzfrist (§ 3 Abs. 1 Satz 1 der Mutterschutzverordnung) beginnen soll, sechs Wochen, andernfalls acht Wochen vor Beginn schriftlich erklärt werden. In der Erklärung ist anzugeben, für welche Zeiträume innerhalb von zwei Jahren sie genommen wird. Nimmt die Mutter die Elternzeit im Anschluss an die Mutterschutzfrist, wird die Zeit der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung auf den Zweijahreszeitraum nach Satz 2 angerechnet. Nimmt die Mutter die Elternzeit im Anschluss an einen auf die Mutterschutzfrist folgenden Erholungsurlaub, werden die Zeit der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung und die Zeit des Erholungsurlaubs auf den Zweijahreszeitraum nach Satz 2 angerechnet.

(2) Können Beamtinnen und Beamte aus einem von ihnen nicht zu vertretenden Grund eine sich unmittelbar an das Beschäftigungsverbot des § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes oder des § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung anschließende Inanspruchnahme der Elternzeit nicht rechtzeitig erklären, können sie dies innerhalb einer Woche nach Wegfall des Grundes nachholen.

(3) Die Elternzeit kann vorzeitig beendet oder im Rahmen des § 1 Abs. 2 verlängert werden, wenn die oder der Dienstvorgesetzte zustimmt. Die vorzeitige Beendigung wegen der Geburt eines weiteren Kindes oder wegen eines besonderen Härtefalles (§ 1 Abs. 5 des Bundeserziehungsgeldgesetzes) kann nur innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung aus dringenden dienstlichen Gründen abgelehnt werden. Eine vorzeitige Beendigung der Elternzeit zum Zwecke der Inanspruchnahme der Mutterschutzfristen nach § 1 Abs. 2 und § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung ist nicht zulässig. Die Elternzeit ist auf Wunsch zu verlängern, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Anspruchsberechtigung aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann.

(4) Stirbt das Kind während der Elternzeit, endet diese spätestens drei Wochen nach dem Tode des Kindes.

(5) Eine Änderung der Anspruchsberechtigung hat die Beamtin oder der Beamte der oder dem Dienstvorgesetzten unverzüglich mitzuteilen.

§ 3. Der Erholungsurlaub wird nicht nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 der Erholungsurlaubsverordnung gekürzt, wenn Beamtinnen und Beamte während der Elternzeit bei ihrem Dienstherrn eine Teilzeitbeschäftigung im Beamtenverhältnis ausüben.

§ 4. (1) Während der Elternzeit darf die Entlassung von Beamtinnen und Beamten auf Probe und auf Widerruf gegen ihren Willen nicht ausgesprochen werden.

(2) Die oberste Dienstbehörde kann abweichend von Absatz 1 die Entlassung einer Beamtin oder eines Beamten auf Probe oder auf Widerruf aussprechen, wenn ein Sachverhalt vorliegt, bei dem eine Beamtin oder ein Beamter auf Lebenszeit im Wege eines Disziplinarverfahrens aus dem Dienst zu entfernen wäre.

(3) Die §§ 28 und 29 des Bundesbeamtengesetzes bleiben unberührt.

§ 5. (1) Während der Elternzeit haben Beamtinnen und Beamte Anspruch auf Beihilfe in entsprechender Anwendung der Beihilfevorschriften, sofern sie nicht bereits auf Grund einer Teilzeitbeschäftigung unmittelbar Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfevorschriften haben. Satz 1 gilt für den Anspruch auf Heilfürsorge der Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten in der Bundespolizei entsprechend.

(2) Beamtinnen und Beamten werden für die Dauer der Elternzeit die Beiträge für ihre Kranken- und Pflegeversicherung bis zu monatlich 31 Euro erstattet, wenn ihre Dienstbezüge oder Anwärterbezüge – ohne die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschüsse und ohne Aufwandsentschädigung sowie ohne Auslandsdienstbezüge nach § 52 Abs. 1 Satz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes – vor Beginn der Elternzeit die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten haben oder überschritten hätten. Nehmen die Eltern gemeinsam Elternzeit, steht die Beitragserstattung nur dem Elternteil zu, bei dem das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder berücksichtigt werden soll.

(3) Auf Antrag werden die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung der Beamtin oder des Beamten, soweit sie auf einen auf den Beihilfebemessungssatz abgestimmten Prozenttarif entfallen, einschließlich etwaiger darin enthaltener Altersrückstellungen, über die Erstattung nach Absatz 2 hinaus in voller Höhe erstattet, wenn nachgewiesen wird, dass ab dem siebten Lebensmonat des Kindes volles Erziehungsgeld zusteht; steht ein vermindertes Erziehungsgeld zu, wird die Differenz zwischen den vollen Beiträgen und dem Erstattungsbetrag nach Absatz 2 in der Höhe erstattet, die dem Verhältnis des verminderten zum vollen Erziehungsgeld entspricht. Für diejenigen Monate einer Elternzeit, in denen das Bundeserziehungsgeldgesetz die Zahlung von Erziehungsgeld generell nicht vorsieht, wird die erhöhte Beitragserstattung nach Satz 1 weitergezahlt, solange die Beamtin oder der Beamte nicht oder mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigt ist. Satz 1 gilt für die ersten sechs Lebensmonate des Kindes entsprechend, soweit ohne eine erst danach eingetretene Änderung der Einkommensverhältnisse ein Anspruch auf Erziehungsgeld ab dem siebten Lebensmonat des Kindes bestehen würde. Bei angenommenen oder mit dem Ziel der Annahme aufgenommenen Kindern tritt für die Anwendung der Sätze 1 bis 3 an die Stelle des Lebensmonats der Monat der Inobhutnahme. Die Absätze 2 und 3 gelten für die auf die Beamtin oder den Beamten entfallenden Beiträge für eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung entsprechend.

§ 6. Auf die vor dem 1. Januar 2004 geborenen Kinder oder für die vor diesem Zeitpunkt mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder sind die Vorschriften dieser Verordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

§ 7. Diese Verordnung gilt für Richterinnen und Richter des Bundes entsprechend. Während der Elternzeit ist eine Teilzeitbeschäftigung als Richterin oder Richter von mindestens der Hälfte bis zu drei Vierteln des regelmäßigen Dienstes zulässig.

§ 8. (Inkrafttreten)

167a

Verordnung über die Elternzeit für Bundesbeamtinnen, Bundesbeamte, Richterinnen und Richter des Bundes

ab 1.1.07

Datum: 17. Dezember 1985

Fundstelle: BGBl I 1985, 2322

Textnachweis ab: 1. 1.1986
Maßgaben aufgrund EinigVtr vgl. ErzUrlV Anhang EV
(+++ Stand: Neugefasst durch Bek. v. 11.11.2004 I 2841;
zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 22 G v. 5.12.2006 I 2748 +++)

EltZV § 1

(1) Beamtinnen und Beamte haben nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes Anspruch auf Elternzeit ohne Dienst- oder Anwärterbezüge.

(2) Der Anspruch auf Elternzeit besteht bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes, bei einem angenommenen, in Vollzeitpflege oder in Adoptionspflege genommenen Kind bis zu drei Jahren ab der Aufnahme bei der berechtigten Person, längstens bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes. Ein Anteil von bis zu zwölf Monaten kann jedoch zu einem späteren Zeitpunkt nach Maßgabe des § 72a Abs. 4 Satz 1 des Bundesbeamtengesetzes genommen werden. Insgesamt kann die Elternzeit auf bis zu vier Zeitabschnitte verteilt werden.

(3) Die Elternzeit steht beiden Eltern zu; sie können sie, auch anteilig, jeweils allein oder gemeinsam nehmen. Satz 1 gilt auch für Adoptiveltern, Adoptivpflegeeltern und Vollzeitpflegeeltern.

(4) Während der Elternzeit ist Beamtinnen und Beamten auf Antrag eine Teilzeitbeschäftigung beim selben Dienstherrn bis zu 30 Stunden wöchentlich zu bewilligen, wenn zwingende dienstliche Gründe nicht entgegenstehen. Im Übrigen darf während der Elternzeit mit Genehmigung der oder des Dienstvorgesetzten eine Teilzeitbeschäftigung in dem nach Satz 1 genannten Umfang außerhalb des Beamtenverhältnisses ausgeübt werden. Die Genehmigung kann nur innerhalb von vier Wochen aus dringenden dienstlichen Gründen versagt werden.

EltZV § 2

(1) Die Inanspruchnahme der Elternzeit soll, wenn sie unmittelbar nach der Geburt des Kindes oder nach Ablauf der Mutterschutzfrist (§ 3 Abs. 1 Satz 1 der Mutterschutzverordnung) beginnen soll, sechs Wochen, andernfalls acht Wochen vor Beginn schriftlich erklärt werden. In der Erklärung ist anzugeben, für welche Zeiträume innerhalb von zwei Jahren sie genommen wird. Nimmt die Mutter die Elternzeit im Anschluss an die Mutterschutzfrist, wird die Zeit der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung auf den Zweijahreszeitraum nach Satz 2 angerechnet. Nimmt die Mutter die Elternzeit im Anschluss an einen auf die Mutterschutzfrist folgenden Erholungsurlaub, werden die Zeit der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung und die Zeit des Erholungsurlaubs auf den Zweijahreszeitraum nach Satz 2 angerechnet.

(2) Können Beamtinnen und Beamte aus einem von ihnen nicht zu vertretenden Grund eine sich unmittelbar an das Beschäftigungsverbot des § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes oder des § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung anschließende Inanspruchnahme der Elternzeit nicht rechtzeitig erklären, können sie dies innerhalb einer Woche nach Wegfall des Grundes nachholen.

(3) Die Elternzeit kann vorzeitig beendet oder im Rahmen des § 1 Abs. 2 verlängert werden, wenn die oder der Dienstvorgesetzte zustimmt. Die vorzeitige Beendigung wegen der Geburt eines weiteren Kindes oder wegen eines besonderen Härtefalles (§ 1 Abs. 4 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes) kann nur innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung aus dringenden dienstlichen Gründen abgelehnt werden. Eine vorzeitige Beendigung der Elternzeit zum Zwecke der Inanspruchnahme der Mutterschutzfristen nach § 1 Abs. 2 und § 3 Abs. 1 der Mutterschutzverordnung ist nicht zulässig. Die Elternzeit ist auf Wunsch zu verlängern, wenn ein vorgesehener Wechsel in der Anspruchsberechtigung aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann.

(4) Stirbt das Kind während der Elternzeit, endet diese spätestens drei Wochen nach

dem Tode des Kindes.

(5) Eine Änderung der Anspruchsberechtigung hat die Beamtin oder der Beamte der oder dem Dienstvorgesetzten unverzüglich mitzuteilen.

EltZV § 3

Der Erholungsurlaub wird nicht nach § 5 Abs. 3 Nr. 1 der Erholungsurlaubsverordnung gekürzt, wenn Beamtinnen und Beamte während der Elternzeit bei ihrem Dienstherrn eine Teilzeitbeschäftigung im Beamtenverhältnis ausüben.

EltZV § 4

(1) Während der Elternzeit darf die Entlassung von Beamtinnen und Beamten auf Probe und auf Widerruf gegen ihren Willen nicht ausgesprochen werden.

(2) Die oberste Dienstbehörde kann abweichend von Absatz 1 die Entlassung einer Beamtin oder eines Beamten auf Probe oder auf Widerruf aussprechen, wenn ein Sachverhalt vorliegt, bei dem eine Beamtin oder ein Beamter auf Lebenszeit im Wege eines Disziplinarverfahrens aus dem Dienst zu entfernen wäre.

(3) Die §§ 28 und 29 des Bundesbeamtengesetzes bleiben unberührt.

EltZV § 5

(1) Während der Elternzeit haben Beamtinnen und Beamte Anspruch auf Beihilfe in entsprechender Anwendung der Beihilfevorschriften, sofern sie nicht bereits auf Grund einer Teilzeitbeschäftigung unmittelbar Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfevorschriften haben. Satz 1 gilt für den Anspruch auf Heilfürsorge der Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten in der Bundespolizei entsprechend.

(2) Beamtinnen und Beamten werden für die Dauer der Elternzeit die Beiträge für ihre Kranken- und Pflegeversicherung bis zu monatlich 31 Euro erstattet, wenn ihre Dienstbezüge oder Anwärterbezüge - ohne die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschüsse und ohne Aufwandsentschädigung sowie ohne Auslandsdienstbezüge nach § 52 Abs. 1 Satz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes - vor Beginn der Elternzeit die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten haben oder überschritten hätten. Nehmen die Eltern gemeinsam Elternzeit, steht die Beitragserstattung nur dem Elternteil zu, bei dem das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder berücksichtigt werden soll.

(3) Auf Antrag werden die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung bei Beamtinnen oder Beamten bis einschließlich der Besoldungsgruppe A 8, soweit sie auf einen auf den Beihilfebemessungssatz abgestimmten Prozenttarif oder einen die jeweilige Beihilfe ergänzenden Tarif entfallen, einschließlich etwaiger darin enthaltener Altersrückstellungen, über die Erstattung nach Absatz 2 hinaus in voller Höhe erstattet. Für diejenigen Monate einer Elternzeit, in denen das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz die Zahlung von Elterngeld generell nic vorsieht, wird die Beitragserstattung nach Satz 1 weitergezahlt, solange die Beamtin oder der Beamte nicht oder mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigt ist. Bei angenommenen oder mit dem Ziel der Annahme aufgenommenen Kindern gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend. Der Anspruch beginnt in diesem Fall mit dem Monat der Aufnahme. Der Absatz 2 sowie die Sätze 1 bis 4 gelten für die auf die Beamtin oder den Beamten entfallenden Beiträge für die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung entsprechend.

EltZV § 6

(1) Auf die vor dem 1. Januar 2004 geborenen Kinder oder für die vor diesem Zeitpunkt mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder sind die Vorschriften dieser Verordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

(2) Auf die vor dem 1. Januar 2007 geborenen Kinder oder für die vor diesem Zeitpunkt mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder ist § 5 Abs. 3 in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

EltZV § 7

Diese Verordnung gilt für Richterinnen und Richter des Bundes entsprechend. Während der Elternzeit ist eine Teilzeitbeschäftigung als Richterin oder Richter von mindestens der Hälfte bis zu drei Vierteln des regelmäßigen Dienstes zulässig.

Verordnung zur Neuregelung mutterschutz- und elternzeitrechtlicher Vorschriften

Vom 12. Februar 2009

Auf Grund des § 79 Absatz 1 Satz 1 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) in Verbindung mit § 46 des Deutschen Richtergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. April 1972 (BGBl. I S. 713) und auf Grund des § 28 Absatz 7 Satz 2 des Soldatengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Mai 2005 (BGBl. I S. 1482) verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1

Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen des Bundes und die Elternzeit für Beamtinnen und Beamte des Bundes (Mutterschutz- und Elternzeitverordnung – MuSchEltZV)

Abschnitt 1

Mutterschutz und Stillzeit

§ 1

Anwendung des Mutterschutzgesetzes

(1) Auf die Beschäftigung schwangerer oder stillender Beamtinnen sind die Vorschriften des Mutterschutzgesetzes

1. zur Gestaltung des Arbeitsplatzes (§ 2 Absatz 1 bis 3 des Mutterschutzgesetzes),
2. zu Beschäftigungsverboten (§§ 3 und 4 Absatz 1 bis 3, §§ 6 und 8 des Mutterschutzgesetzes),
3. zur Mitteilung der Schwangerschaft und zu ärztlichen Zeugnissen (§ 5 des Mutterschutzgesetzes) und
4. zu Stillzeiten (§ 7 Absatz 1 bis 3 des Mutterschutzgesetzes)

entsprechend anzuwenden. An die Stelle der Aufsichtsbehörde tritt die oberste Dienstbehörde. Diese kann die Befugnis entsprechend § 8 Absatz 6 des Mutterschutzgesetzes auf die unmittelbar nachgeordnete Behörde übertragen.

(2) Die §§ 1 bis 5 der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz vom 15. April 1997 (BGBl. I S. 782), die zuletzt durch Artikel 440 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung sind entsprechend anzuwenden.

§ 2

Besoldung bei Beschäftigungsverbot und Stillzeit

Durch die mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbote nach § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Ausnahme des Verbots der Mehrarbeit wird die Zahlung der Dienst- und Anwärterbezüge nicht berührt. Das Gleiche gilt für das Dienstversäumnis während der Stillzeit (§ 7 des Mutterschutzgesetzes). Bemessungsgrundlage für die Zahlung von Erschwerniszulagen nach der Erschwerniszulagenverordnung sowie für die Vergütung nach der Vollstreckungsvergütungsverordnung ist der Durchschnitt der Zulagen und der Vergütungen der letzten drei Monate vor Beginn des Monats, in dem die Schwangerschaft eingetreten ist.

§ 3

Zuschuss bei Beschäftigungsverbot während einer Elternzeit

Beamtinnen erhalten einen Zuschuss von 13 Euro für jeden Kalendertag eines Beschäftigungsverbots in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung und eines Beschäftigungsverbots nach der Entbindung – einschließlich des Entbindungstages –, der in eine Elternzeit fällt. Dies gilt nicht, wenn sie während der Elternzeit teilzeitbeschäftigt sind. Der Zuschuss ist auf 210 Euro begrenzt, wenn die Dienst- oder Anwärterbezüge ohne die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschläge und ohne Leistungen nach dem 5. Abschnitt des Bundesbesoldungsgesetzes die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung überschreiten oder überschreiten würden.

§ 4

Entlassung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung

(1) Während der Schwangerschaft und innerhalb von vier Monaten nach der Entbindung darf die Entlassung von Beamtinnen auf Probe und von Beamtinnen auf Widerruf gegen ihren Willen nicht ausgesprochen

werden, wenn der oder dem Dienstvorgesetzten die Schwangerschaft oder die Entbindung bekannt ist. Eine ohne diese Kenntnis ergangene Entlassungsverfügung ist zurückzunehmen, wenn innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Zustellung der oder dem Dienstvorgesetzten die Schwangerschaft oder die Entbindung mitgeteilt wird. Das Überschreiten dieser Frist ist unbeachtlich, wenn es auf einem von der Beamtin nicht zu vertretenden Grund beruht und die Mitteilung unverzüglich nachgeholt wird.

(2) Die oberste Dienstbehörde kann abweichend von Absatz 1 die Entlassung aussprechen, wenn ein Sachverhalt vorliegt, bei dem eine Beamtin auf Lebenszeit im Wege eines Disziplinarverfahrens aus dem Beamtenverhältnis zu entfernen wäre.

(3) Die §§ 31 und 32 des Bundesbeamtengesetzes bleiben unberührt.

§ 5
Auslage des Mutterschutzgesetzes und dieser Verordnung

In jeder Dienststelle, bei der regelmäßig mehr als drei Beamtinnen tätig sind, sind ein Abdruck des Mutterschutzgesetzes sowie ein Abdruck dieser Verordnung an geeigneter Stelle zur Einsicht auszulegen.

Abschnitt 2
Elternzeit

§ 6
Anwendung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes

(1) Beamtinnen und Beamte haben Anspruch auf Elternzeit ohne Dienst- oder Anwärterbezüge in entsprechender Anwendung des § 15 Absatz 1 bis 3 und § 16 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), das durch Artikel 6 Absatz 8 des Gesetzes vom 19. August 2007 (BGBl. I S. 1970) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Übertragung eines Anteils der Elternzeit von bis zu zwölf Monaten nach § 15 Absatz 2 Satz 4 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes muss rechtzeitig vor Beginn des zu übertragenden Zeitraumes angezeigt werden. Die Zustimmung zur Übertragung darf nur versagt werden, wenn zwingende dienstliche Belange entgegenstehen.

§ 7
Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit

(1) Während der Elternzeit ist Beamtinnen und Beamten, die Anspruch auf Dienst- oder Anwärterbezüge haben, auf Antrag eine Teilzeitbeschäftigung bei ihrem Dienstherrn bis zu 30 Stunden wöchentlich zu bewilligen, wenn zwingende dienstliche Belange nicht entgegenstehen.

(2) Mit Genehmigung der zuständigen Dienstbehörde darf während der Elternzeit auch eine Teilzeitbeschäftigung außerhalb des Beamtenverhältnisses in dem in Absatz 1 genannten Umfang ausgeübt werden. Die Genehmigung kann nur innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung versagt werden, wenn dringende dienstliche Belange entgegenstehen. Sie ist zu versagen, wenn einer der in § 99 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 bis 6 des Bundesbeamtengesetzes genannten Gründe vorliegt.

§ 8
Entlassung während der Elternzeit

(1) Während der Elternzeit darf die Entlassung von Beamtinnen und Beamten auf Probe und von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf gegen ihren Willen nicht ausgesprochen werden. Dies gilt nicht für Zeiten einer Teilzeitbeschäftigung nach § 7 Absatz 1.

(2) Die oberste Dienstbehörde kann abweichend von Absatz 1 Satz 1 die Entlassung aussprechen, wenn ein Sachverhalt vorliegt, bei dem eine Beamtin oder ein Beamter auf Lebenszeit im Wege eines Disziplinarverfahrens aus dem Dienst zu entfernen wäre.

(3) Die §§ 31 und 32 des Bundesbeamtengesetzes bleiben unberührt.

§ 9
Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen

(1) Beamtinnen und Beamten werden für die Dauer der Elternzeit die Beiträge für ihre Kranken- und Pflegeversicherung bis zu monatlich 31 Euro erstattet, wenn ihre Dienst- oder Anwärterbezüge vor Beginn der Elternzeit die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten haben oder überschritten hätten. Hierbei werden die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschläge sowie Leistungen nach dem 5. Abschnitt des Bundesbesoldungsgesetzes nicht berücksichtigt. Nehmen die Eltern gemeinsam Elternzeit, steht die Beitragserstattung nur dem Elternteil zu, bei dem das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder berücksichtigt werden soll.

(2) Für die Zeit, für die sie Elterngeld nach § 4 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes beziehen, werden Beamtinnen und Beamten mit Dienstbezügen bis einschließlich der Besoldungsgruppe A 8 sowie Beamtinnen und Beamten mit Anwärterbezügen auf Antrag die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung über die Erstattung nach Absatz 1 hinaus in voller Höhe erstattet, soweit sie auf einen auf den Beihilfebemessungssatz abgestimmten Prozenttarif oder einen die jeweilige Beihilfe ergänzenden Tarif einschließlich etwaiger darin enthaltener Altersrückstellungen entfallen. Für andere Monate einer Elternzeit wird die Beitragserstattung nach Satz 1 weitergezahlt, solange keine Beschäftigung mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit ausgeübt wird.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für auf die Beamtin oder den Beamten entfallende Beiträge für die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung.

§ 10
Sonderregelung für Richterinnen und Richter im Bundesdienst

Während der Elternzeit ist eine Teilzeitbeschäftigung als Richterin oder Richter von mindestens der Hälfte bis zu drei Vierteln des regelmäßigen Dienstes zulässig.

Abschnitt 3
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 11
Übergangsvorschrift

(1) Auf die vor dem 1. Januar 2007 geborenen Kinder oder für die vor diesem Zeitpunkt mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder ist § 5 Absatz 3 der Elternzeitverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. November 2004 (BGBl. I S. 2841) in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

(2) Auf die vor dem 14. Februar 2009 geborenen Kinder oder auf die vor diesem Zeitpunkt mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder ist § 1 Absatz 2 Satz 2 und 3 der Elternzeitverordnung in der bis zum 13. Februar 2009 geltenden Fassung anzuwenden.

Artikel 2
Änderung der Elternzeitverordnung für Soldatinnen und Soldaten

§ 1 der Elternzeitverordnung für Soldatinnen und Soldaten in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. November 2004 (BGBl. I S. 2855), die durch Artikel 2 Absatz 26 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 15 Abs. 1 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder § 15 Abs. 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ durch die Angabe „§ 15 Absatz 1 oder 1a des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ ersetzt.
2. Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

   „Die Übertragung eines Anteils der Elternzeit muss rechtzeitig vor Beginn des zu übertragenden Zeitraums beantragt werden. Sie bedarf nicht der Zustimmung der Elternzeit erteilenden Stelle.“
3. In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 1 Abs. 5 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder § 1 Abs. 4 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ durch die Angabe „§ 7 Absatz 2 Satz 3 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ ersetzt.

Artikel 3
Änderung weiterer Vorschriften

(1) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den höheren Kriminaldienst des Bundes vom 3. September 2001 (BGBl. I S. 2342), die zuletzt durch die Verordnung vom 21. Juli 2008 (BGBl. I S. 1324) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit oder“.

(2) § 3 Absatz 3 Nummer 2 der Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3891), die zuletzt durch die Verordnung vom 21. Mai 2008 (BGBl. I S. 913) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit oder“.

(3) § 11 Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 der Verordnung über die Laufbahnen des Polizeivollzugsdienstes beim Deutschen Bundestag vom 27. August 2003 (BGBl. I S. 1678), die zuletzt durch § 56 Absatz 3 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„3. die Elternzeit oder die Zeit einer Beurlaubung nach § 92 Absatz 1 bis 4 des Bundesbeamtengesetzes.“

(4) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Kriminaldienst des Bundes vom 7. September 2005 (BGBl. I S. 2758), die durch Artikel 3 Absatz 21 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit oder“.

(5) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den mittleren Dienst im Verfassungsschutz des Bundes vom 15. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2652), die zuletzt durch § 56 Absatz 5 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit,“.

(6) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Dienst im Verfassungsschutz des Bundes vom 11. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2640), die zuletzt durch § 56 Absatz 6 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit,“.

(7) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den mittleren nichttechnischen Dienst in der allgemeinen und inneren Verwaltung des Bundes vom 8. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2612), die zuletzt durch § 56 Absatz 7 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit,“.

(8) § 9 Absatz 3 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den höheren Auswärtigen Dienst vom 15. Juni 2004 (BGBl. I S. 1088), die zuletzt durch § 56 Absatz 9 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

Abschnitt 3
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 11
Übergangsvorschrift

(1) Auf die vor dem 1. Januar 2007 geborenen Kinder oder für die vor diesem Zeitpunkt mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder ist § 5 Absatz 3 der Elternzeitverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. November 2004 (BGBl. I S. 2841) in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

(2) Auf die vor dem 14. Februar 2009 geborenen Kinder oder auf die vor diesem Zeitpunkt mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder ist § 1 Absatz 2 Satz 2 und 3 der Elternzeitverordnung in der bis zum 13. Februar 2009 geltenden Fassung anzuwenden.

Artikel 2
Änderung der Elternzeitverordnung für Soldatinnen und Soldaten

§ 1 der Elternzeitverordnung für Soldatinnen und Soldaten in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. November 2004 (BGBl. I S. 2855), die durch Artikel 2 Absatz 26 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 15 Abs. 1 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder § 15 Abs. 1 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ durch die Angabe „§ 15 Absatz 1 oder 1a des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ ersetzt.
2. Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

   „Die Übertragung eines Anteils der Elternzeit muss rechtzeitig vor Beginn des zu übertragenden Zeitraums beantragt werden. Sie bedarf nicht der Zustimmung der Elternzeit erteilenden Stelle.“
3. In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 1 Abs. 5 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder § 1 Abs. 4 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ durch die Angabe „§ 7 Absatz 2 Satz 3 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes“ ersetzt.

Artikel 3
Änderung weiterer Vorschriften

(1) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den höheren Kriminaldienst des Bundes vom 3. September 2001 (BGBl. I S. 2342), die zuletzt durch die Verordnung vom 21. Juli 2008 (BGBl. I S. 1324) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit oder“.

(2) § 3 Absatz 3 Nummer 2 der Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Polizeivollzugsdienst in der Bundespolizei vom 19. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3891), die zuletzt durch die Verordnung vom 21. Mai 2008 (BGBl. I S. 913) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit oder“.

(3) § 11 Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 der Verordnung über die Laufbahnen des Polizeivollzugsdienstes beim Deutschen Bundestag vom 27. August 2003 (BGBl. I S. 1678), die zuletzt durch § 56 Absatz 3 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„3. die Elternzeit oder die Zeit einer Beurlaubung nach § 92 Absatz 1 bis 4 des Bundesbeamtengesetzes.“

(4) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Kriminaldienst des Bundes vom 7. September 2005 (BGBl. I S. 2758), die durch Artikel 3 Absatz 21 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit oder“.

(5) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den mittleren Dienst im Verfassungsschutz des Bundes vom 15. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2652), die zuletzt durch § 56 Absatz 5 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit,“.

(6) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Dienst im Verfassungsschutz des Bundes vom 11. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2640), die zuletzt durch § 56 Absatz 6 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit,“.

(7) § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den mittleren nichttechnischen Dienst in der allgemeinen und inneren Verwaltung des Bundes vom 8. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2612), die zuletzt durch § 56 Absatz 7 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. wegen eines Beschäftigungsverbots für die Zeit vor oder nach einer Entbindung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften oder wegen einer Elternzeit,“.

(8) § 9 Absatz 3 Nummer 2 der Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den höheren Auswärtigen Dienst vom 15. Juni 2004 (BGBl. I S. 1088), die zuletzt durch § 56 Absatz 9 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 284) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

Datenbank Rechtsprechung Langtextausgabe

BSG 12. Senat Beschluß vom 27. Januar 2000 B 12 KR 21/99 B

SGB 5 § 191 Nr 3

Freiwilliges Mitglied - Beitragsrückstand - Hinweis - Folgen - Beendigung - Mitgliedschaft - Angemessenheit - Frist

Orientierungssatz

1. Für die Angemessenheit der Frist nach § 191 Nr 3 SGB 5 über eine drohende Beendigung der Mitgliedschaft wegen Beitragsrückständen,
sind die Verhältnisse zum Zeitpunkt des Hinweises maßgebend, nicht diejenigen zur Zeit ihres Ablaufs.

2. Die Verfassungsbeschwerde gegen den Beschluss wurde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG 1. Senat 1. Kammer vom
12.4.2000 - 1 BvR 431/00).

Tatbestand

Die beklagte Krankenkasse teilte dem bei ihr freiwillig versicherten Kläger, einem 1924 geborenen freiberuflich tätigen Rechtsanwalt, mit
Bescheiden vom 28. August 1995 mit, daß seine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab 1. Juli 1995 nach beitragspflichtigen
Einnahmen in Höhe von 2.801,52 DM zu bemessen seien. Der Beitragsbemessung legte sie die Rente aus der gesetzlichen
Rentenversicherung, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen zugrunde. Der Verlust aus freiberuflicher
Tätigkeit sei mit 0,00 DM anzusetzen. Die Beiträge beliefen sich auf 379,02 DM monatlich. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und
zahlte Beiträge nur in Höhe von 183,54 DM monatlich entsprechend den gesetzlich festgelegten Mindesteinnahmen des § 240 Abs 4 Satz 1
des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Er habe Verluste aus seiner freiberuflichen Tätigkeit. Nach dem seit
1989 geltenden Recht habe die Beitragsbelastung der freiwilligen Mitglieder die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu
berücksichtigen; danach müsse zwischen den verschiedenen Einnahmearten ein Verlustausgleich stattfinden. Die gegenteilige
Rechtsprechung zum früheren Recht sei nicht mehr anzuwenden. Die Beklagte wies den Kläger mit Schreiben vom 16. November 1995
darauf hin, daß nach dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23. Februar 1995 (BSGE 76, 34 = SozR 3-2500 § 240 Nr 19) auch
nach geltendem Recht der sog vertikale Verlustausgleich zwischen Einnahmearten ausgeschlossen sei; sie betrachte den Widerspruch daher
als erledigt.

Mit Formschreiben vom 3. Januar 1996 "Letzte Zahlungsaufforderung vor Beendigung der Mitgliedschaft" forderte die Beklagte den Kläger
auf, die rückständigen Beiträge bis zum 15. des Monats zu zahlen. Andernfalls müsse sie mit Ablauf dieses Tages die Mitgliedschaft beenden
(§ 191 Nr 3 SGB V). Auf der Rückseite des Schreibens war der Text dieser Vorschrift wiedergegeben, wonach die freiwillige Mitgliedschaft
endet mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden.
Der Kläger zahlte nicht. Daraufhin teilte ihm die Beklagte mit Bescheid vom 24. Januar 1996 "Beendigung Ihrer Mitgliedschaft zum 15.01.96
- Beitragsbescheid" mit, sie habe die Mitgliedschaft zum 15. Januar 1996 beenden müssen. Sie listete die Beitragsrückstände für die Zeit

vom 1. Juli 1995 bis 15. Januar 1996 auf, insgesamt 1.205,62 DM. Den Widerspruch des Klägers gegen die Höhe der Beiträge und die
Beendigung der Mitgliedschaft wies sie zurück (Widerspruchsbescheid vom 22. April 1996).

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage gegen die Beitragshöhe abgewiesen, der Klage gegen die Beendigung der Mitgliedschaft stattgegeben.
Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufungen des Klägers und der Beklagten gegen diese Entscheidung zurückgewiesen. Die Beklagte
habe die Beiträge zutreffend berechnet. Die Voraussetzungen für die Beendigung der Mitgliedschaft lägen jedoch nicht vor. Die Beklagte
habe erstmals im Mahnschreiben vom 3. Januar 1996 auf die Rechtsfolgen des § 191 Nr 3 SGB V hingewiesen. Die gesetzte Zahlungsfrist
sei unverhältnismäßig kurz und habe nicht zur Beendigung der Mitgliedschaft zum 15. Januar 1996 geführt. Dem Kläger sei nach Erhalt des
Schreibens erst am 9. Januar 1996 nicht ausreichend Gelegenheit geblieben, die Beiträge noch zu zahlen. Der Bescheid vom 24. Januar
1996 sei kein tauglicher Hinweis iS des § 191 Nr 3 SGB V, weil er erst nach dem angenommenen Ende der Mitgliedschaft zum 15. Januar
1996 ergangen sei. Außerdem sei der Bescheid rechtswidrig und aufzuheben, weil der darin genannte letzte bereits fällige Beitrag derjenige
für Dezember 1995 gewesen sei. Zahltag hierfür sei der 15. Januar 1996 gewesen; die Mitgliedschaft hätte danach erst am 15. Februar
1996 enden können.

Beide Beteiligte haben Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG eingelegt.

Entscheidungsgründe

Die Beschwerden führen nicht zur Zulassung der Revision.

Die Beschwerde der Beklagten ist zulässig, aber unbegründet. Die Beklagte macht als Zulassungsgrund die grundsätzliche Bedeutung der
Rechtssache geltend (§ 160 Abs 2 Nr 1 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>). Sie hält für grundsätzlich klärungsbedürftig, wie der Zeitraum
bemessen sein muß, um als unverhältnismäßig kurz zu gelten, und ob von einer zu kurzen Zahlungsfrist dann überhaupt die Rede sein
kann, wenn der Zahlungspflichtige die Frist nicht etwa unverschuldet überschreitet, sondern schlicht mißachtet. Außerdem ergebe sich aus
den Ausführungen des LSG zu dem Bescheid vom 24. Januar 1996 die grundsätzliche Rechtsfrage, ob ein Bescheid, der wie in diesem Fall
deklaratorischen Charakter habe, weil auf die gesetzliche Folge des weiteren Zahlungsverzugs bereits mit Mahnschreiben vom 3. Januar
1996 hingewiesen worden sei, vor Beendigung der Mitgliedschaft erteilt werden kann.

Die aufgeworfenen Fragen haben keine grundsätzliche Bedeutung, weil sie in dem angestrebten Revisionsverfahren teilweise nicht
klärungsbedürftig und teilweise nicht klärungsfähig wären. Der Senat hat nach Wortlaut sowie Sinn und Zweck des § 191 Nr 3 SGB V keinen
Zweifel daran, daß dem Mitglied zwischen dem Hinweis auf die Rechtsfolgen im Sinne dieser Vorschrift und der Beendigung der Mitgliedschaft
eine Nachfrist gesetzt werden muß, die so zu bemessen ist, daß sie zur Zahlung der rückständigen Beiträge noch eine reale, wenn auch
zeitlich knapp bemessene Chance bietet. Anders könnte der Hinweis seine Warnfunktion nicht erfüllen. Das LSG hat die von der Beklagten
für die Zahlung der rückständigen Beiträge gesetzte Nachfrist hier aufgrund der Verhältnisse des Einzelfalles zutreffend als
unverhältnismäßig kurz angesehen (Erhalt des Hinweisschreibens am 9. Januar 1996, Fristablauf am Montag, dem 15. Januar 1996). Die
Frage, welche Frist im Rahmen des Hinweises nach § 191 Nr 3 SGB V generell angemessen ist, wäre nach der Überzeugung des Senats

vom 1. Juli 1995 bis 15. Januar 1996 auf, insgesamt 1.205,62 DM. Den Widerspruch des Klägers gegen die Höhe der Beiträge und die
Beendigung der Mitgliedschaft wies sie zurück (Widerspruchsbescheid vom 22. April 1996).

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage gegen die Beitragshöhe abgewiesen, der Klage gegen die Beendigung der Mitgliedschaft stattgegeben.
Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufungen des Klägers und der Beklagten gegen diese Entscheidung zurückgewiesen. Die Beklagte
habe die Beiträge zutreffend berechnet. Die Voraussetzungen für die Beendigung der Mitgliedschaft lägen jedoch nicht vor. Die Beklagte
habe erstmals im Mahnschreiben vom 3. Januar 1996 auf die Rechtsfolgen des § 191 Nr 3 SGB V hingewiesen. Die gesetzte Zahlungsfrist
sei unverhältnismäßig kurz und habe nicht zur Beendigung der Mitgliedschaft zum 15. Januar 1996 geführt. Dem Kläger sei nach Erhalt des
Schreibens erst am 9. Januar 1996 nicht ausreichend Gelegenheit geblieben, die Beiträge noch zu zahlen. Der Bescheid vom 24. Januar
1996 sei kein tauglicher Hinweis iS des § 191 Nr 3 SGB V, weil er erst nach dem angenommenen Ende der Mitgliedschaft zum 15. Januar
1996 ergangen sei. Außerdem sei der Bescheid rechtswidrig und aufzuheben, weil der darin genannte letzte bereits fällige Beitrag derjenige
für Dezember 1995 gewesen sei. Zahltag hierfür sei der 15. Januar 1996 gewesen; die Mitgliedschaft hätte danach erst am 15. Februar
1996 enden können.

Beide Beteiligte haben Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG eingelegt.

Entscheidungsgründe

Die Beschwerden führen nicht zur Zulassung der Revision.

Die Beschwerde der Beklagten ist zulässig, aber unbegründet. Die Beklagte macht als Zulassungsgrund die grundsätzliche Bedeutung der
Rechtssache geltend (§ 160 Abs 2 Nr 1 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>). Sie hält für grundsätzlich klärungsbedürftig, wie der Zeitraum
bemessen sein muß, um als unverhältnismäßig kurz zu gelten, und ob von einer zu kurzen Zahlungsfrist dann überhaupt die Rede sein
kann, wenn der Zahlungspflichtige die Frist nicht etwa unverschuldet überschreitet, sondern schlicht mißachtet. Außerdem ergebe sich aus
den Ausführungen des LSG zu dem Bescheid vom 24. Januar 1996 die grundsätzliche Rechtsfrage, ob ein Bescheid, der wie in diesem Fall
deklaratorischen Charakter habe, weil auf die gesetzliche Folge des weiteren Zahlungsverzugs bereits mit Mahnschreiben vom 3. Januar
1996 hingewiesen worden sei, vor Beendigung der Mitgliedschaft erteilt werden kann.

Die aufgeworfenen Fragen haben keine grundsätzliche Bedeutung, weil sie in dem angestrebten Revisionsverfahren teilweise nicht
klärungsbedürftig und teilweise nicht klärungsfähig wären. Der Senat hat nach Wortlaut sowie Sinn und Zweck des § 191 Nr 3 SGB V keinen
Zweifel daran, daß dem Mitglied zwischen dem Hinweis auf die Rechtsfolgen im Sinne dieser Vorschrift und der Beendigung der Mitgliedschaft
eine Nachfrist gesetzt werden muß, die so zu bemessen ist, daß sie zur Zahlung der rückständigen Beiträge noch eine reale, wenn auch
zeitlich knapp bemessene Chance bietet. Anders könnte der Hinweis seine Warnfunktion nicht erfüllen. Das LSG hat die von der Beklagten
für die Zahlung der rückständigen Beiträge gesetzte Nachfrist hier aufgrund der Verhältnisse des Einzelfalles zutreffend als
unverhältnismäßig kurz angesehen (Erhalt des Hinweisschreibens am 9. Januar 1996, Fristablauf am Montag, dem 15. Januar 1996). Die
Frage, welche Frist im Rahmen des Hinweises nach § 191 Nr 3 SGB V generell angemessen ist, wäre nach der Überzeugung des Senats

unter diesen besonderen Verhältnissen in dem angestrebten Revisionsverfahren nicht näher klärungsfähig.

Nach dem Regelungszweck dieser Vorschrift ist auch ausgeschlossen, daß die Nachfrist kürzer bemessen sein oder ganz entfallen könnte,
wenn das Mitglied "die Frist nicht etwa unverschuldet überschreitet, sondern schlicht mißachtet". Für die Angemessenheit der Frist sind die
Verhältnisse zum Zeitpunkt des Hinweises maßgebend, nicht diejenigen zur Zeit ihres Ablaufs. Ebenso sind die Gründe unbeachtlich, die das
Mitglied dazu bewogen haben, sie verstreichen zu lassen.

Die Frage, ob ein die Beendigung der Mitgliedschaft feststellender Bescheid vor diesem Zeitpunkt ergehen kann, stellt sich nach den
Gründen der Entscheidung des LSG nicht. Denn das LSG hat den Bescheid vom 24. Januar 1996 nicht, wie die Beklagte insoweit meint, für
rechtswidrig gehalten, weil er nach dem angenommenen Ende der Mitgliedschaft ergangen ist, sondern weil er nicht geeignet war, anstelle
des Schreibens vom 3. Januar 1996 den Hinweis nach § 191 Nr 3 SGB V zu geben und gleichzeitig die Beendigung der Mitgliedschaft schon
zum 15. Januar 1996 festzustellen.

Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig. Die Beschwerdebegründung genügt schon deshalb nicht den gesetzlichen Anforderungen, weil
sie keinen der in § 160 Abs 2 Nrn 1 bis 3 SGG abschließend aufgeführten Gründe für die Zulassung der Revision bezeichnet (§ 160a Abs 2
Satz 3 SGG). Der Senat vermag ihr im übrigen keine Gesichtspunkte zu entnehmen, die eine Überprüfung seiner in der
Beschwerdebegründung nicht behandelten Rechtsprechung nahelegen könnten, nach der ein Verlustausgleich unter den verschiedenen, bei
freiwilligen Mitgliedern beitragspflichtigen Einnahmearten (vertikaler Verlustausgleich) nach den Vorgaben des § 240 Abs 1 und 2 SGB V
unzulässig ist (vgl BSGE 76, 34 = SozR 3-2500 § 240 Nr 19). Im übrigen sieht der Senat gemäß § 160a Abs 4 Satz 3 Halbsatz 2 SGG von
einer Begründung ab.

Hiernach war die Beschwerde der Beklagten (als unbegründet) zurückzuweisen, die Beschwerde des Klägers war als unzulässig zu
verwerfen.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

RegNr 24737 (BSG-Intern)

Verfahrensgang

vorgehend SG Augsburg 23. Juli 1997 S 10 Kr 10/96 Urteil
vorgehend Bayerisches Landessozialgericht 4. Senat Urteil vom 8. April 1999 L 4 KR 88/97
Freiwilliges Mitglied - Beitragsrückstand - Beendigung der Mitgliedschaft

ÜBERSICHT DER KRANKENKASSEN HINSICHTLICH DER ALTERSGRENZEN BEITRITTSMÖGLICHKEIT FÜR SCHWERBEHINDERTE

Stand: 01.10.2012

Krankenkasse	Altershöchstgrenze	Bundesländer
BKK vor Ort	**keine Altersgrenze** Satzung Stand 01.01.2012	**alle Bundesländer**
IKK Südwest	**keine Altersgrenze** Satzung Stand 01.04.2011	**Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland**
atlas BKK ahlmann	**keine Altersgrenze** bis 30.9.2012	**Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Region der ehem. AOK Rheinland/Hamburg**
atlas BKK ahlmann	**55 Jahre** Satzung ab 1.10.12	**Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Region der ehem. AOK Rheinland/Hamburg**
BKK Essanelle	**55 Jahre** Satzung Stand 23.02.2012	**alle Bundesländer**
SBK (Siemens BKK)	**55 Jahre** Satzung Stand 12.01.2012	**alle Bundesländer**
BKK exklusiv	**55 Jahre** Satzung Stand 1.7.2011	**Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, NRW, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein**
BKK Hoesch	**51 Jahre** Satzung Stand 02.01.2011 **Zum 1.10.12 Fusion mit BKK vor Ort**	**Baden-Württemberg, Hessen, Bayern, Niedersachsen, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Bremen, Sachsen, Hamburg, Sachsen-Anhalt**
BKK VBU	**50 Jahre** Satzung Stand 01.01.2012	**alle Bundesländer außer Saarland**
audi BKK	**50 Jahre** Satzung Stand 01.01.2012	**alle Bundesländer** 01.01.2012 Fusion mit der BKK MAN-MTU
Vereinigte BKK	**50 Jahre** Satzung Stand 04.03.2011	**alle Bundesländer**
Novitas BKK	**50 Jahre** Satzung Stand 01.01.2012	**alle Bundesländer**
Continentale BKK	**50 Jahre** Satzung Stand 21.04.2011	**alle Bundesländer**
BKK Braun-Gilette	**50 Jahre** Satzung Stand 01.01.2012	**alle Bundesländer**
BKK firmus	**50 Jahre** Satzung Stand 01.07.2011	**alle Bundesländer**
BKK Pfalz	**50 Jahre** Satzung Stand 30.09.2011	**alle Bundesländer**
BKK Victoria d.a.s.	**50 Jahre** Satzung Stand 01.01.2012	**alle Bundesländer**
Die Schwenninger BKK	**50 Jahre** Satzung Stand 24.05.2011	**alle Bundesländer**
Shell BKK/Life	**50 Jahre** Satzung Stand 13.12.2011	**alle Bundesländer**
BKK Verbund plus	**50 Jahre** Satzung Stand 30.08.2011	**Berlin, Hamburg, Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, NRW, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein**
BKK ZF und Partner	**50 Jahre** Satzung Stand 8-2099	**alle Bundesländer außer Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein**
BKK Freudenberg	**50 Jahre** Satzung Stand 1/2011	**Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, NRW, Rheinland-Pfalz, Sachsen**
BKK Technoform	**50 Jahre** Satzung Stand 1.1.2010	**Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz**

BKK euregio	**50 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**Hamburg, Nordrhein (NRW), Westfalen-Lippe**
BKK VDN	**50 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**Hamburg, NRW, Sachsen**
BKK vital	**50 Jahre** Satzung Stand 1.4.2010	**Baden-Württemberg, NRW, Rheinland-Pfalz**
BKK Faber-Castell	**50 Jahre** Satzung Stand 12/2008	**Bayern**
BKK Textilgruppe Hof	**50 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**Bayern**
Barmer GEK	**45 Jahre** Satzung Stand 01.01.2011	**alle Bundesländer**
DAK	**45 Jahre** Satzung Stand 01.01.2012	**alle Bundesländer**
KKH Allianz	**45 Jahre** Satzung Stand 01.04.2011	**alle Bundesländer**
TK	**45 Jahre** Satzung Stand 01.04.2011	**alle Bundesländer**
HEK	**45 Jahre** Satzung Stand 01.05.2011	**alle Bundesländer**
HKK	**45 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**alle Bundesländer**
Knappschafts-Krankenkasse	**45 Jahre** Satzung Stand 1.6.2011	**alle Bundesländer**
BIG direkt	**45 Jahre** Satzung Stand 01.07.2011	**alle Bundesländer**
IKK Brandenburg und Berlin	**45 Jahre** Satzung Stand 01.01.2012	**Berlin, Brandenburg**
IKK Nord	**45 Jahre** Satzung Stand 1.4.2012	**Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen**
IKK classic	**45 Jahre** Satzung Stand 17.5.2011 **Fusion zum 1.8.11 mit Vereinigter IKK**	**alle Bundesländer**
BKK advita	**45 Jahre** Satzung Stand 1.1.2010	**alle Bundesländer**
BKK Demag Krauss-Maffei	**45 Jahre** Satzung Stand 4.1.2011	**Nicht in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt**
BKK Diakonie	**45 Jahre** Satzung Stand 1.3.2011	**Nicht in Thüringen und Saarland**
BKK Dr. Oetker	**45 Jahre** Satzung Stand 1.4.2011	**alle Bundesländer**
BKK 24	**45 Jahre** Satzung Stand 29.10.2010	**alle Bundesländer**
BKK Gildemeister Seidensticker	**45 Jahre** Satzung Stand 7.1.2011	**alle Bundesländer**
BKK Pfaff	**45 Jahre** Satzung Stand 16.4.2009	**Bayern, Rheinland-Pfalz**
BKK Wirtschaft und Finanzen	**45 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**Nicht in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen**
Bosch BKK	**45 Jahre** Satzung Stand 17.12.2010	**Nicht in Schleswig-Holstein und Bremen**
Brandenburgische BKK	**45 Jahre** Satzung Stand 1.7.2010	**Brandenburg**
Debeka BKK	**45 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**alle Bundesländer**
Energie BKK	**45 Jahre** Satzung Stand 20.1.2010	**alle Bundesländer**

SKD BKK	**45 Jahre** Satzung Stand 17.1.2011	**Nicht in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen**
Vaillant BKK	**45 Jahre** Satzung Stand 1.1.2010	**Nicht in Brandenburg und Schleswig-Holstein**
BKK Achenbach Buschhütten	**45 Jahre** Satzung Stand 1.4.12	**NRW und Westfalen-Lippe**
Saint-Gobain BKK	**45 Jahre** Satzung nicht im Netz	**Nicht in Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen**
Bahn BKK	**40 Jahre** Satzung Stand ?	**alle Bundesländer**
Bertelsmann BKK	**40 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**alle Bundesländer**
BKK ATU	**8-40 Jahre** Satzung Stand 1.7.2010	**alle Bundesländer**
BKK der Siemag	**40 Jahre** Satzung Stand 5.10.2007?	**Nicht in Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen**
BKK Dürkopp Adler	**40 Jahre** Satzung Stand 1.1.2010	**Westfalen-Lippe, NRW**
BKK Kassana	**40 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**alle Bundesländer**
BKK Phoenix	**40 Jahre** Satzung Stand 2010	**Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Hamburg, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Thüringen**
BKK Schwarzwald (SBH)	**40 Jahre** Satzung Stand 1.12.2010	**Baden-Württemberg**
BKK Werra-Meißner	**40 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**Hessen, Bayern**
Deutsche BKK	**40 Jahre** Satzung Stand 5.1.2011	**alle Bundesländer**
Esso BKK	**40 Jahre** Satzung Stand 7-2010	**alle Bundesländer**
G&V BKK	**40 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**Baden-Württemberg**
BKK mhplus	**40 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**alle Bundesländer außer Berlin**
R&V BKk	**40 Jahre** Satzung Stand 9.12.2010	**alle Bundesländer**
Salus BKK	**40 Jahre** Satzung Stand 29.12.2010	**alle Bundesländer außer Saarland**
BKK Securvita	**40 Jahre** Satzung Stand Juni 2011	**alle Bundesländerg**
WMF BKK	**40 Jahre** Satzung Stand 1.8.2007	**alle Bundesländer**
BKK Mobil Oil	**35 Jahre** Satzung Stand 21.6.2011	**div. Bundesländer**
BKK S-H	**35 Jahre** Satzung Stand 2010	**Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein**
BKK Henschel plus	**30 Jahre** Satzung Stand 2007	**Bayern, Hessen, Niedersachsen**
BKK Herford Minden Ravensberg	**30 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**div. Bundesländer**
Die Bergische Krankenkasse	**30 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**Hamburg, NRW**
Pronova BKK	**30 Jahre** 1.1.2011	**alle Bundesländer**
BKK Medicus	**25 Jahre** Satzung Stand 1.3.2011	**div. Bundesländer**

BKK Melitta plus	**25 Jahre** Satzung Stand ??	**Baden-Württemberg, Niedersachsen, NRW**
BKK alp plus	**20 Jahre** Satzung Stand ??	**alle Bundesländer**
BKK akzo nobel Bayern	**???**	**Bayern**
BKK Thüringer Energieversorger	**???**	**Thüringen, Sachsen**
BKK Herkules	**???**	**Bayern, Hessen, Niedersachsen**
BKK Linde	**???**	**alle Bundesländer**
BKK MEM	**???**	**Thüringen**
BKK Publik Partner der BKK Salzgitter	**???**	**Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein**
BKK Scheufelen	**???**	**Baden-Württemberg**
BKK TUI	**???**	**alle Bundesländer**
BKK Basell	**keine Altersgrenze** Satzung Stand 1.1.2011	**geschlossene BKK**
BKK ernst young	**keine Altersgrenze** Satzung Stand 1.1.2011	**geschlossene BKK**
BKK KBA/West	**keine Altersgrenze** Satzung Stand 1.8.2008	**geschlossene BKK**
BKK Wieland-Werke	**keine Altersgrenze** Satzung Stand ??	**geschlossene BKK**
BMW BKK	**keine Altersgrenze** Satzung Stand 1.1.2011	**geschlossene BKK**
BKK Merck	**keine Altersgrenze** Satzung Stand ???	**geschlossene BKK**
BKK PwC	**keine Altersgrenze** Satzung Stand 1.1.12	**geschlossene BKK**
HEAG BKK	**keine Altersgrenze** Satzung Stand ??	**geschlossene BKK**
BKK BPW Wiehl	**55 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**geschlossene BKK**
BKK Krones	**55 Jahre** Satzung Stand 1.1.2010	**geschlossene BKK**
BKK MTU Friedrichshafen	**55 Jahre** Satzung Stand 1.7.2010	**geschlossene BKK**
Daimler BKK/West	**50 Jahre** Satzung Stand 1.1.2011	**geschlossene BKK**
BKK aeskulap	**50 Jahre** Satzung Stand 1.7.2011	**geschlossene BKK**
BKK Groz Beckert	**50 Jahre** Satzung Stand 1.5.2010	**geschlossene BKK**
BKK Heimbach	**50 Jahre** Satzung Stand 1.10.2007	**geschlossene BKK**
BKK EWE	**50 Jahre** Satzung Stand 17.12.2010	**geschlossene BKK**
BKK Mahle	**50 Jahre** Satzung Stand 12.4.2011	**geschlossene BKK**

BKK Schwesternschaft BRK	**50 Jahre** Satzung Stand 1.5.2010	**geschlossene BKK**
Südzucker BKK	**50 Jahre** Satzung Stand 1.1.2010	**geschlossene BKK**
BKK Beiersdorf AG	**45 Jahre** Satzung Stand 1.7.2011	**geschlossene BKK**
BKK Rica Ricosta	**40 Jahre** Satzung Stand 1.1.2008	**geschlossene BKK**
BKK Würth	**40 Jahre** Satzung Stand 2007	**geschlossene BKK**
BKK RWE	**35 Jahre** Satzung Stand1.1.2011	**geschlossene BKK**
BKK Braun Melsungen	**???**	**geschlossene BKK**
BKK BJB	**???**	**geschlossene BKK**
BKK Deutsche Bank AG	**???**	**geschlossene BKK**
BKK Grillo-Werke	**???**	**geschlossene BKK**
BKK Karl Mayer	**???**	**geschlossene BKK**
BKK Kevag Koblenz	**???**	**geschlossene BKK**
BKK Miele	**???**	**geschlossene BKK**
BKK Stadt Augsburg	**???**	**geschlossene BKK**
BKK voralb heller…	**???**	**geschlossene BKK**
EON BKK	**???**	**geschlossene BKK**

ÜBERSICHT DER KRANKENKASSEN HINSICHTLICH DER

ALTERSGRENZEN BEITRITTSMÖGLICHKEIT FÜR SCHWERBEHINDERTE AOKen

Angefertigt am 01.07.2012

Krankenkasse	Altershöchstgrenze Beitritt für Schwerbehinderte § 9 (1) Nr. 4 SGB V		
AOK Baden-Württemberg	45 Jahre Satzung Stand 2.1.11		
AOK Bayern	45 Jahre Satzung Stand 1.5.11		
AOK Bremen/ Bremerhaven	45 Jahre Satzung Stand 22.3.11		
AOK Hessen	45 Jahre Satzung Stand 1.4.11		
AOK Niedersachsen	40 Jahre Satzung Stand 9.3.11		
AOK Nordost [1]	45 Jahre Satzung Stand 1.1.11	Fusion der AOK Berlin-Brandenburg seit 1.1.11	mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern
AOK [2] Nordwest	45 Jahre Satzung Stand 21.3.11	Fusion der AOK Westfalen-Lippe seit 1.10.10	mit der AOK Schleswig-Holstein
AOK plus [3]	45 Jahre Satzung Stand 11.5.11		
AOK Rheinland/ Hamburg	45 Jahre Satzung Stand 1.1.11		
AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland	45 Jahre? Satzung Stand ?	Fusion der AOK Rheinland-Pfalz mit der AOK Saarland s. 1.3.12	
AOK Sachsen-Anhalt	40 Jahre Satzung Stand 1.1.11		

Hinweis: In der Regel kann nur die AOK des Wohnortes gewählt werden. Wenn allerdings ein Elternteil bei einer anderen AOK versichert ist, dann kann diese gewählt werden!

(Footnotes)

1 Die AOK Berlin ist mit der AOK Brandenburg zur AOK Berlin-Brandenburg fusioniert. Diese fusionierte AOK ist dann zum 1.1.11 mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern zur AOK Nordost fusioniert.

2 Die AOK Westfalen-Lippe und die AOK Schleswig-Holstein sind zur AOK Nordwest fusioniert.

3 Die AOK Sachsen ist mit der AOK Thüringen zur AOK plus fusioniert.

Voraussetzungen für die Krankenversicherungspflicht nicht (vgl. Urteile des Bundessozialgerichts vom 26. 3. 1996 — 12 RK 5/95 —, USK 9607, und 13. 8. 1996 — 12 RK 15/96 —, USK 9633). Wird die Leistung dagegen nur gekürzt oder lediglich teilweise versagt, dann tritt Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ein. Im übrigen spielt es keine Rolle, ob die Zahlung der Leistung an den Anspruchsberechtigten selbst oder an Dritte erfolgt.

1.1.1.2 Sperrzeit-Krankenversicherung

In den Sperrzeitfällen des § 144 SGB III wird der unmittelbare Zusammenhang von Leistungsbezug und Versicherungspflicht durchbrochen. Allerdings ordnet der Gesetzgeber in diesen Fällen in § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ausdrücklich die Versicherungspflicht an. Im Gegensatz zu der bis zum 31. 12. 1997 geltenden Regelung des § 155 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz AFG beginnt die Versicherungspflicht künftig nicht mehr mit Beginn der fünften Woche, sondern vom Beginn des zweiten Monats der Sperrzeit an, frühestens jedoch mit dem Tag der Arbeitslosmeldung. Mit dieser Änderung werden Beginn der Versicherungspflicht und Ende eines nachgehenden Leistungsanspruchs in der Krankenversicherung (§ 19 Abs. 2 SGB V) aufeinander abgestimmt. Wie bisher setzt der Eintritt der Versicherungspflicht während einer Sperrzeit voraus, daß ein Anspruch auf Arbeitslosengeld (§ 117 SGB III) dem Grunde nach gegeben ist. Ein Krankenversicherungsschutz besteht im übrigen auch dann, wenn zu Beginn des zweiten Monats einer Sperrzeit Arbeitsunfähigkeit besteht.

Beispiele*	1	2	3	4
Ausscheiden aus der Beschäftigung	15. 1.	31. 1.	28. 2.	31. 3.
Sperrzeit nach § 144 SGB III	16. 1.—9. 4.	1. 2.—25. 4.	1. 3.—23. 5.	1. 4.—23. 6.
Beginn des Leistungsanspruchs (hier: persönliche Arbeitslosmeldung)	17. 1.	5. 2.	1. 3.	7. 5.
Zahlung von Arbeitslosengeld ab	10. 4.	26. 4.	24. 5.	24. 6.
Beginn der Sperrzeit-Krankenversicherung	16. 2.	1. 3.	1. 4.	7. 5.

* kein Schaltjahr.

DAS BEDEUTEN DIE ANGABEN AUF IHRER VERSICHERTENKARTE

Datensicherer Speicherchip
Ihre hier gespeicherten Daten **Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer, Krankenkasse** und **Gültigkeitsdatum** können bei Ihrem Arzt nur gelesen und nicht verändert werden.

Ihre Unterschrift
Die Karte ist nur mit Ihrer Unterschrift (normaler Kugelschreiber) **auf der Rückseite** gültig. Ausgenommen sind Kinder unter 15 Jahren, deren Karte der gesetzliche Vertreter bzw. eine bevollmächtigte Person unterzeichnet.

Kenn-Nummer der BARMER

Ihre Versicherten-Nummer

Ihr Versicherten-Status
Stelle 1 1 = Mitglied
3 = Familienversicherte
5 = In der Krankenversicherung der Rentner geführte Versicherte und deren Angehörige

Stelle 2 1 = Zugehörigkeit Rechtskreis West
9 = Zugehörigkeit Rechtskreis Ost

4 = Versorgung § 264

Gültigkeits-Datum
Ihre Karte ist bis zu diesem Datum gültig (hier bis Ende Dez. 2001). Bei Ende der Mitgliedschaft oder Ausscheiden aus der Familienversicherung muß die Karte zurückgegeben werden.

7+8 EU-Direktführung

Ihre Versichertenkarte ersetzt die normalen Krankenscheine sowie die Berechtigungsscheine für Krebsfrüherkennungs-, Kindervorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen. Nehmen Sie deshalb bitte zu jedem Arzt- und Zahnarztbesuch Ihre Karte mit!

Innerhalb eines Quartals benötigen Sie für einen Arztwechsel wie bisher einen Überweisungsschein (zu Ihrer Versichertenkarte!).

Für Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmittel sowie für eine stationäre Krankenhausbehandlung (außer in Notfällen!) ist ebenfalls die vorherige ärztliche Verordnung erforderlich.

DAS SIND IHRE VORTEILE

Mehr Service und noch bessere Betreuung

Mehr Service: Sie haben eine Versichertenkarte für alle bisherigen Scheine (mit Ausnahme des Überweisungsscheins) – bei Arzt- und Zahnarztbesuchen, sowie bei Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen. Das Ausfüllen und Aufbewahren der verschiedenen Scheine entfällt für Sie.

Bessere Betreuung: Die Abwicklung in der Praxis geht für Sie als Patient schneller und einfacher.

Garantierte Datensicherheit

Die Einhaltung des Datenschutz-Gesetzes ist durch eine Prüfung des Bundesdatenschutz-Beauftragten garantiert: Die auf Ihrer Versichertenkarte gespeicherten Daten können bei Ihrem Arzt nur abgerufen und auf keinen Fall verändert werden.

Eine Karte je Familienmitglied

Jeder Versicherte, d. h. jedes mitversicherte Mitglied Ihrer Familie erhält eine eigene Versichertenkarte.

Karte bitte sorgfältig aufbewahren und unbedingt vor übermäßiger Hitze sowie Röntgenstrahlen und Magnetfeldern (z. B. Ablage auf Lautsprechern) schützen.

Die neue Krankenversichertennummer ist einheitlich:

Die eGK-Krankenversichertennummer besteht aus einem alphanumerischen und einem numerischen Baustein.

Der **unveränderbare Teil** - dabei handelt es sich um die eigentliche Krankenversichertennummer, die ausschlaggebend für alle Verfahren ist - ist einer bestimmten Person, dem Hauptversicherten oder einem mitversicherten Familienangehörigen, zugeordnet und begleitet ihn ein Leben lang. Dieser Teil der neuen Krankenversichertennummer hat 10 Stellen.

Der **veränderbare Teil** enthält Informationen über die Krankenkasse. Die 9-stellige Nummer ist das so genannte Institutionskennzeichen der Krankenkasse. Der Bezug eines Angehörigen zum Mitglied wird über einen weiteren Nummern-Teil hergestellt. Dieser ist 10 Stellen lang. In den Regelverfahren der Krankenkassen (Datenaustausch mit den Leistungserbringern, Gesundheitskarte etc.) werden der unveränderbare Teil, der veränderbare Teil und der Bezug eines Familienangehörigen jeweils in getrennten Datenfeldern verwendet. Für den Fall, dass für den unveränderbaren Teil (Stelle 1 - 10) und die Kassenzugehörigkeit (Stelle 11 - 19) in bestimmten Anwendungen nur ein Datenfeld zur Verfügung steht, ist eine zusätzliche Prüfziffer (Stelle 20) erforderlich. Werden alle drei Bestandteile der Krankenversichertennummer in einem Datenfeld verwendet, kommt ebenfalls eine zusätzliche Prüfziffer (Stelle 30) zum Einsatz. Die neue Krankenversichertennummer hat somit 20 Stellen für Hauptversicherte und 30 Stellen für Familienangehörige.

Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Frau
Claudia Mehlhorn
Dürerstr. 9
12203 Berlin

REFERAT 211
BEARBEITET VON Frank P. Bayer-Helms

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-2207
FAX +49 (0)228 99 441-4924
E-MAIL 211@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Bonn, 23. Januar 2012
AZ 211-96/Mehlhorn/12

Ihr Schreiben vom 29. Dezember 2011; Statuskennzeichen

Sehr geehrte Frau Mehlhorn,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 29. Dezember 2011, in welchem Sie sich nach der Erkennbarkeit der sogenannten Statusergänzungsmerkmale auf der neuen elektronischen Gesundheitskarte erkundigen.

Wie Sie in Ihrem Schreiben richtig ausführen, ist der Status des Versicherten eine fünfstellige Ziffernfolge, die auf der "alten" Krankenversichertenkarte aufgedruckt und im Speicherchip gespeichert war. Von dieser Ziffernfolge verschlüsselt die erste Ziffer die Art der Versicherung ("1" für Mitglied der allgemeinen Krankenversicherung (AKV), "3" für Familienangehöriger eines AKV-Mitgliedes und "5" für Rentner und ihre Familienangehörigen). Die vier andern Ziffern verschlüsseln die Stichprobenzuordnung des Karteninhabers, das Geburtsjahr (dritte und vierte Ziffer) und besondere Tatbestände (fünfte Ziffer), z. B. die Teilnahme an einem DMP-Programm oder den Status nach § 264 SGB V (Sozialhilfeempfänger).

Bei der neuen elektronischen Gesundheitskarte sind diese Merkmale nicht mehr sichtbar auf dem Kartenkörper aufgedruckt. Datenschutzrechtlich sensible Versichertenstammdaten nach § 291 Absatz 2 Satz1 SGB V, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Versicherten zulassen, werden zukünftig verschlüsselt in einem geschützten Bereich der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Sie können dann nur noch von Berechtigten gelesen werden.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Frank P. Bayer-Helms

Ersatz - Krankenkasse - Nichteheliches Kind - Ausschlußfrist - Vaterschaft

Gericht: BSG
Datum: 08.03.1990
Aktenzeichen: 3 RK 12/89

Rechtsgrundlagen: § 104 Abs. 1 SGB X
§ 111 SGB X
§ 1600a S. 1 BGB
§ 111 S. 2 SGB X

Sachgebiete: Soziales - Sozialverfahrensrecht
Soziales - Gesetzliche Krankenversicherung - Leistungsrecht

Entscheidungsform: Urteil

Vorinstanzen: SG Osnabrück 25.06.1987 - S 3 Kr 38/85
LSG Celle 07.09.1988 - L 4 Kr 57/87

Fundstellen: BSGE 66, 246

Leitsatz:

Beim Ersatzanspruch nach § 104 SGB X gegen die Krank enkasse wegen Leistungen für ein nichtehelich geborenes Kind beginnt die Ausschlußf rist des § 111 SGB X nicht vor der Feststellung der Vaterschaf t des Versicherten.

Entscheidung im Volltext:

Gründe

I. Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die bek lagte Krankenkasse dem klagenden Sozialhilfeträger Krankenhilfekosten zu erstatten hat oder ob der Erstattungsanspruch der Klägerin nach § 111 Soz ialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren - (SGB X) wegen Fristablaufs ausgeschlossen ist.

Die Klägerin hat die streitigen Kosten f ür die am 15. Januar 1983 nichtehelich geborene Tochter des bei der Bek lagten versicherten Beigeladenen bis M itte Juni 1983 aufgewendet, bevor im April 1984 dessen Vaterschaf t festgestellt wurde. Sie hat ihren Erstattungsanspruch am 22. August 1984 geltend gem acht. Die Beklagte hat den Ersatz der streitigen Kosten unter H inweis auf die einjährige Ausschlußf rist des § 111 SGB X abgelehnt. D as Sozialgericht (SG) hat der Klage (hinsichtlich des hier noch streitigen Betrages) stattgegeben. Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht(LSG) die Klage m it der Begründung abgew iesen, daß der Zeitpunkt der Feststellung der Vaterschaf t trotz der auf diesen Zeitpunk t abhebenden Vorschrift des § 1600a Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) für das Entstehen des Ersatzanspruches nicht m aßgebend sei und daher auch als Ank nüpfungspunkt für den Fristbeginn des § 111 SGB X ausz uscheiden habe. D ie Klägerin hat R evision eingelegt.

Sie beantragt,

das Urteil des Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen vom 7. September 1988 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das erstinstanzliche Urteil zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Der Beigeladene hat sich nicht geäußert.

II.

Die Revision der Klägerin ist begründet.

Der klagende Sozialhilfeträger hat einen Ersatzanspruch gegen die beklagte Kasse nach § 104 SGB X in Höhe der streitigen Forderung dann, wenn sie für die (am 15. Januar 1983 geborene) Tochter des Beigeladenen Leistungen erbrachte, welche die Beklagte nach § 205 Reichsversicherungsordnung (RVO) als sog Familienkrankenhilfe gegenüber dem Beigeladenen als ihrem Versicherten zu erbringen verpflichtet war.

Nach § 111 Satz 1 SGB X ist der Erstattungsanspruch ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens 12 Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Als die Klägerin den Erstattungsanspruch am 22. August 1984 geltend machte, waren seit ihren Leistungen, die sie letztmals Mitte Juni 1983 erbracht hatte, jedenfalls über 12 Monate vergangen. Die Klägerin kann demnach mit ihrem Erstattungsanspruch nur durchdringen, wenn die zwölfmonatige Ausschlußfrist nicht schon mit den Mitte Juni 1983 erbrachten letzten Leistungen, sondern erst nach dem - dem Datum der Geltendmachung um 12 Monate vorausgegangenen - 22. August 1983 begonnen hatte. Die Klägerin meint, die Ausschlußfrist habe erst mit der Feststellung der Vaterschaft im April 1984 zu laufen begonnen (so daß sie zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs am 22. August 1984 noch nicht abgelaufen gewesen sei), da nach § 1600a Satz 2 BGB bei nichtehelichen Kindern die Rechtswirkungen der Vaterschaft erst vom Zeitpunkt ihrer Feststellung an geltend gemacht werden können.

Wie das Landessozialgericht (LSG) zutreffend ausführte, entsteht der für den Familienhilfeanspruch (§ 205 RVO) maßgebliche Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen den Vater schon vor dem Zeitpunkt der Vaterschaftsfeststellung (vgl § 1615d BGB und Palandt, Komm BGB, 48. Aufl, Anm 4 zu § 1600a).

Dementsprechend hat auch schon vor der Anerkennung eine wenn auch nicht durchsetzbare Leistungsverpflichtung der Beklagten nach § 205 Reichsversicherungsordnung (RVO) bestanden, so daß die Voraussetzungen des Ersatzanspruchs hier gegeben sind.

Der Sinn des § 111 SGB X geht dahin, die Ersatzverpflichtung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers aus Gründen der Rechtssicherheit dann entfallen zu lassen, wenn der ersatzberechtigte Leistungsträger 12 Monate nach der Entstehung des Ersatzanspruchs diesen nicht geltend gemacht hat, ihn aber objektiv hätte geltend

machen können. Der gleiche Normsinn gebietet es aber, dieselbe Fristdauer dem ersatzberechtigten Leistungsträger dann einzuräumen, wenn er zwar einen Ersatzanspruch hatte, ihn aber aus allgemeinen Rechtsgründen gar nicht durchsetzen konnte. Verhindert die Vorschrift des § 1600a BGB zwar nicht das frühere Entstehen des Unterhaltsanspruchs, so bewirkt sie doch, daß der Unterhaltsanspruch nicht vor der Feststellung der Vaterschaft geltend gemacht werden kann. Daraus folgt aber, daß auch der Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X selbst dann nicht vor diesem Zeitpunkt gegen den vorrangig verpflichteten Leistungsträger geltend gemacht werden kann, wenn man berücksichtigt, daß der Beklagten zuvor zwar keine konkrete Leistungsverpflichtung oblag, sie die Leistung aber doch in abstrakter Weise schuldete. Demnach ist es geboten, den Satz des § 111 Satz 2 SGB X, wonach der Lauf der Frist frühestens mit der Entstehung des Erstattungsanspruchs beginnt, im Wege der Analogie dahin zu ergänzen, daß der Lauf der Frist auch dann nicht beginnt, wenn der Ersatzanspruch zwar entstanden ist, aber aus allgemeinen Rechtsgründen nicht durchgesetzt werden kann.

Die Ausschlußfrist des § 111 SGB X war demnach hier nicht abgelaufen. Der Frage, ob die Klägerin in Kenntnis der Nichtehelichkeit des Kindes und möglicherweise des Beigeladenen als des mutmaßlichen Vaters einen Erstattungsanspruch für den Fall einer späteren Anerkennung bzw Feststellung der Vaterschaft hätte vorsorglich anmelden können, war hier nicht nachzugehen. Mit dem Begriff der Geltendmachung iS des § 111 Satz 1 SGB X ist ein unbedingtes Einfordern der Leistung gemeint, nicht ein bloß vorsorgliches Anmelden, durch das der Fristablauf also gar nicht aufgehalten werden konnte.

VG 8 A 28.04

Verkündet am 18. Januar 2005

Neumann
Justizobersekretärin
als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle

VERWALTUNGSGERICHT BERLIN

URTEIL

Im Namen des Volkes

In der Verwaltungsstreitsache

der Charité - Universitätsmedizin Berlin,
vert. d. d. Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. Detlev Ganten,
Schumannstraße 20/21, 10117 Berlin,

Klägerin,

g e g e n

das Land Berlin, vertreten durch das
Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin,
-Rechtsamt-,
Schloßstraße 80, 12165 Berlin,

Beklagten,

hat das Verwaltungsgericht Berlin, 8. Kammer, aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 18. Januar 2005 durch

die Vorsitzende Richterin am Verwaltungsgericht von Alven-Döring
als Einzelrichterin

für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Das Urteil ist wegen der Kosten vorläufig vollstreckbar. Der Klägerin wird nachgelassen, die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe des beizutreibenden Betrages abzuwenden, wenn nicht der Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt als derzeitige Trägerin des früheren Universitätsklinikums Rudolf Virchow vom Beklagten die Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung der Frau P. und ihres neugeborenen Kindes in der Zeit vom 20. bis 24. März 1997.

Die am 3. Januar 1980 geborene Patientin bezog seit September 1996 laufende Hilfe zum Lebensunterhalt. Sie wurde wegen der bevorstehenden Geburt ihres Kindes am 20. März 1997 im Universitätsklinikum Charité-Virchow aufgenommen. Das Klinikum schloss mit ihr einen Behandlungsvertrag, der u.a. auch Wahlleistungen umfasste. Zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme war die Patientin zu 20% bei einer privaten Krankenversicherung versichert; im Übrigen gingen die Beteiligten von einer Beihilfeberechtigung über den Stiefvater der Patientin aus.

Die Kindergeldzahlungen für die Patientin wurden mit Bescheid des Arbeitgebers ihres Stiefvaters vom 4. April 1997 wegen des Auszugs der Stieftochter aus dem elterlichen Haushalt rückwirkend zum 31. Januar 1997 eingestellt worden. Aus diesem Grund entfiel auch die Beihilfeberechtigung.

Das Krankenhaus stellte der Patientin die durch den Krankenversicherungschutz nicht gedeckten Behandlungskosten am 21. August 1997 bzw. 8. Oktober 1997 in Rechnung.

Bereits am 25. Mai 1997 hatte die Patientin in der Erste-Hilfe-Abteilung im Universitätsklinikum Charité ärztliche Notfallleistungen in Anspruch genommen, für die das Bezirksamt Wedding von Berlin als Träger der Sozialhilfe am 27. August 1997 die Kostenübernahme erklärte. Am 15. Januar 1998 erfolgte eine weitere Notfallbehandlung der Patientin im Rudolf Virchow-Klinikum für die gleichfalls auf Grund einer Anzeige vom gleichen Tag die Kostenübernahme von Seiten des Bezirksamtes Wedding von Berlin am 27. Januar 1998 erklärt wurde.

Nach dem Vorbringen der Klägerin erhielt diese erst am 19. Februar 1998 von der Patientin Kenntnis über den rückwirkenden Wegfall der Beihilfeberechtigung, sie

will am gleichen Tag die Übernahme der offenen Behandlungskosten beim seinerzeit zuständigen Bezirksamt Wedding von Berlin beantragt haben.

Mit Schreiben vom 13. April 1999 bat die Klägerin den Beklagten unter Bezugnahme auf einen Antrag auf Kostenübernahme vom 19. Februar 1998 nochmals um eine Übernahme der Kosten für die streitgegenständliche stationäre Behandlung aus dem Jahre 1997. Mit Datum vom 28. April 1999 übersandte die Klägerin hierzu eine(n) Aufnahmeanzeige/Kostenübernahmeantrag.

Das Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin lehnte mit Schreiben vom 19. April, 22. September, 20. Oktober und 21. Dezember 1999 ohne Rechtsmittelbelehrung die Übernahme der Behandlungskosten ab. Die Klägerin trat diesen Ablehnungen mit Schreiben vom 10. September, 13. Oktober und 30. November 1999 entgegen. Wegen der Einzelheiten wird auf die jeweiligen Schreiben verwiesen.

Mit ihrer am 8. März 2000 beim Verwaltungsgericht eingegangenen Klage hat die Klägerin zunächst die Erstattung der Behandlungskosten in Höhe von 3.552,46 DM begehrt. Nach Rücknahme der Klage hinsichtlich der in der Rechnung enthaltenen Wahlleistungen

beantragt die Klägerin nunmehr,

> den Beklagten zu verpflichten, der Klägerin die Kosten des Krankenhausaufenthalts der Patientin P. in Höhe von 1.462,60 Euro nebst 2% Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 8. März 2000 zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,

> die Klage abzuweisen.

Die Kammer hat den Rechtsstreit mit Beschluss vom 30. November 2004 der Berichterstatterin als Einzelrichterin zu Entscheidung übertragen.

Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Streitakte und die die Patientin betreffenden Verwaltungsvorgänge des Beklagten verwiesen. Diese haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist als Verpflichtungsklage statthaft. Die Klägerin begehrt gemäß § 42 Abs. 1 VwGO die Verurteilung des Beklagten zum Erlass eines abgelehnten Verwaltungsakts. Die Verpflichtung des auf § 121 BSHG gestützten Zahlungsanspruchs setzt eine die begehrte Kostenerstattung regelnde Entscheidung der in Anspruch genommenen Behörde, mithin den Erlass eines Verwaltungsakts im Sinne des § 31 Satz 1 SGB X voraus (vgl. OVG Münster, ZFSH/SBG 2001, 340). Die Qualifizierung des behördlichen Handelns des Beklagten in Form eines Verwaltungsakts wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Klägerin Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin ist, denn auch zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts genügt es, wenn das Gesetz einer Verwaltungsstelle eine hoheitliche Entscheidungskompetenz zuweist und gleichzeitig anordnet, dass diese auch für betroffene öffentlich-rechtliche Rechtsträger gilt (vgl. BSG, NJW-RR 1994,788). So liegt der Fall hier, denn die Klägerin nimmt für sich ein Handeln als Nothelfer im Sinne des § 121 BSHG wie ein Dritter in Anspruch und steht damit im Rahmen der Kostenerstattung dem Beklagten als Träger der Sozialhilfe in gleicher Weise wie eine natürliche Person gegenüber.

Die Klage ist nicht deshalb unzulässig, weil das für eine Verpflichtungsklage nach § 68 VwGO vorgeschriebene Vorverfahren nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Zwar hat weder der Beklagte eine Kostenübernahme ausdrücklich in Form eines Verwaltungsaktes abgelehnt, noch hat die Klägerin förmlich Widerspruch gegen die Entscheidungen eingelegt, sondern mehrfach in Schreiben um eine Überprüfung der ablehnenden Haltung gebeten; diese Sachbehandlung erfüllt gleichwohl den Zweck, dem die Durchführung eines Vorverfahrens dienen soll. Bei einer Gesamtbetrachtung des Schriftwechsels wäre es unnötige Förmelei, wollte man von der Klägerin verlangen, sie hätte sich vor einer Inanspruchnahme gerichtlichen Rechtsschutzes, nochmals gegen die letzte Ablehnung mit Schreiben vom 21. Dezember 1999 Widerspruch erheben müssen.

Die danach zulässige Klage ist jedoch unbegründet.
Ein Erstattungsanspruch nach § 121 BSHG setzt voraus, dass die Klägerin, deren Aktivlegitimation als Rechtsnachfolgerin Trägerin des früheren Klinikums Rudolf Virchow der Freien Universität Berlin unzweifelhaft ist, der Patientin P. und deren Kind seinerzeit Hilfe gewährt hat, die bei rechtzeitiger Kenntnisnahme der Träger

der Sozialhilfe hätte erbringen müssen. Der Anspruch besteht im Übrigen nur, wenn der Antrag innerhalb angemessener Frist gestellt worden ist.

Ein Eilfall im Sinne des § 121 BSHG dürfte nicht bereits deshalb ausgeschlossen sein, weil die Entbindung vorhersehbar war, denn für die Beurteilung ist ausschlaggebend, dass der Nothelfer bei objektiver Beurteilung berechtigterweise davon ausgehen konnte, sofort Hilfe leisten zu müssen, statt abzuwarten, bis die Notlage dem Sozialhilfeträger bekannt wird. Dies ist hier zu unterstellen, da keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass es sich um eine geplante, in Form einer eingeleiteten Geburt handelte. Maßgeblich ist vielmehr, ob die Hilfe von der vorherigen Klärung der Kostenübernahme abhängig gemacht werden konnte (vgl. BVerwG, FEVS 28, 45, 48), was mit Beginn der Geburtswehen regelmäßig nicht der Fall ist. Auch ergibt der Gesetzeswortlaut keinen Anhaltspunkt dafür, dass ein Anspruch des Helfers auf Erstattung seiner Aufwendungen von seinen richtigen oder falschen Vorstellungen über die finanzielle Leistungsfähigkeit oder Bonität des Hilfeempfängers abhinge. Ein Eilfall im Sinne des § 121 Satz 1 BSHG setzt vielmehr voraus, dass nach den Umständen des Einzelfalles sofort geholfen werden muss und eine rechtzeitige Einschaltung des Sozialhilfeträgers nicht möglich ist; die Notwendigkeit sofortiger Hilfe lässt in der Regel keine Zeit, den zuständigen Sozialhilfeträger zu unterrichten und zunächst dessen Entschließung über eine Gewährung der erforderlichen Hilfe als Sozialhilfe abzuwarten (BVerwG a.a.O. Seite 75). Allerdings gehört andererseits die Überprüfung der für die Kostensicherheit wesentlichen Umstände, soweit nach den Umständen möglich, auch bei der Aufnahme von Notfallpatienten zu den Obliegenheiten eines ordnungsgemäßen Krankenhausbetriebes; das Irrtums- und Fehleinschätzungsrisiko wird dem Nothelfer durch § 121 BSHG nicht abgenommen (BVerwGE 114, 298 ff.). Vorliegend kann die Frage eines des Ausschusses einer Kostenerstattung unter dem Gesichtspunkt der nachträglich bekanntgewordenen fehlenden Beihilfeberechtigung er Patientin P. als „Irrtumsfall" aber offenbleiben, denn der Anspruch scheitert an der Rechtzeitigkeit der Antragstellung.

Der Aufwendungsersatz wird nur auf Antrag gewährt, der innerhalb angemessener Frist zu stellen ist. Ob eine Frist angemessen ist, ist unter Berücksichtigung der Belange des Nothelfers und der des Sozialhilfeträgers zu entscheiden. Die Klägerin muss sich entgegenhalten lassen, diese Frist, auch wenn man von einem Antrag im Januar 1998 ausgeht, versäumt zu haben. Der Nothelfer muss selbst zügige Fest-

stellungen zu den Verhältnissen des Patienten treffen; er darf den Träger der Sozialhilfe nicht zum Ausfallbürgen machen (BVerwG a.a O.; OVG Berlin, Urteil vom 25. November 2004 - OVG 6 B 20.03 -). Nach dem gesamten Verfahrensablauf im vorliegenden Falles muss sich die Kläger jedoch eine Verletzung dieses Prinzips entgegenhalten lassen. So hat die Krankenhausverwaltung auch die Verfahrensregelungen der Vereinbarung zwischen dem Land Berlin als Träger der Sozialhilfe und der Freien Universität Berlin vom 20. Juli 1994 nicht beachtet. Wird ein Patient als unabweisbar aufgenommen, so ist durch Befragen festzustellen, ob er bereits von einem Bezirksamt - Abt. Sozialwesen bzw. Jugend und Sport - laufend betreut wird (II Ziffer 7 Abs. 1 der Vereinbarung). Diese Befragung ist vorliegend unterblieben. Auch wenn die Klägerin aus ihrer Sicht keine Veranlassung hierzu gehabt haben mag, so wäre doch Ziffer 9 der Vereinbarung zu beachten gewesen. Danach hat das Krankenhaus sofort Feststellungen zur Kostenübernahme einzuleiten, wenn ein Patient angibt, Ansprüche gegen einen Kostenträger zu haben. Wird eine Kostenübernahme abgelehnt, so ist der Patient unverzüglich zur Zahlung aufzufordern. Die Frist zur Zahlung sollte mit längstens 10 Tagen bemessen sein. Diesen Anforderung ist die Klägerin nicht gerecht geworden. Vielmehr hat sie der Patientin erst Monate nach dem Abschluss der Krankenhausbehandlung die Leistungen am 21. August bzw. 8. Oktober 1997 erstmals in Rechnung gestellt und diese Forderungen dann offenbar auch nicht mit dem notwendigen Nachdruck verfolgt, da sie angibt, erst am 19. Februar 1998 vom Wegfall der Beihilfeberechtigung erfahren zu haben. Weitere Feststellungen und Nachforschungen wären hier insbesondere auch bereits deshalb angezeigt gewesen, weil die Patientin minderjährig war und als beschränkt geschäftsfähig keine wirksamen belastenden vertraglichen Pflichten eingehen konnte.

Generell werden in der zitierten Vereinbarung Fristen von 3 Wochen zum Antrag auf Kostenübernahme benannt.

Auch wenn diese Fristbestimmungen nicht ohne weiteres und in allen Fällen zur Ausfüllung des Tatbestandsmerkmal „angemessene Frist" im Sinne des § 121 BSGH herangezogen werden können, so sind damit doch einvernehmlich Obliegenheiten geregelt, die dem Grundgedanken, dass der Träger der Sozialhilfe nicht Ausfallbürge ist, Rechnung tragen. Vorliegend ist das sehr späte Herantreten an den Beklagten jedoch durch den Grundgedanken einer Ausfallbürgschaft geprägt, zumal die Klägerin bereits im Rahmen der Notfallbehandlungen im 25. Mai 1997 und nochmals am 15. Januar 1998 Veranlassung gehabt hätte, die Kostenträger-

schaft auch für die stationäre Behandlung vom März 1997 zu klären, statt sich auf ein bloßes Zuwarten zu beschränken. Bei einer Gesamtschau sind daher die Voraussetzungen des § 121 BSHG mangels rechtzeitiger Antragstellung auch dann nicht erfüllt, wenn man der Klägerin den seinerzeitigen Irrtum über das Vorliegen der Hilfebedürftigkeit nicht unmittelbar anlastet.

Nur ergänzend sei angemerkt, dass der Kostenerstattungsanspruch darüber hinaus eine hypothetische Betrachtungsweise in der Weise voraussetzt, dass zu prüfen ist, ob der Träger der Sozialhilfe bei rechtzeitiger Kenntnis Hilfe geleistet hätte. Das Vorliegen dieser Anspruchsvoraussetzung ist jedoch im Hinblick auf den Anspruch der Patientin nach § 1615k BGB a.F. gegen den Vater des Kindes auf Erstattung der Entbindungskosten unter dem Gesichtspunkt des Nachrangs der Sozialhilfe nach § 2 BSHG zumindest zweifelhaft.

Der Klägerin steht auch kein Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten aus abgetretenem Recht (§§ 37, 38 BSHG) zu. Abgesehen davon, dass eine wirksame Abtretung jedenfalls vor Volljährigkeit der Patientin wegen der beschränkten Geschäftsfähigkeit gescheitert wäre, bestehen keine Anhaltspunkte für eine Abtretungsvereinbarung (§ 398 BGB).

Ein Anspruch aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag entsprechend §§ 683, 679, 670 BGB scheidet gleichfalls aus, weil § 121 BSHG als Spezialregelung solche Ansprüche verdrängt (OVG Berlin, Urteil vom 25. November 2004 - OVG 6 B 20.03). Es besteht mithin keine Regelungslücke, die den Rückgriff auf dieses Rechtsinstitut ermöglichen würde (VG Berlin, Urteil vom 26. Oktober 2004 - VG 8 A 33.04).

Die Kostenentscheidung folgt - soweit die Klage zurückgenommen wurde - aus § 155 Abs. 2 VwGO; im Übrigen waren die Kosten der Klägerin gemäß § 154 Abs. 1 VwGO aufzuerlegen. Der Ausspruch über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf § 167 Abs. 2 VwGO i. V.m. § 708 Nr. 11, 711 ZPO).

§ 145 SGB III – Minderung der Leistungsfähigkeit (ehemals § 125 SGB III)

(1) Anspruch auf Arbeitslosengeld hat auch eine Person, die allein deshalb nicht arbeitslos ist, weil sie wegen einer mehr als sechsmonatigen Minderung ihrer Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigungen nicht unter den Bedingungen ausüben kann, die auf dem für sie in Betracht kommenden Arbeitsmarkt ohne Berücksichtigung der Minderung der Leistungsfähigkeit üblich sind, wenn eine verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht festgestellt worden ist. Die Feststellung, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, trifft der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Kann sich die leistungsgeminderte Person wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht persönlich arbeitslos melden, so kann die Meldung durch eine Vertreterin oder einen Vertreter erfolgen. Die leistungsgeminderte Person hat sich unverzüglich persönlich bei der Agentur für Arbeit zu melden, sobald der Grund für die Verhinderung entfallen ist.

(2) Die Agentur für Arbeit hat die leistungsgeminderte Person unverzüglich aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Stellt sie diesen Antrag fristgemäß, so gilt er im Zeitpunkt des Antrags auf Arbeitslosengeld als gestellt. Stellt die leistungsgeminderte Person den Antrag nicht, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tag nach Ablauf der Frist an bis zum Tag, an dem sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellt. Kommt die leistungsgeminderte Person ihren Mitwirkungspflichten gegenüber dem Träger der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld von dem Tag nach Unterlassen der Mitwirkung bis zu dem Tag, an dem die Mitwirkung nachgeholt wird. Satz 4 gilt entsprechend, wenn die leistungsgeminderte Person durch ihr Verhalten die Feststellung der Erwerbsminderung verhindert.

(3) Wird der leistungsgeminderten Person von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Maßnahme zur Rehabilitation Übergangsgeld oder eine Rente wegen Erwerbsminderung zuerkannt, steht der Bundesagentur ein Erstattungsanspruch entsprechend § 103 des Zehnten Buches zu. Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen nach Satz 1 mit befreiender Wirkung an die leistungsgeminderte Person oder einen Dritten gezahlt, hat die Empfängerin oder der Empfänger des Arbeitslosengeldes dieses insoweit zu erstatten.

Es nutzt auch nichts zu behaupten, Sie studierten gar nicht, sondern wollten nur die mit dem Studentenstatus verbundenen Vergünstigungen beanspruchen (BSG, Urteil v. 24.7.1997 – 11 RAr 99/96).

3 Arbeitslosengeld ohne Verfügbarkeit

3.1 Bei Trainingsmaßnahmen u.Ä.
§ 120 Abs. 1 SGB III

Als verfügbar gelten Arbeitslose, wenn sie an einer Trainingsmaßnahme oder an einer Berufsfindungsmaßnahme oder einer Arbeitserprobung im Sinne des Rechts der beruflichen Rehabilitation teilnehmen oder zur Verhütung oder Beseitigung öffentlicher Notstände Dienste leisten oder im Rahmen strafrechtlicher Regelungen außerhalb einer Freiheitsentziehungsmaßnahme frei arbeiten.

3.2 Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit
§ 126 SGB III

Anspruch auf Leistungsfortzahlung hat für die Dauer von sechs Wochen, wer während des Bezugs von Alg arbeitsunfähig wird. In Anlehnung an das Entgeltfortzahlungsgesetz gilt das nur für die Fälle einer unverschuldeten Arbeitsunfähigkeit. Hat der Arbeitslose während seiner Erkrankung keinen Anspruch auf Alg, steht ihm regelmäßig Krankengeld zu. Der Bezug von Krankengeld ist versicherungspflichtig und geeignet, eine neue Anwartschaft zu begründen; der Arbeitslose erleidet deshalb durch die Versagung des Kranken-Alg keinen Schaden.

3.3 Bei Minderung der Leistungsfähigkeit – Nahtlosigkeit
§ 125 SGB III

Nach § 125 Abs. 1 SGB III entfällt der Anspruch auf Alg nicht, wenn der Arbeitslose allein wegen einer voraussichtlich nicht innerhalb von sechs Monaten behebbaren Minderung seiner Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigungen nicht unter den Bedingungen ausüben kann, die auf dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt ohne Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit üblich sind, solange der Rentenversicherungsträger weder Berufs- noch Erwerbsunfähigkeit festgestellt hat.
Geht das AA von einem geminderten, für den Arbeitsmarkt aber noch ausreichenden Leistungsvermögen aus, ist Alg nach den §§ 117 ff. SGB III zu zahlen, eventuell gemindert nach § 133 Abs. 3 SGB III. Liegt nach Meinung des AA kein Leistungsvermögen für wenigstens 15 Wochenstunden unter den üblichen Arbeitsbedingungen des für den Arbeitslosen beachtlichen Arbeitsmarktes vor, sind die Voraussetzungen der Nahtlosigkeitsregelung nur bei einer voraussichtlich mehr als sechs Monate dauernden Arbeitsunfähigkeit erfüllt, wenn der Arbeitslose arbeiten will, soweit er dazu in der Lage ist (vgl. BSG, Urteil vom 9.9.1999 – B 11 AL 13/99 R, info also 2000, Heft 1, S. 26). Hierbei braucht aber seine subjektive Bereitschaft nicht über sein objektives Leistungsvermögen hinauszugehen.
Hat der Rentenversicherungsträger Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit festgestellt, entfällt die Sperrwirkung des § 125 Abs. 1 SGB III; das AA hat in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob der Arbeitslose i.S. des § 119 Abs. 3 SGB III verfügbar ist. Bisher war streitig, ob jede Entscheidung des Rentenversicherungsträgers zum Vorliegen von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit die Sperrwirkung des § 125 SGB III aufhebt oder nur die positive Feststellung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Das BSG hat inzwischen klargestellt, dass nur die Feststellung von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger die Vorleistungspflicht des AA nach § 125 SGB III beendet; lehnt der Rentenversicherungsträger die Zahlung von Rente ab, weil der Arbeitslose weder berufs- noch erwerbsunfähig ist, bleibt § 125 SGB III anwendbar (Urteil vom 9.9.1999, a.a.O.). § 125 SGB III ist also auch während des Streites um die Rente anzuwenden.
Endet eine Rente auf Zeit oder entzieht der Rentenversicherungsträger die Rente, weil er für die Zukunft Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit verneint, steht § 125 SGB III der Verneinung von Verfügbarkeit wegen einer Dauererkrankung entgegen. Bisher ging die BA davon aus, dass sie bereits nach einer negativen Entscheidung des Rentenversicherungsträgers bei Leistungsunfähigkeit des Arbeitslosen kein Alg mehr zahlen müsse.
Erhalten Sie Rente vom Versicherungsträger, so ruht der Alg-Anspruch (§ 142 Abs. 1 Nr. 3 SGB III). Wenn Sie allerdings die Voraussetzungen für die Zahlung von Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, insbesondere die Wartezeit von 60 Beitragsmonaten (§§ 43 Abs. 1 u. 3 und 44 Abs. 1 SGB VI), nicht erfüllt haben oder in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Invalidität nicht drei Jahre versicherungspflichtig beschäftigt waren (§§ 43 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 und 4, 44 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 4 SGB VI), entfällt nach der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers der Alg-Anspruch, obwohl Sie keine Rente erhalten, sofern Sie nicht verfügbar sind, weil Sie nicht wenigstens 15 Wochenstunden arbeiten können. Hier hat die »Nahtlosigkeit« ein Loch. Näher hierzu Ute Winkler, info also 1991, Heft 1, S. 11, und info also 2000, Heft 1, S. 11.
Eine Sondervorschrift ist für die Meldung im Falle der Nahtlosigkeit vorgesehen. Grundsätzlich muss sich der Arbeitslose persönlich beim Arbeitsamt arbeitslos melden; die Meldung durch einen Vertreter ist nicht wirksam (§ 122 Abs. 1 SGB III). Kann sich der Arbeitslose wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht persönlich arbeitslos melden, darf die Meldung ausnahmsweise durch einen Vertreter erfolgen; der Arbeitslose muss sich aber unverzüglich persönlich melden, sobald er dazu gesundheitlich in der Lage ist (§ 125 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB III).

Zum § 125 SGB III (Alg nach Aussteuerung Krankengeld)

Anträge auf Leistungen nach § 125 SGB III können jederzeit gestellt werden, solange noch Anspruch auf Alg (bzw. ehem. Alhi) bestehen würde, wenn HE gesund wäre. D.h. innerhalb von 2 Jahren bei Alg (seit 1.1.04 zwar gem. § 124 SGB III neue Rahmenfrist: Danach innerhalb von 1 Jahr, allerdings Übergangsfrist bis 31.1.06 (§ 434j (3) SGB III). Der Antrag kann auch gestellt werden, wenn zwischen dem Ende Krankengeld und der Antragstellung eine zeitliche Lücke klafft.

Antrag muss persönlich gestellt werden, wenn dies nicht möglich ist (z.B. wegen schwerer Erkrankung), auch durch einen Vertreter, die persönliche Meldung muss dann so schnell wie möglich nachgeholt werden. Es gibt eine DA bei der Arbeitsagentur (AA), dass in derartigen Fällen der Vermittler einen Hausbesuch macht; Vertreter sollte diese Möglichkeit bei seiner Vorsprache bei der AA konkret erfragen.

Es gibt 2 Möglichkeiten, Leistungen nach § 125 zu beziehen:

a) nach Aussteuerung Krankengeld

Das ist der übliche Weg. Anspruch dann immer Alg, weil zuvor 78 Wochen Krankengeld und damit automatisch neuen Alg-Anspruch erlangt.

b) mit Gutachten Krankenkasse

Das ist der seltenere Weg. KK kann, wenn absehbar ist, dass AU länger als 6 Monate, durch ihren MDK ein entsprechendes Gutachten erstellen lassen. Dies muss der AA übersandt werden. Ab Eingang des Gutachtens bei der AA muss diese nach § 125 zahlen (KK stellt Krankengeldzahlung ein). Hier Nahtlosigkeit Vorschrift, d.h. KK muss zahlen bis Eingang Gutachten AA und AA muss ab Eingang Gutachten zahlen. HE darf somit keine Zahlungslücke haben. Innerhalb von 4 Wochen nach Eingang Gutachten muss AA eigenes med. Gutachten erstellen. Wenn diese Entscheidung mit dem Gutachten der KK konform geht, laufen die Zahlungen nach § 125 weiter und alles ist klar. Wenn med. Dienst der AA aber anders entscheidet als KK, liegt eine **Divergenz** vor. Diese Divergenz muss ausgeräumt werden. Der ltd. AA-Arzt der Regionaldirektion muss sich dann mit dem MDK der KK zusammensetzen und es muss eine Entscheidung getroffen werden. Bis zu dieser Entscheidung über die Divergenz zahlt AA nach § 125 weiter.

Bei dieser Variante kann entweder Alg oder Alhi gewährt werden – je nachdem, welcher Anspruch zuletzt bestand.

Zahlung gem. § 125 bis zur Entscheidung des RV-Trägers.

Hier neue DA der AA: Entscheidung des RV-Trägers muss für AA nicht bindend sein, AA kann eigene Entscheidung treffen. Dies wird in den einzelnen AA-n unterschiedlich ausgelegt: Manche übernehmen die RV-Entscheidung, manche haben beschlossen, dass eigenes AA-Gutachten den Ausschlag gibt. Frage ist in Berlin nicht einheitlich gelöst.

Abs. 2 KVLG 1989) mit dem Tag vor Eintritt der Versicherungspflicht.

(4) Liegt sowohl Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V als auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V vor, ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V vorrangig.

1.5.2. Familienversicherung

(1) Studenten, Praktikanten, die zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und die Auszubildenden des zweiten Bildungswegs sind nicht versicherungspflichtig, wenn sie nach § 10 SGB V (§ 7 KVLG 1989) familienversichert sind.

(2) Allerdings gilt dies nicht, wenn ihr Ehegatte oder die Kinder nicht versichert sind (§ 5 Abs. 7 SGB V). Die die Versicherungspflicht ausschließende Familienversicherung kann auch aus der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V hergeleitet werden. Wenn beide Ehegatten studieren, die nicht auf Grund der Mitgliedschaft eines Elternteils familienversichert sind, wird einer der Studenten - entsprechend ihrer Wahl versicherungspflichtig.

Beispiel 1:

Sachverhalt :

Nur ein Ehegatte studiert. Für den Studenten besteht eine Familienversicherung; für den Ehegatten hingegen nicht.

Beurteilung:

Da für den Ehegatten kein Versicherungsschutz besteht, wird der Student versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V .

Beispiel 2:

Sachverhalt:

Beide Ehegatten studieren. Für sie bestehen keine Familienversicherungen.

Beurteilung:

Einer der Ehegatten ist versicherungspflichtig. Die Entscheidung, welcher Ehegatte nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V versicherungspflichtig ist, wird mit dem Antrag auf Ausstellung der Versicherungsbescheinigung getroffen.

(3) Sind beide Studenten durch ihre Eltern familienversichert, bleibt die Versicherungspflicht ausgeschlossen, solange kein Kind der Studenten zu versichern ist. Ist nur der eine studierende Ehegatte familienversichert, so wird der andere studierende Ehegatte versicherungspflichtig.

Beispiel 3:

Sachverhalt:

Beide Ehegatten studieren. Für den Ehemann besteht eine Familienversicherung; für die Ehefrau hingegen nicht.

Beurteilung:

Die Ehefrau unterliegt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V .

(4) Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V ist so lange ausgeschlossen, wie der Student familienversichert ist. Endet die Familienversicherung im Laufe des Semesters, setzt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V unmittelbar nach dem Ende der Familienversicherung ein. Wird umgekehrt im Laufe des Semesters eine Familienversicherung begründet, endet mit dem Vortag die Versicherungspflicht als Student.

Beispiel 4:

Sachverhalt:

Der Student vollendet das 25. Lebensjahr am 15.05. und scheidet mit diesem Zeitpunkt aus der Familienversicherung nach § 10 SGB V aus.

Beurteilung:
Der Student ist ab 16.05. nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V versicherungspflichtig.

(5) Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungswegs sind nach § 5 Abs. 7 SGB V ebenfalls nicht versicherungspflichtig, so lange sie familienversichert sind.

1.5.3. Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit

(1) Personen, die neben ihrem Studium oder neben ihrem Praktikum hauptberuflich eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben, unterliegen nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht der Versicherungspflicht als Student, als Praktikant ohne Arbeitsentgelt, als zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt oder als Auszubildende des Zweiten Bildungswegs. Dadurch wird vermieden, dass hauptberuflich Selbstständige z.B. durch Einschreibung an einer Hochschule krankenversicherungspflichtig werden und damit den umfassenden Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

(2) Merkmale für eine hauptberuflich ausgeübte selbstständige Tätigkeit können die Anzeige bzw. Genehmigung eines Gewerbes (§ 14 ff GewO), die Beschäftigung von Arbeitnehmern im Betrieb oder der zeitliche Umfang der selbstständigen Tätigkeit sein. Vom zeitlichen Umfang her ist eine selbstständige Tätigkeit dann als hauptberuflich anzusehen, wenn sie mindestens 18 Stunden in der Woche umfasst. Dabei ist neben dem reinen Zeitaufwand für die eigentliche Ausübung der selbstständigen Tätigkeit auch der zeitliche Umfang für eventuell erforderliche Vor- und Nacharbeiten zu berücksichtigen. Bei geringerem Zeitaufwand als wöchentlich 18 Stunden ist die Annahme einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit dann nicht ausgeschlossen, wenn die daraus erzielten Einnahmen die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts bilden. Mehrere selbstständige Tätigkeiten sind zusammenzurechnen.

1.6. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung

(1) Die in der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V versicherungspflichtigen Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, Auszubildenden ohne Arbeitsentgelt und Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs unterliegen nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und 10 in Verb. mit Satz 1 SGB XI der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

(2) In § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 SGB XI werden abweichend von § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V auch Personen genannt, die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen. Der alleinige Besuch einer der genannten Schulen begründet allerdings keine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, sodass wegen der Vorbehaltsklausel in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht zu Stande kommt. Freiwillig versicherte Fach- oder Berufsfachschüler werden in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 3 SGB XI der Versicherungspflicht unterstellt.

2. Vorzeitige Kündigung von Versicherungsverträgen

Zu § 5 Abs. 9 SGB V

Zu § 21 Abs. 2 KVLG 1989

Zu § 27 SGB XI

2.1. Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtige Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, zur Berufsausbildung Beschäftigte ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, können nach § § 5 Abs. 9 SGB V ihren Versicherungsvertrag vorzeitig kündigen. Das Recht auf vorzeitige Kündigung des Versicherungsvertrages besteht auch dann, wenn eine Familienversicherung nach § 10 SGB V (§ 7 KVLG 1989) begründet wird.

(2) Das Kündigungsrecht ist an keine bestimmte Frist gebunden. Die Kündigung wirkt vom Eintritt der Versicherungspflicht bzw. vom Beginn der Familienversicherung an.

(3) Der Eintritt der Versicherungspflicht oder der Beginn der Familienversicherung ist durch eine Bescheinigung der zuständigen Krankenkasse nachzuweisen.

2.2. Pflegeversicherung

Die unter Abschnitt 2.1 gemachten Ausführungen gelten nach § 27 SGB XI auch hinsichtlich eines privaten Pflegeversicherungsvertrages, wenn in der sozialen Pflegeversicherung Versicherungspflicht nach §§ 20

I. BAföG im Überblick

Welche Aufgabe hat das BAföG?

Eine gute Ausbildung ist die Basis für beruflichen Erfolg. Jede Ausbildung bringt aber auch finanzielle Belastungen mit sich. Ziel des BAföG ist es, jedem jungen Menschen die Möglichkeit zu geben, unabhängig von seiner sozialen und wirtschaftlichen Situation eine Ausbildung zu absolvieren, die seinen Fähigkeiten und Interessen entspricht. Eine qualifizierte Ausbildung soll nicht an fehlenden finanziellen Mitteln des Auszubildenden, seiner Eltern oder seines Ehegatten scheitern.

Ob die von Ihnen angestrebte Ausbildung nach dem BAföG gefördert werden kann, ist im Wesentlichen von der Beantwortung folgender Fragen abhängig:

- Ist Ihre **Ausbildung förderungsfähig**?
- Erfüllen Sie die **persönlichen Förderungsvoraussetzungen**?
- Ist der **Ausbildungsbedarf** nicht durch Ihr eigenes **Einkommen und Vermögen** sowie das Einkommen Ihres Ehegatten und Ihrer Eltern **gedeckt**?

Diese Informationen sollen Ihnen einen ersten Überblick geben, ob, unter welchen Voraussetzungen und ggf. in welcher Höhe ein Förderungsanspruch nach dem BAföG besteht. Sie kann jedoch nicht auf jede Einzelheit eingehen. Sollten Sie daher noch Fragen haben, auf die Sie hier keine Antwort finden, erteilen Ihnen die **Ämter für Ausbildungsförderung** gerne weitere Auskunft. (Wo Sie es finden, erfahren Sie unter „Wo und wie werden Leistungen nach dem BAföG beantragt?")

Welche Ausbildung ist förderungsfähig?

☞ *§ 2 BAföG*

Ausbildungsförderung wird geleistet für den Besuch von

1. weiterführenden allgemeinbildenden Schulen (z. B. Haupt-, Real- und Gesamtschulen, Gymnasien) ab Klasse 10,
2. Berufsfachschulen, einschließlich der Klassen aller Formen der beruflichen Grundbildung (z. B. Berufsvorbereitungsjahr) ab Klasse 10 (die Förderungsfähigkeit setzt gemäß § 2 Abs.1 Nr.2 BAföG voraus, dass in einem zumindest zweijährigen Bildungsgang ein berufsqualifizierender Abschluss erreicht wird),
3. Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt,
4. Berufsfachschulklassen und Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, sofern sie in einem zumindest zweijährigen Bildungsgang einen berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln,
5. Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt,
6. Abendhauptschulen, Berufsaufbauschulen, Abendrealschulen, Abendgymnasien und Kollegs,
7. Höheren Fachschulen und Akademien,
8. Hochschulen.

Schülerinnen und Schüler, die eine der in den Nummern 1 bis 3 genannten Schulen besuchen, erhalten nur dann Förderung, wenn sie nicht bei den Eltern wohnen und notwendig auswärts untergebracht sind.
Schülerinnen und Schüler sind notwendig auswärts untergebracht, wenn

1. von der Wohnung der Eltern aus eine entsprechende zumutbare Ausbildungsstätte – z. B. wegen der Entfernung – nicht erreichbar ist,
2. sie einen eigenen Haushalt führen und verheiratet sind oder waren,
3. sie einen eigenen Haushalt führen und mit mindestens einem Kind zusammenleben.

Betriebliche oder **überbetriebliche Ausbildungen** – so genannte Ausbildungen im dualen System – können nach dem **BAföG nicht gefördert** werden; dies gilt auch für den Besuch der Berufsschule.

Wer hat Anspruch auf Leistungen?

Persönliche Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausbildungsförderung sind grundsätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit, Eignung und ein bestimmtes Höchstalter.

Staatsangehörigkeit

☞ *§ 8 BAföG*

Ausbildungsförderung wird zunächst Deutschen geleistet. Daneben erhalten bestimmte ausländische Auszubildende Förderung, wenn z. B. ein Elternteil bzw. der Ehegatte Deutscher oder der Auszubildende Asylberechtigter, aufgenommener Flüchtling oder Heimatloser ist. In weitem Umfang sind auch Auszubildende aus EU-Mitgliedstaaten mit inländischem Wohnsitz in den Förderungsbereich des BAföG einbezogen. Anderen Ausländern wird im Regelfall Ausbildungsförderung geleistet, wenn sie oder zumindest ein Elternteil vor Beginn der Ausbildung fünf bzw. drei Jahre in Deutschland erwerbstätig waren.

Eignung

☞ *§ 9 BAföG, § 48 BAföG*

Die Ausbildung wird gefördert, wenn die Leistungen des Auszubildenden erwarten lassen, dass er das angestrebte Ausbildungsziel erreicht. Dies wird im Allgemeinen angenommen, solange der Auszubildende die Ausbildungsstätte besucht oder am Praktikum teilnimmt. Bei Studierenden an Höheren Fachschulen, Akademien oder Hochschulen ist es erforderlich, dass sie mit Beginn des fünften Fachsemesters Eignungsnachweise vorlegen. Schreiben Ausbildungs- und Prüfungsordnungen Zwischenprüfungen vor dem dritten Semester vor, ist die Förderung auch im dritten und vierten Semester von der Vorlage entsprechender Nachweise abhängig.

Alter

☞ *§ 10 BAföG*

Schülerinnen, Schüler und Studierende können grundsätzlich nur gefördert werden, wenn sie die Ausbildung, für die sie Förderung beantragen, vor Vollendung des 30. Lebensjahres beginnen.

Leistungsträgereingetreten ist. Erstattungsansprüche ergeben sich im mer dann, wenn ein nach geltendem Recht nichtzuständiger Leistungsträger irrtüm lich Leistungen erbracht hat.

Beispiele:

a) Eine Krankenkasse erbringt für einen Bezieher von Waisenrente Leistungen, w eil ihr die Aufnahme einesversicherungspflichtigen Ausbildungsv erhältnisses v erspätet bekannt wird.

b) Einer Krankenkasse wird nach Erbringung der Leistung bek annt, dass der Bezug von Arbeitslosengeld w egenAufnahme einer Beschäftigung bereits beendet ist.

c) Eine Krankenkasse erbringt in Unkenntnis des Vorliegens der rentenversicherungsrechtlichen Voraussetz ungen eineRehabilitationsm aßnahme nach <§ 40 SGB V>.

d) Ein Unfallversicherungsträger stellt nachträglich f est, dass ein Arbeitsunf all nicht vorgelegen hat.

e) Eine Krankenkasse erbringt Leistungen in U nkenntnis der T atsache, dass es sich um einenentschädigungspf lichtigen Arbeitsunf all handelt <(v gl. § 11 Abs. 4 SGB V)>.

f) Eine Krankenkasse hat Kosten getragen, w eil der Arzt das Verordnungsblatt unrichtig gekennzeichnet hat.

2. Schuldhaftes Handeln des unzuständigen Leistungsträgers

Der Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ist grundsätz lich nicht ausgeschlossen, wenn derunzuständige Leistungsträger die irrtüm liche Leistungsgew ährung verschuldet hat. Diesschließt allerdings nicht ein, dass ein Leistungsträger v on der gewissenhaften Prüfung seinerZuständigk eit entbunden w äre. Werden Leistungen näm lich trotz Kenntnis des m öglichenzuständigen Leistungsträgers erbracht, so k ommt ein Erstattungsanspruch nicht in Betracht. D ie insoweit vonder Rechtsprechung entwickelten Grundsätze gelten sinngem äß weiter (vgl. u.a.
BSG vom 18.12.1974 - 2 RU 81/74 -, USK 74180,
vom 15.11.1977 - 10 RV 99/76 -, USK 77201, vom 31.10.1978 - 4 RJ 30/78 -,
USK78185). Insof ern ist es geboten, <. . .> die eigene Zuständigk eit in sachgerechter Weise zu prüfen.

3. Umfang des Erstattungsanspruchs

Der Umfang des Erstattungsanspruchs nach § 105 SGB X richtet sich nach dem Recht deserstattungspf lichtigen Leistungsträgers. Insof ern kann auf die Ausführungen zu § 104 SGB X v erwiesenwerden. Erstattungsansprüche der Unfallversicherungsträger w egen irrtüm licher Annahm e einesentschädigungspf lichtigen Arbeitsunfalles sind also auf den Betrag begrenz t, den die Krank enkasse beiunm ittelbarer Leistungserbringung auf zuwenden gehabt hätte. Beispielsw eise muss sich derUnfallversicherungsträger die nach <§ 39 Abs. 4 SGB V> v orgesehene Zuzahlung für die ersten 14T age der Krank enhausbehandlung entgegenhalten lassen. Fahrkosten können nur in dem Umfang erstattet werden, der in<§ 60 SGB V> vorgesehen ist. D as Abstellen auf die wirtschaftliche Belastung des erstattungspflichtigenLeistungsträgers f ührt auch dazu, dass der

Vorrangigkeit bzw. Nachrangigkeit der div. Möglichkeiten der Pflichtversicherung

Es gibt Menschen, die wegen unterschiedlichen Tatbeständen versicherungspflichtig werden (z.B. Arbeit in einer Behindertenwerkstatt mit gleichzeitigem Rentenbezug und KVdR). Es stellt sich dann die Frage, ob mehrere Versicherungen nebeneinander (und damit auch mehrfache Entrichtung von Beiträgen) bestehen können, oder ob es Vorrangig- bzw. Nachrangigkeiten gibt.

Kennzeichnend für die Rangfolge ist, dass grundsätzlich die Versicherungspflicht aus einer abhängigen Beschäftigung als Arbeiter oder Angestellter anderen Tatbeständen vorgeht.
Weiterhin ist die Versicherung für Studenten, Praktikanten und 2. Bildungsweg weitgehend nachrangig gegenüber den übrigen Tatbeständen der verschiedenen Art, auch im Verhältnis zur Familienversicherung (Ausnahme: „Studentenwahlrecht", s.u.).
Auch die KVdR ist weitgehend nachrangig gegenüber anderen Möglichkeiten der Versicherungspflicht.

Geregelt ist das Ganze im § 5 (6) bis (8). Dort liest sich alles etwas unübersichtlich, daher habe ich es für den/die eiligen LeserIn übersetzt:

§ 5 (6): Pflichtversicherung (Pfl.vers.) über eine Beschäftigung („normaler" Arbeitgeber) verdrängt (= ersetzt) Pfl.vers. in einer Einrichtung der Jugendhilfe (§ 5 (1) Nr. 5), zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 (1) Nr. 6), in einer Behindertenwerkstatt (§ 5 (1) Nr. 7) und für behinderte Menschen in Heimen oder Einrichtungen, in denen sie 1/5 der Leistung eines voll erwerbstätigen Menschen erbringen (§ 5 (1) Nr. 8).

Wenn jemand sowohl an einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 (1) Nr. 6) teilnimmt als auch parallel in einer Behindertenwerkstatt (§ 5 (1) Nr. 7) arbeitet oder als behinderter Mensch in einem Heim 1/5 der Leistung eines voll erwerbstätigen Menschen erbringt (§ 5 (1) Nr. 8), so ist die Versicherungspflicht vorrangig, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. D.h., Beitragszahlungen nicht parallel für alle Versicherungen, sondern nur für die teuerste.

§ 5 (7) ist das „Studentenwahlrecht", von dem ich in der Schulung erzählt habe (Wahl zwischen Familienversicherung und KVdS, wenn sonst Ehegatte oder Kind des/der Studenten/in nicht versichert wäre). In diesem Absatz weitere Vorrangigkeiten für Studenten, z.B. wenn sie Rente beziehen (Achtung: Hierzu auch unbedingt § 6 (1) Nr. 3 beachten = Versicherungsfreiheit von Studenten in der KV/PV, wenn sie neben dem Studium arbeiten).

§ 5 (8): Keine Versicherungspflicht in der KVdR, wer: arbeitet (Nr. 1), Leistungen vom AA erhält (Nr. 2), als Landwirt nach KVLG versichert ist (Nr. 3), als Künstler in der KSK versichert ist (Nr. 4), in einer Einrichtung der Jugendhilfe arbeitet (Nr. 5) oder eine der 3 Möglichkeiten als behinderter Mensch wahrnimmt (Nr. 6-8).

Für mehrere gleichartige Tatbestände, die Pfl.vers. auslösen (z.B. 2 Beschäftigungen mit jeweils 20 Wochenstunden bei 2 Arbeitgebern oder 2 Renten (eigene und Witwenrente)) sind auch jeweils Beiträge zu entrichten (§ 22 (1) SGB IV). Allerdings darf die Höhe der Beiträge zusammen nicht mehr betragen, als maximal entsprechend der Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten wäre (§ 22 (2) SGB IV).

§ 191

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. **mit dem Tod des Mitglieds,**
2. **mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,**
3. **mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden, oder**
4. **mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4); die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt.**

Erläuterungen:

I. Allgemeines
1. Regelungsinhalt
2. Änderungen und Materialien
3. Schrifttum
II. Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

I. Allgemeines

§ 191 gilt i.d.F. des Art. 1 Nr. 2 Krankenkassenwahlrechte-NeuregelungsG v. 27. 7. 2001 (BGBl. I S. 1946) m.W.v. 1. 1. 2002.

1. Regelungsinhalt

Die Regelung übernimmt weitgehend geltendes Recht und führt darüber hinaus eine Vereinheitlichung des Mitgliedschaftsrechts aller Kassenarten herbei. Die Pflichtmitgliedschaft geht der freiwilligen Mitgliedschaft vor (vgl. Nr. 2). Nr. 3 übernimmt inhaltlich § 314 RVO. Der Zahltag ist nach § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in der Satzung festzulegen. Nr. 4 sieht eine einheitliche Frist bei Kündigung

In Kraft ab 1.4.2003

AOK Berlin

Satzung der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

Vom 10. März 2003

Telefon: 25 31 - 22 81 oder 25 31 - 0

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt: **Name und Aufgabenstellung**

§ 1 – Name, Sitz und Bezirk

§ 2 – Aufgabenstellung

Zweiter Abschnitt: **Versicherter Personenkreis**

§ 3 – Mitglieder

§ 4 – Familienangehörige

§ 5 – Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt: **Leistungen**

§ 6 – Art und Umfang der Leistungen

§ 7 – Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

§ 8 – Schutzimpfungen

§ 9 – Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen

§ 10 – Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen

§ 11 – Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

§ 12 – Mehrleistungen zur Haushaltshilfe

§ 13 – Sonderregelungen über Krankengeld

§ 14 – Kostenerstattung

§ 15 – Teilkostenerstattung

§ 16 – Empfangsberechtigung

Vierter Abschnitt: **Weiterentwicklung in der Versorgung**

§ 17 – Modellvorhaben zur Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit

§ 17 a – Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V: Akupunktur

§ 17 b – Unterstützung bei Behandlungsfehlern

Fünfter Abschnitt: **Beiträge**

§ 18 – Beitragssätze

§ 19 – Sonderregelungen über beitragspflichtige Einnahmen

§ 20 – Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder

§ 21 – Fälligkeit und Zahlung der Beiträge

§ 22 – Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

§ 23 – Vorschüsse

Sechster Abschnitt: **Widerspruchsstelle**

§ 24 – Widerspruchsausschüsse

Siebter Abschnitt: **Organe**

§ 25 – Organe der AOK

§ 26 – Verwaltungsrat und seine Mitglieder

§ 27 – Aufgaben des Verwaltungsrates

§ 28 – Vorstand

§ 29 – Vertretung der AOK

§ 30 – Status, Entschädigung und Haftung der Verwaltungsratsmitglieder

Achter Abschnitt: **Verwaltung der Mittel**

§ 31 – Rücklage

§ 32 – Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung

Neunter Abschnitt: **Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Lohnfortzahlungsgesetz**

§ 33 – Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Lohnfortzahlungsgesetz

Zehnter Abschnitt: **Bekanntmachungen und In-Kraft-Treten**

§ 34 – Bekanntmachungen

§ 35 – In-Kraft-Treten

Erster Abschnitt:

Name und Aufgabenstellung

§ 1 – Name, Sitz und Bezirk

(1) Die Allgemeine Ortskrankenkasse führt den Namen

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

(nachfolgend: AOK) und hat ihren Sitz in Berlin.

(2) Der Bezirk umfasst das Land Berlin.

(3) Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

(4) Die Hauptverwaltung befindet sich in Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg, Wilhelmstraße 1.

§ 2 – Aufgabenstellung

(1) Die AOK versteht sich als Gesundheitskasse. Aus der Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, leitet sie die Verpflichtung ab, die Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten bzw. deren Vermeidung aufzuklären und zu beraten sowie bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken.

(2) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei hilft ihnen die AOK durch Aufklärung, Beratung und Leistungen.

(3) Die AOK berät und unterstützt die Arbeitgeber ihrer Mitglieder bei der Erfüllung der ihnen in der Sozialversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben.

(4) Die AOK nimmt zugleich die Aufgaben eines AOK-Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes. Die vom AOK-Bundesverband abgeschlossenen Verträge und die Richtlinien nach den §§ 92, 136 a Satz 1 Nr. 1, § 136 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 282 SGB V sind für die AOK verbindlich.

Zweiter Abschnitt:

Versicherter Personenkreis

§ 3 – Mitglieder

(1) Als versicherungspflichtige Mitglieder können bei der AOK versichert sein

— Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sowie

— die anderen in § 5 SGB V genannten Personen,

wenn sie die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen und nicht nach den §§ 6 bis 8 SGB V versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

(2) Als freiwillige Mitglieder können bei der AOK versichert sein

— Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
— Personen, deren Familienversicherung erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen,
— versicherungsfreie Arbeiter und Angestellte, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet,
— Schwerbehinderte i. S. des § 1 SchwbG, die bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres beitreten,
— Arbeiter und Angestellte, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete,

wenn die weiteren Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt sind. Freiwillige Mitglieder sind auch solche Personen, die vor dem 1. Januar 1989 ihre Mitgliedschaft begründet haben. Der AOK können auch freiwillige Mitglieder anderer Krankenkassen beitreten. .

(3) Als Mitglieder gelten auch Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die weiteren Voraussetzungen nach § 189 SGB V erfüllen.

(4) Für die Wahl der Mitgliedschaft bei der AOK und die Ausübung des Wahlrechts gelten die §§ 173 bis 177 SGB V.

§ 4 – Familienangehörige

Als Familienangehörige sind bei der AOK versichert

Ehegatten, Lebenspartner und Kinder der Mitglieder,

wenn die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

§ 5 – Beginn und Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt, soweit sich aus § 186 Abs. 10 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag des Eintritts der Versicherungspflicht (versicherungspflichtige Mitglieder).

(2) Die Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Personen beginnt, sofern sich aus § 188 Abs. 2 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Tag ihres schriftlich erklärten Beitritts (freiwillige Mitglieder).

(3) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Mitglieder endet, sofern sich aus § 175 Abs. 4 SGB V, § 186 Abs. 10 SGB V, § 190 oder § 192 SGB V nichts anderes ergibt, mit dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht wegfällt.

(4) Die Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder endet im Falle des Austritts zwei Monate nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die schriftliche Austrittserklärung eingeht, sofern sich aus den gesetzlichen Bestimmungen nichts anderes ergibt.

Die freiwillige Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung der Kündigungsfrist beendet werden, wenn für das Mitglied nach Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft eine Versicherung nach § 10 SGB V bei ~~der~~ AOK besteht. ab 1.11.04: bei einer AOK

(5) Die Bindungsfrist von 18 Monaten für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder gilt nicht, wenn für das Mitglied eine Mitgliedschaft bei einer anderen AOK begründet wird.

Dritter Abschnitt:

Leistungen

§ 6 – Art und Umfang der Leistungen

(1) Die AOK wirkt darauf hin, dass

— ihre Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen in zeitgemäßer Weise und umfassend und schnell erhalten,
— die zur Leistungserbringung erforderlichen Personen, Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
— der Zugang zu den Leistungen einfach gestaltet wird.

(2) Die Versicherten können nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieser Satzung in Anspruch nehmen:

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerungen, insbesondere Prävention und Selbsthilfe und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
2. bei Krankheit
   a) Krankenbehandlung, insbesondere
      — ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
      — zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
      — Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
      — häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
      — Krankenhausbehandlung,
      — medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
      — vor- und nachstationäre Behandlung sowie
      — ambulante Operationsleistungen,
   b) Krankengeld,
3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft
   — ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
   — Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
   — stationäre Entbindung,
   — häusliche Pflege und Haushaltshilfe,
   — Mutterschaftsgeld,
   — Entbindungsgeld,
4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei nicht rechtswidriger Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch nach § 24 b SGB V,
5. Sterbegeld,
6. Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

§ 7 – Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe

(1) Die AOK kann Leistungen zur Primärprävention zur Verfügung stellen, soweit die Handlungsfelder und Kriterien dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfaden entsprechen.

(2) Die AOK kann den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Die AOK soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, wenn diese die Prävention und Rehabilitation von solchen Krankheitsbildern zum Ziel haben, die in dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen beschlossenen Verzeichnis aufgeführt sind.

Die Förderung erfolgt im Rahmen der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, unter Beteiligung von Vertretern der für die Wahrnehmung von Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen, gemeinsam und einheitlich beschlossenen Grundsätze, insbesondere durch Projektförderung, Zusammenarbeit, Unterstützung und Zuschüsse.

Ein paar Erläuterungen zu Begriffen, die im SGB V immer wieder auftauchen:

In den div. §§ tauchen immer wieder Begriffe auf, die zur Verwirrung führen (insbes. im § 6 (1) Nr: 1), aber auch im § 10 (1) Nr. 5:

Bezugsgröße (§ 18 SGB IV): Die Bezugsgröße ist quasi ein „Grundlagenwert", an dem sich viele andere Werte und Grenzwerte orientieren („sich beziehen"). Er wird folgendermaßen gebildet: Durchschnittsentgelt der RV im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächtshöheren, durch 420 teilbaren, Betrag. Die Bezugsgröße wird jedes Jahr neu festgesetzt. Seit 1.1.01 gilt die Bezugsgröße in der KV/PV für das gesamte Bundesgebiet (alte und neue Länder) gleich.

Bsp.: Gesamteinkommen in der Familienversicherung darf 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigen.

(regelmäßiges) Jahresarbeitsentgelt (§ 14 SGB IV): Das JAE wird ermittelt, in dem man die Bezüge aus der Beschäftigung zuerst auf 1 Jahr hochrechnet (monatliche Bezüge x 12 zzgl. Einmalzahlungen) und davon nur die Bezüge abzieht, die kein Arbeitsentgelt darstellen. Dies auch dann, wenn die Beschäftigung kein volles Jahr dauert. Bezüge aus mehreren Beschäftigungen werden zusammengerechnet. Zur Frage: „Was ist regelmäßig?" gibt es unendliche Berechnungen, Bestimmungen und Urteile ....

Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 (6) SGB V): Vereinfacht spricht man von der Pflichtversicherungsgrenze. Wer mit seinem regelmäßigen JAE über dieser Grenze liegt, unterliegt nicht mehr der Pflichtversicherung und kann wählen zwischen einer freiwilligen Weiterversicherung in der GKV und dem Wechsel zur PKV.

Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V): Die Beiträge zur KV/PV werden einkommensabhängig erhoben. Um die Belastung in den oberen Einkommensgrenzen vertretbar zu gestalten, gibt es aber eine Obergrenze, die BBG.

Bislang waren die Werte der JAE und der BBG gleich (in 2002 jährlich 40.400,- €, mtl. 3375 €), in 2003 werden sie differenziert: BBG beträgt ab 1.1.03 mtl. 3450,- €, JAE beträgt ab 1.1.03 mtl. 3825,- €.

Sozialgericht Marburg

Az.: S -6/Kr-18/94
(Bei Eingaben bitte Aktenzeichen angeben)

Verkündet am: 09. Mai 1995

[redacted] Amtmann
als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

der Frau [redacted], wh. [redacted]

Kläger in,

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Jürgen Schreiber,
Universitätsstraße 36, 35037 Marburg

gegen

die Allgemeine Ortskrankenkasse Bremen /Bremerhaven, vertreten durch ihren Geschäftsführer, Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen

Beklagte .

Beigeladene: die Universitätsstadt Marburg, vertreten durch den Magistrat, Rathaus, 35035 Marburg

Die 6. Kammer des Sozialgerichts Marburg hat auf die mündliche Verhandlung vom 09. Mai 1995 durch den Direktor des Sozialgerichts Marburg [redacted] als Vorsitzenden und die ehrenamtliche Richterin [redacted] sowie den ehrenamtlichen Richter [redacted] für Recht erkannt:

Der Bescheid der Beklagten vom 26. 08. 1993 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 08. 12. 1993 wird aufgehoben.

Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die Klägerin war seit dem 01. 04. 1992 freiwilliges Mitglied der Beklagten. Seit dem 21. 06. 1993 erhielt sie von der Beigeladenen Hilfe zum Lebensunterhalt. Hierin war der monatliche Krankenversicherungsbeitrag für ihre freiwillige Krankenversicherung bei der Beklagten noch nicht enthalten, da die Höhe der Beiträge zu diesem Zeitpunkt der Beigeladenen noch nicht bekannt war. Bereits im Jahre 1992 hatte die Klägerin von März bis August einige Monate Hilfe zum Lebensunterhalt von der Beigeladenen bezogen. Hierbei waren von der Beigeladenen auch die Beiträge für die freiwillige Krankenversicherung der Klägerin bei der Beklagten übernommen worden und von der Beigeladenen direkt an die Beklagte überwiesen worden.

Mit Schreiben vom 23. 06. 1993 - bei der Beklagten eingegangen am 25. 06. 1993 - sicherte die Beigeladene der Beklagten die Übernahme der zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge der Klägerin ab dem 21. 06. 1993 für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit zu. Die Klägerin selbst befand sich seit dem 28. 06. 1993 zur nachtklinischen Betreuung in stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der Universität Marburg.

Mit Schreiben vom 06. 07. 1993 wurde die Klägerin von der Beklagten auf die Fälligkeit der Beiträge zum 15. 07. 1993 - Zahltag der Beiträge nach der Satzung der Beklagten der 15. des Folgemonats - hingewiesen. Mit Schreiben vom 21. 07. 1993 wurde die Klägerin an die Zahlung der rückständigen Beiträge, verbunden mit dem Hinweis auf die Rechtsfolge des § 191 Nr. 3 Sozialgesetzbuch V <SGB V>, erinnert. Nachdem auch am

15. 08. 1993 keine Beitragszahlung erfolgt war, teilte die Beklagte mit Bescheid vom 26. 08. 1993 der Klägerin mit, daß ihre freiwillige Mitgliedschaft zum 15.9.1993 ende. Gleichzeitig wurden die noch offen stehenden Beiträge in Höhe von 1.081,12 DM eingefordert.

Am 31. 08. 1993 informierte die Klägerin die Beigeladene über ihre aufgelaufenen Krankenversicherungsbeiträge. Aufgrund eines Telefonats mit der Beklagten erfuhr die Beigelaene, daß bis zu diesem Zeitpunkt noch Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von 932,38 DM offen standen. Daraufhin bat die Beigeladene mit Schreiben vom 02.09.1993 die Beklagte, die Zusammensetzung und die genaue Höhe der rückständigen Beiträge mitzuteilen. Mit Kurzbrief vom 08. 09. 1993 - bei der Beigeladenen eingegangen am 13. 09. 1993 - wurde der Bescheid an die Klägerin vom 26. 08. 1993 übersandt. Die Beigeladene teilte daraufhin der Beklagten am 15. 09. 1993 per Fax mit, daß die rückständigen Beiträge noch am 14. 09. 1993 angewiesen worden seien. Die Beiträge wurden der Beklagten dann am 28.9.1993 gut geschrieben.

Bereits am 14. 09. 1993 legte die Klägerin per Fax Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten vom 26.8.1993 ein. Zur Begründung führte sie aus, daß die Klägerin die Beklagte bereits telefonisch darüber in Kenntnis gesetzt habe, daß sie nunmehr Sozialhilfe beziehe und die Beigeladene die Kosten der Krankenversicherung übernehme. Eine Anfrage der Beigeladenen hinsichtlich der Beitragshöhe sei von der Klägerin unbeantwortet geblieben. Zudem sei es ohne Verschulden zu der Zahlungsverzögerung gekommen, da ihr krankheitsbedingt das Ausmaß und die Bedeutung der offen stehenden Beiträge nicht bewußt gewesen sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08. 12. 1993 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Die Beendigung der Versicherung sei nach § 191 Nr. 3 SGB V kraft Gesetzes aufgrund des Verzuges der Beitragszahlung eingetreten. Ob seitens der Klägerin ein Verschulden vorliege, sei unbeachtlich. Zudem halte sich die Klägerin nur in der nachtklinischen Betreuung auf und habe sich tagsüber um ihre notwendigen Angelegenheiten selbst kümmern können.

Gegen diesen Bescheid hat die Klägerin am 13. 01. 1994 Klage erhoben.

Die Klägerin ist der Ansicht, daß aufgrund der Kostenzusage der Beigeladenen die Beklagte rechtsmißbräuchlich handele, wenn sie sich auf die Vorschrift des § 191 Nr.3 SGB V berufe. Zudem hätte der Beklagten die Pflicht oblegen, die Folgen des Zahlungsverzues auch gegenüber der Beigeladenen deutlich zu machen. Da sie dies unterlassen habe, sei der Eintritt des Beendigungstatbestandes provoziert worden. Vor diesem Hintergrund verstoße die Vorgehensweise der Beklagten auch gegen das Verbot des widersprüchlichen Verhaltens, wenn zunächst die verbindliche Kostenzusage der Beigeladenen entgegengenommen und dann vor Erläuterung der Zusammensetzung der Beiträge die Mitgliedschaft beendet werde.

Die Klägerin beantragt,

> den Bescheid der Beklagten vom 28. 08. 1993 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 08. 012. 1993 aufzuheben und festzustellen, daß die freiwillige Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten über den 15. 09. 1993 hinaus fortbesteht.

Die Beklagte beantragt,

> die Klae abzuweisen.

Die Beklagte stützt sich zur Begründung ihres Antrages zunächst auf die in den angefochtenen Bescheiden angegebenen Gründe. Ergänzend führt sie aus, die Klägerin sei trotz ihrer Erkrankung voll geschäftsfähig gewesen und habe sich tagsüber um ihre persönlichen Belange kümmern können. Ausschlaggebend für die Beendigung der Mitgliedschaft sei allein der tatsächliche Eingang der fälligen Beiträge zum Fälligkeitsdatum. Da die Beiträge nicht rechtzeitig eingegangen seien, habe die Mitgliedschaft entsprechend der gesetzlichen Vorschrift geendet. Abgesehen davon stelle die Kostenzusage der Beigeladenen keine ausreichende Garantie für die tatsächliche Zahlung der Beiträge dar, wie sich aus der Praxis einiger Sozialhilfeträger ableiten lasse. Es sei daher Sache der Klägerin gewesen, sich um den rechtzeitigen Eingang der Beiträge zu kümmern.

Die Beigeladene schließt sich dem Antrag der Klägerin an.

Die Beigelaene führt im wesentlichen aus, mit Bescheid vom 30. 06. 1993 sei der Klägerin laufende Hilfe zum Lebensunterhalt ab dem 21. 06. 1993 gewährt worden, wobei der Klägerin u.a. mitgeteilt worden sei, daß in diesem Betrag der monatliche Krankenversicherungsbeitrag noch nicht enthalten sei, da die Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrages noch nicht bekannt sei. Am 31. 08. 1993 sei der Beigeladenen telefonisch mitgeteilt worden, daß der Beitragsrückstand sich zu diesem Zeitpunkt auf 932,38 DM belaufe. Mit Schreiben vom 02. 09. 1993 sei die Beklagte gebeten worden, der Beigeladenen die Zusammensetzung des Rückstandes mitzuteilen. Auf die schriftliche Kostenzusicherung vom 23. 06. 1993 sei ausdrücklich hingewiesen worden.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie zum Vorbringen der Beteiligten im übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die vom Gericht beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Verwaltungsakte der Beigeladenen, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten waren aufzuheben, da sie rechtswidrig sind und die Klägerin in ihren Rechten verletzen. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die freiwillige Mitgliedschaft der Klägerin nicht zum 15. 09. 1993 beendet, da die Voraussetzungen für eine Beendigung der Mitgliedschaft nach § 191 Nr. 3 SGB V nicht gegeben sind.

Nach § 191 Nr. 3 SGB V endet die freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes nach Ablauf des nächsten Zahlungstermins, wenn das Mitglied für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen der Nichtentrichtung nicht gezahlt hat.

Zwar hat die Klägerin die jeweils fälligen Beiträge weder am 15. 07. 1993 noch am 15. 08. 1993 trotz Hinweises auf die Folgen der Nichtentrichtung nicht gezahlt, gleichwohl ist die Rechtsfolge der Beendigung der Mitgliedschaft nicht eingetreten, obwohl im wörtlichen Sinne alle Voraussetzungen des § 191 Nr. 3 SGB V vorlagen. Es ist zwar richtig, daß im Rahmen des § 191 Nr. 3 SGB V grundsätzlich auf den tatsächlichen Eingang der Beiträge abzustellen

ist, eine Abweichung von diesem Grundsatz ist aber insbesondere dann geboten, wenn während des Bestehens der freiwilligen Mitgliedschat eine Kostenzusicherung des zuständigen Sozialhilfeträgers vorliegt, wonach die rückständigen und die laufenden Krankenversicherungsbeiträge für das Mitglied übernommen werden. Dies muß vor allem dann gelten, wenn die Beiträge noch vor Ende der Mitgliedschaft auch tatsächlich angewiesen werden. In einem solchen Fall ist der Grundgedanke des § 191 Nr. 3 SGB V ebenfalls als erfüllt anzusehen, nämlich die Krankenkasse davor zu schützen, einen Krankenversicherungsschutz über einen längeren Zeitraum zu gewährleisten, ohne daß eine entsprechende Beitragszahlung erfolgt. Die Regelung des § 191 Nr. 3 SGB V soll der Krankenkasse "im Interesse einer geordneten Finanzplanung Klarheit darüber verschaffen, mit welchen Beiträgen und Leistungsverpflichtungen sie rechnen muß" (BSG-Urteil vom 29. 10. 1975 - 5 Rkn 50/73 -, USK 7505). Hieraus folgt, daß allein auf den tatsächlichen Eingang der Beiträge nicht abgestellt werden kann, wenn eine verbindliche Kostenzusage durch einen anderen Sozialleistungsträger vorliegt und Zweifel daran, daß die Zusage auch eingehalten wird, nicht bestehen.

Mit der Kostenzusicherung vom 23. 06. 1993 machte die Beigeladene deutlich, daß sie auf jeden Fall die Krankenversicherungsbeiträge für die Klägerin übernehmen wollte. Der Beklagten stand somit ein solventer Schuldner für ihre Beitragsforderung zur Verfügung. Dabei ist unbeachtlich - wie die Beklagte einwendet -, daß in Einzelfällen andere Sozialhilfebehörden ihre Kostenzusicherungen vielleicht nicht eingehalten hatten. Im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt hatte die Klägerin nach § 13 Bundessozialhilfegesetz <BSHG> einen Anspruch gegen die Beigeladene auf die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge für ihre freiwillige Mitgliedschaft. Hieraus begründet

sich zwar noch keine originäre Beitragspflicht der Beigeladenen gegenüber der Beklagten (BSG-Urteil vom 11.12.1986, FIVS 57/475 ff). Mit der Kostenzusage hat die Beigeladene jedoch eine Zusicherung im Sinne von § 34 Sozialgesetzbuch X <SGB X> gegenüber der Beklagten abgegeben. Es ist nämlich nicht erforderlich, daß die Zusicherung gegenüber der Hilfebedürftigen abgegeben werden muß (GK-SGB X 1 - Schnapp, § 34 RN 9). Auch die Zusicherung der Kostenübernahme an die Beklagte war ausreichend, da aufgrund dieser Zusicherung die Beklagte davon ausgehen konnte, daß die Mitgliedschaft der Klägerin aufrechterhalten bleiben würde und die fälligen Beiträge von der Beigeladenen gezahlt würden.

Im Übrigen bestand für die Beklagte gar kein Anlaß, an der Bereitschaft der Beigeladenen zu zweifeln, die zugesagten Beiträge auch zu entrichten. Zum einen konnte von der Beklagten nicht unterstellt werden, daß sich die Beigeladene ihrer aus § 13 BSHG ergebenden Pflicht zur Zahlung der Beiträge entziehen würde, nachdem nicht nur eine Zusage erfolgte, sondern die Beigeladene mit der Beklagten telefonisch Kontakt aufgenommen hatte, um die Höhe der zu zahlenden Beiträge zu erfahren. Zum anderen waren bereits im Vorjahr von der Beigeladenen die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung der Klägerin gezahlt worden, so daß die Beklagte auch ganz konkret gegenüber der Beigeladenen keinen Anlaß hatte, an der erneuten Zahlungsbereitschaft zu zweifeln. Im übrigen wäre selbst für den Fall, daß ein Sozialhilfeträger seiner gesetzlichen Verpflichtung bzw. seiner Zusicherung auf Zahlung der Beiträge nicht nachkommt, äußerst fraglich, ob eine derartige Säumigkeit mit der Beendigung der Mitgliedschaft des Versicherten durch die Krankenkasse "sanktioniert" werden könnte. Dies kann vorliegend dahinstehen, da eine verschuldete Säumigkeit

der Beigeladenen nicht vorliegt.

Die Beklagte wußte somit bereits am 25. 06. 1993, daß die Beiträge für die Klägerin ab dem 21. 06. 1993 bis zum Ende der Hilfsbedürftigkeit übernommen wurden. Vor diesem Hintergrund kann sich die Beklagte nicht auf den verspäteten Eingang der Beiträge berufen, zumal sie am 15. 09. 1993 von der Beigeldenen darüber in Kenntnis gesetzt worden war, daß die rückständigen Beiträge bereits angewiesen worden waren.

Einer Berufung auf § 191 Nr. 3 SGB V steht im vorliegenden Fall auch das schuldhafte Verhalten der Beklagten bei der Beitragseinziehung entgegen. Es ist zwar richtig, daß die Rechtsfolge des § 191 Nr. 3 SGB V unabhängig von dem Vorliegen eines Verschuldens eintritt (LSG Schleswig-Holtein vom 03. 03. 1992 - L-1/Kr-57/91 -, Breithaupt 1993 Nr. 210), wobei sich dieser Grundsatz jedoch nur auf das Verhalten des versicherten Mitglieds bezieht. Das Verhalten der Krankenkasse kann im Rahmen von § 191 Nr. 3 SGB V durchaus von Bedeutung sein (Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 191 SGB V).

Zwar kann die Beklagte demjenigen, der die Leistung der Beiträge für das Mitglied Übernommen hat, nicht die Sorge für den regelmäßigen Eingang der Beiträge abnehmen, die Beklagte hatte jedoch dafür Sorge zu tragen, daß die Höhe der Beiträge und die Art der Zusammensetzung dieser Beiträge der Beigeladenen rechtzeitig mitgeteilt wurde. Diese Pflicht oblag der Beklagten aufgrund der Kostenzusicherung der Beigeladenen vom 23. 06. 1993, da hierdurch ein öffentlich- rechtliches Verhaältnis zwischen der Beigeladenen und der Beklagten begründet wurde. Diese Verpflichtung hat die Beklagte verletzt, indem sie es versäumte, die Beigeladene Über die rückständigen Beiträge der Klägerin rechtzeitig zu informieren, damit diese ihrer Ver-

pflichtung aus der Kostenzusicherung nachkommen konnte. Die Beklagte hatte es somit selbst in der Hand, die Beiträge rechtzeitig zu erlangen. Sie setzt sich zu ihrem eigenen Verhalten in Widerspruch, wenn sie zunächst die Kostenzusage widerspruchslos entgegennimmt, anschließend aber nicht die Höhe der zu zahlenden Beiträge mitteilt und dann gleichwohl gegenüber der Klägerin die Konsequenz aus § 191 Nr. 3 SGB V zieht.

Daran ändert nichts, daß die Beklagte die Beiträge auch nach der Kostenzusage von der Klägerin selbst anmahnte. Die Klägerin hätte zwar aus diesen Mahnschreiben erkennen können, daß die Übernahme der Beiträge durch die Beigeladene offenbar noch nicht erfolgt war, andererseits bestand für die Klägerin trotz dieser Schreiben aus ihrer subjektiven Pflicht kein Handlungsbedarf, um den Krankenversicherungsschutz weiter zu gewährleisten. Sie konnte sich weiter auf die Kostenzusicherung der Beigeladenen verlassen, zumal ihr auch von der Beigeladenen die erforderlichen Krankenversicherungsbeiträge nicht ausgezahlt worden waren. Auch aus den Erinnerungsschreiben der Beklagten an die Klägerin ging nicht hervor, daß die Beklagte entweder die Kostenzusage der Beigeladenen nicht akzeptiert hatte oder aber die Kostenzusage wieder zurückgenommen worden wäre. Solange die Kostenzusage jedoch nicht widerrufen oder von der Beklagten nicht zurückgewiesen worden war, war die Beklagte auch nicht berechtigt, die Klägerin wie eine säumige Zahlerin zu behandeln.

Letztlich hat es die Beklagte allein zu vertreten, daß die Beiträge nicht rechtzeitig gezahlt worden sind, so daß sie sich auch nicht auf den Eintritt der Rechtswirkungen des § 191 Nr. 3 SGB V berufen kann. Erst am 08. 09. 1993 kam die Beklagte ihrer gegenüber der Beigeladenen aufgrund der abgegebenen Kostenzusicherung bestehenden Mitteilungs-

pflicht über die Höhe der Beiträge nach, so daß es der Beigeladenen nicht mehr möglich war, die rückständigen Beiträge vor dem Fälligkeitstermin bei der Beklagten verbuchen zu lassen. Hinweise darauf, daß die Beigeladene auch bei rechtzeitiger Mitteilung der Beiträge den Fälligkeitstermin hätte verstreichen lassen, finden sich dagegen nicht. Die Beigeladene hat auch in der Folgezeit die Beiträge überwiesen bzw. ihre Bereitschaft zur Zahlung der Beiträge weiter aufrechterhalten.

Bei dieser Sach- und Rechtslage kommt es auf die Frage, ob der Klägerin krankheitsbedingt die Einsicht in die Notwendigkeit der rechtzeitigen Beitragszahlung fehlte, nicht an. Wie ausgeführt, konnte sich die Klägerin, die ohnehin nicht über die Geldmittel verfügte, weil die Krankenversicherungsbeiträge vom Sozialhilfeträger nicht ausgezahlt worden waren, auf die Zusage der Beigeladenen und auf die rechtzeitige Zahlung der Beiträge durch die Beigeladene verlassen. Ein weiteres Handeln der Klägerin hätte zwar möglicherweise dazu geführt, daß vor Ablauf des Fälligkeitstermines eine Klärung zwischen allen Beteiligten herbeigeführt worden wäre, eine Pflicht der Klägerin von sich aus auf eine rechtzeitige Zahlung der Beiträge durch die Beigeladene hinwirken zu müssen, kann bei dieser Sachlage jedoch nicht gesehen werden. Von einem Versicherten trotz vorhandener Kostenzusicherung des Sozialhilfeträgers gleichwohl die Zahlung der Beiträge, die von dem Sozialhilfeträger gar nicht an ihn ausgezahlt wurden, an die Krankenkasse zu verlangen, würde zu einer völligen Überanspannung der zu erwartenden Sorgfaltspflichten führen. Auch in diesem Zusammenhang hätte von der Klägerin allenfalls dann wieder ein eigenes Handeln erwartet und verlangt werden können, wenn ihr die Rücknahme der Kostenzusage oder aber die Nichteinhaltung der Kostenszusage durch die Beigeladene mitgeteilt worden wäre.

Da nach dem oben Ausgeführten von einer Beendigung der Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten nicht ausgegangen werden kann, kann letztlich auch dahinstehen, ob die Klägerin überhaupt in der gebotenen Weise auf den Eintritt der Rechtsfolgen des § 191 Nr. 3 SGB V für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge hingewiesen worden war. Selbst wenn der Hinweis auf die Rechtsfolgen den Anforderungen des § 191 Nr. 3 SGB V in vollem Umfang genügt haben sollte, würde dies nichts an dem gefundenen Ergebnis ändern, da die Beklagte zunächst hätte versuchen müssen, die fälligen Beiträge aufgrund der gegebenen Zusicherung von der Beigeladenen zu verlangen. Es erscheint treuwidrig, gegenüber dem versicherten Mitglied, auf die Zahlung der Beiträge zu pochen, wenn bereits bekannt ist, daß die Beiträge von einem anderen Sozialleistungsträger übernommen werden. Wenn aber bereits das Verlangen der Beiträge von dem Versicherten treuwidrig ist, kann auch ein den formalen Anforderungen entsprechender Hinweis auf die Rechtsfolgen des § 191 Nr. 3 SGB V nicht den Eintritt dieser Rechtsfolgen herbeiführen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz <SGG>.

Sozialgericht Berlin
Aktenzeichen
S 81 KR 1881/02

Im Namen des Volkes !
Gerichtsbescheid

In dem Rechtsstreit

[redacted]

Klägerin,

Prozessbevollmächtigter
Rechtsanwalt Johann Trülzsch,
Friedrichstraße 210,
10969 Berlin,
[redacted]

gegen

Kaufmännische Krankenkasse KKH,
Karl-Wiechert-Allee 61,
30635 Hannover,
[redacted]

Beklagte,

hat die 81. Kammer des Sozialgerichts Berlin am 4. Februar 2003 durch den Richter am Sozialgericht Fischer als Vorsitzenden

für Recht erkannt:

Die Beitragsbescheide der Beklagten vom 15. Januar 2002, 21. März 2002, 22. April 2002 und 23. Mai 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2002 werden geändert, soweit der Beitragsbemessung für die Zeit seit dem 1. Januar 2002 ein Einkommen oberhalb eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt wurde. Weiter wird unter Aufhebung des Bescheides über die Feststellung der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten vom 22. April 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2002 festgestellt, dass die freiwillige Versicherung der Klägerin bei der Beklagten nicht am 15. April 2002 geendet hat.

Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über eine Beendigung der freiwilligen Versicherung der Klägerin bei der Beklagten wegen Zahlungsverzuges und über die Höhe der von der Klägerin geschuldeten Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung/Pflegeversicherung.

Der Verband der Deutschen Angestellten-Krankenkassen - Landesvertretung Berlin - e.V. schloss mit Wirkung ab dem 1. Januar 1998 eine Vereinbarung mit dem Land Berlin über die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt ab. Gegenstand der Vereinbarung war unter anderem eine pauschalierte Beitragsbemessung für freiwillige Versicherte, die auf das 3,7-fache des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes festgelegt wurde. Unter dem Abschnitt „Beitragszahlung" wurde darüber hinaus vorgesehen, dass die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge „den Verbandskassen des VdAK/AEV in der Regel direkt überwiesen" werden sollten, soweit das Einverständnis des betroffenen Sozialhilfeempfängers vorliege und Rechtsgründe im Einzelfall nicht entgegen stünden. Der Träger der Sozialhilfe habe den VdAK, Landesvertretung Berlin, unverzüglich über Veränderungen bei der Höhe des Regelsatzes des Haushaltsvorstandes zu unterrichten. Diese Vereinbarung wurde mit Wirkung zum 31. Dezember 2001 gekündigt.

Die 1977 geborene Klägerin bezieht seit November 1999 Hilfe zum Lebensunterhalt nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes <BSHG>. Mit Schreiben vom 9. Juni 2000 teilte das Bezirksamt Lichtenberg der Beklagten mit, dass das Land Berlin im Anschluss an das Ende der Familienversicherung der Klägerin (7. Mai 2000) die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung übernehme.

Mit Schreiben vom 16. Juni 2000 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie ihrem Antrag auf freiwillige Versicherung auf Grund des Bezuges von Sozialhilfe ab dem 8. Mai 2000 bis auf weiteres entspreche. Auf der Grundlage des Pauschalabkommens zwischen des Angestellten-Ersatzkassen und der Senatsverwaltung für Soziales in Berlin orientiere sich der tatsächlich von der Klägerin zu zahlende Beitrag nicht an der von der Klägerin tatsächlich erhaltenen Sozialhilfe, sondern errechne sich aus dem 3,7-fachen Regelsatz für Haushaltsvorstände, dem ermäßigten Beitragssatz der KKH und dem gesetzlich festgelegten Beitrag zu Pflegeversicherung in Höhe von 1,7 v.H. Der monatliche Regelsatz betrage 550,- DM und sei ab dem 1. Juli 2000 gültig. Der ermäßigte Krankenversicherungsbeitrag der KKH betrage 12,9 v.H.. Daraus ergebe sich für die Klägerin ein monatlicher Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 262,52 DM und für die Pflegeversicherung in Höhe von 34,60 DM (insgesamt also 297,12 DM). Der Beitrag zur Krankenversicherung betrage 208,87 DM für die Zeit vom 8. bis 31. Mai 2000 und 261,08 DM monatlich für die Zeit vom 1. bis 30. Juni 2000; der Beitrag zur Pflegeversicherung betrage für die Zeit vom 8. bis 31. Mai 2000 27,53 DM und für die Zeit vom 1. bis 30. Juni 2000 34,41 DM monatlich. Die Klägerin wurde darüber belehrt, dass sie umgehend mitzuteilen habe, wenn sich Änderungen ergäben, die für das Versicherungsverhältnis der Klägerin von Bedeutung seien, insbesondere der Wegfall der Sozialhilfe oder eine Arbeitsaufnahme.

Mit an das Bezirksamt Lichtenberg adressiertem Schreiben vom 24. Juli 2000 teilte die Beklagte mit, dass die Beiträge ab dem 1. Juli 2000 monatlich 262,52 DM zur Krankenversicherung und 34,60 DM zur Pflegeversicherung betrügen (insgesamt 297,12 DM). Mit ebenfalls an das Bezirksamt adressiertem Schreiben vom 19. September 2001 teilte die Beklagte mit, dass von Juli 2001 an der monatliche Beitrag zur Krankenversicherung 267,77 DM und zur Pflegeversicherung 35,29 DM (insgesamt 303,06 DM) betrage.

Mit Schreiben vom 15. Januar 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie diese gebeten habe, einen Verlängerungsantrag zu ihrer einkommensabhängigen

Beitragsbemessung einzureichen. Auch eine Erinnerung vom 14. Dezember 2001 sei erfolglos geblieben. Die freiwillige Krankenversicherung der Klägerin sei bis zum 31. Dezember 2001 befristet gewesen (Ende der Pauschalvereinbarung über die Beitragszahlung mit dem Sozialamt). Da die Klägerin die Verlängerung – auch nach mehrfacher Aufforderung – nicht bis zum 15. Januar 2002 beantragt habe, berechne die Beklagte die Beiträge der Klägerin zur Kranken- und Pflegeversicherung wie angekündigt ab dem 1. Januar 2002 aus der derzeit für die Krankenversicherung gültigen monatlichen Bemessungsgrenze in Höhe von 3.375,00 EUR. Die Klägerin solle bitte den geänderten monatlichen Beitrag ab dem 1. Januar 2002 in Höhe von 459,00 EUR zur Krankenversicherung und in Höhe von 57,38 EUR zur Pflegeversicherung (insgesamt 516,38 EUR) beachten. Wenn die Klägerin ihren Antrag zusende und die Einkommensvoraussetzungen vorlägen, könnten ab dem Ersten des Monats, in dem der Antrag bei der Beklagten eingehe, die Beiträge wieder einkommensabhängig berücksichtigt werden.

Mit Beitragsbescheid vom 21. März 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ihr Beitragskonto für den Monat Januar 2002 einen Rückstand in Höhe von 208,83 EUR ausweise (459,00 EUR Krankenversicherung, 57,38 EUR Pflegeversicherung, 1,35 EUR Mahngebühr; insgesamt 518,73 EUR abzüglich geleisteter Zahlungen in Höhe von 309,90 EUR). Mit einem mit „Beitragsrückstände – Beitragsbescheid" überschriebenen Schreiben vom 21. März 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ihr Beitragskonto für den Monat Februar 2002 einen Rückstand in Höhe von 366,53 EUR ausweise (459,00 EUR Krankenversicherung, 57,38 EUR Pflegeversicherung, 2,10 EUR Mahngebühr; insgesamt 521,48 EUR abzüglich geleisteter Zahlungen in Höhe von 154,95 EUR). Die gesamte Forderung der Beklagten einschließlich der bereits angeforderten und noch nicht beglichenen Rückstände betrage 573,01 EUR. Die Klägerin solle beachten, dass ihre Mitgliedschaft bei der Beklagten – und damit ihr Versicherungsschutz in der Kranken- und Pflegeversicherung – kraft Gesetzes und unwiderruflich zum 15. April 2002 ende, wenn die Klägerin ihre Beitragsschulden bis dahin nicht ausgeglichen habe. In der gesetzlichen Krankenversicherung könne die Klägerin sich danach nicht mehr weiterversichern, auch wenn sie Beiträge später nachzahle. Die Klägerin solle

die Rückstände bitte möglichst innerhalb einer Woche nach Erhalt dieses Schreibens begleichen. Sollte die Klägerin dazu derzeit nicht in der Lage sein, solle sie bitte umgehend Kontakt mit der Beklagten aufnehmen.

Mit Beitragsbescheid vom 22. April 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass das Beitragskonto der Klägerin für März 2002 einen Rückstand in Höhe von 366,53 EUR aufweise (459,00 EUR Krankenversicherungsbeitrag, 57,38 EUR Beitrag zur Pflegeversicherung, 3,00 EUR Säumniszuschlag, 2,10 EUR Mahngebühr; abzüglich bereits geleisteter Zahlungen in Höhe von 154,95 EUR). Mit weiterem Beitragsbescheid vom 22. April 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass das Beitragskonto der Klägerin für März 2002 einen Rückstand in Höhe von 308,57 EUR aufweise (274,37 EUR Krankenversicherungsbeitrag, 29,90 EUR Beitrag zur Pflegeversicherung, 2,50 EUR Säumniszuschlag, 1,80 EUR Mahngebühr; abzüglich bereits geleisteter Zahlungen in Höhe von 0,00 EUR).

Mit Bescheid vom 22. April 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ihre freiwillige Mitgliedschaft mit Ablauf des 15. April 2002 geendet habe.

Am 13. Mai 2002 ging bei der Beklagten ein von der Klägerin unterzeichnetes Antwortschreiben vom 8. Mai 2002 per Telefax ein, in dem die Klägerin erklärte, dass sie regelmäßige Einnahmen in Höhe von 257,22 EUR aus Sozialhilfe beziehe. Die Klägerin legte am 13. Mai 2002 Widerspruch gegen die Bescheide der Beklagten vom 22. April 2002 ein. Die Klägerin sei sich über die Tragweite des Nichtausfüllens des Formulars nicht im Klaren gewesen. Sie habe Ende März 2002 in der Filiale der Beklagten in der Frankfurter Allee 63 mit ihrem aktuellsten Sozialhilfebescheid vorgesprochen und sei davon ausgegangen, dass der für Dezember 2001 gültige Beitragssatz damit weitergelte.

Mit weiterem Beitragsbescheid vom 23. Mai 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass das Beitragskonto der Klägerin für April 2002 einen Rückstand in Höhe von 106,84 EUR aufweise (229,50 EUR Krankenversicherungsbeitrag, 28,69 EUR Beitrag zur Pflegeversicherung, 2,00 EUR Säumniszuschlag, 1,60 EUR

Mahngebühr; abzüglich bereits geleisteter Zahlungen in Höhe von 154,95 EUR).

Unter dem Datum vom 7. Juni 2002 findet sich ein Vermerk einer Mitarbeiterin der Beklagten in der Verwaltungsakte:

> „In unserer Geschäftsstelle V 12 können wir uns leider nicht erinnern, ob Frau Bembnista im März vorgesprochen hat, da wir eine sehr stark beanspruchte Gst. sind und im März aufgrund von Krankheit Personalengpässe bestanden".

Mit Schreiben vom 10. Juni 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sich vor Ort keiner der Mitarbeiter an den Besuch der Klägerin in der Geschäftsstelle der Beklagten erinnern könne. Da allerdings zu jener Zeit von der Beklagten ein Vermerk in der Datei der Klägerin angebracht gewesen sei, dass die Beklagte die von der Klägerin angeforderten Unterlagen (Verlängerungsantrag und Bedarfsberechnung über die Sozialhilfe) nicht erhalten habe, hätten die Kollegen vor Ort also in dem Fall, dass Nachweise von der Klägerin dort abgegeben worden seien, diese sofort an die zuständige Abteilung der Beklagten übersandt. Da die erforderlichen Unterlagen in dieser Abteilung der Beklagten nicht eingegangen seien, verbleibe es bei der vorgenommenen Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes zum 15. April 2002.

Mit am 29. Juli 2002 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben wandte sich die Klägerin auch gegen die Bemessung des Krankenversicherungsbeitrages in Höhe von 521,48 EUR für Februar 2002. Es sei zu keinem Zeitpunkt ein Beitragsrückstand der Klägerin entstanden.

Die Beklagte machte darauf hin mit Schreiben vom 16. August 2002, auf das Bezug genommen wird, ergänzende Ausführungen zu ihrer Rechtsauffassung zur Beendigung der Mitgliedschaft der Klägerin.

Mit Widerspruchsbescheid vom 1. November 2002 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass sie

die gesetzlichen Bestimmungen und die Grundlage für eine einkommensabhängige Beitragsbemessung sowie – im Falle der Klägerin – ab 1. Januar 2002 vorgenommene Beitragsbemessung nach dem Wert der in der Krankenversicherung gültigen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (im Jahr 2002 = 3.375,00 EUR) bereits zutreffend erläutert habe. Um Wiederholungen zu vermeiden, werde auf das Schreiben vom 16. August 2002 verwiesen. Die einkommensabhängige Beitragsbemessung sei bis zum 31. Dezember 2001 befristet gewesen. Trotz des Schreibens der Beklagten vom 15. November 2001 und Erinnerungsschreiben vom 14. Dezember 2001 - mit Hinweis auf die Folgen bei Versäumung der fristgerechten Antragstellung - sei die Klägerin dieser Aufforderung nicht nachgekommen. Die Beklagte habe die Beiträge zur freiwilligen Versicherung auf der Grundlage von § 19 Abs. 5 ihrer Satzung für die Zeit seit dem 1. Januar 2002 nach dem Wert der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt. Erst am 13. Mai 2002 habe die Klägerin wieder einen Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung eingereicht. Werde der Antrag nach der Beitragsfestsetzung gemäß § 19 Abs. 5 der KKH-Satzung zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, könne diesem nach § 19 Abs. 12 der Satzung der Beklagten erst zum Ersten des Monats entsprochen werden. Mit Beitragsbescheiden vom 21. März 2002 sei die Klägerin auf die möglichen Folgen der Nichtzahlung der Beiträge hingewiesen worden. Da sie dennoch Beiträge nicht in voller Höhe gezahlt habe, habe ihre Mitgliedschaft zum nächsten Zahltag, dem 15. April 2002 kraft Gesetzes geendet. Wie die Beklagte bereits mitgeteilt habe, habe der Eingang des Sozialhilfebescheides bei der Beklagten nicht festgestellt werden können. Selbst wenn der Sozialhilfebescheid vorgelegen habe, würde der Antrag auf Verlängerung zur einkommensabhängigen Beitragsbemessung, der von der Klägerin unterschrieben sein müsse, immer noch ausstehen. Die Beklagte sei nicht berechtigt, mit dem Sozialamt in Verbindung zu treten, um erforderliche Auskünfte oder Unterlagen anzufordern.

Mit ihrer am 7. November 2002 erhobenen Klage wendet sich die Klägerin gegen die Feststellung der Beendigung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft bei der Beklagten und die Beitragsfestsetzung für die Zeit seit dem 1. Januar 2002.

Die Klägerin beantragt bei Auslegung ihres Vorbringens,

> die Beitragsbescheide der Beklagten vom 15. Januar 2002, 21. März 2002, 22. April 2002 und 23. Mai 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2002 zu ändern, soweit der Beitragsbemessung die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt wurde sowie unter Aufhebung des Bescheides über die Feststellung der Beendigung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft der bei der Beklagten vom 22. April 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2002 festzustellen, dass ihre freiwillige Versicherung bei der Beklagten nicht am 15. April 2002 geendet hat.

Die Beklagte beantragt,

> die Klage abzuweisen.

Die Beklagte stützt ihren Antrag im Wesentlichen auf die Begründung des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2002. Sie versichere, dass sie im November 2001 eine Anschreibeaktion mit Bl. 15 und 16 der Gerichtsakte entsprechenden Schreiben durchgeführt habe. Aus Kostengründen und Gründen des Verwaltungsaufwandes seien keine Kopien der Anschreiben an die Versicherten für die Verwaltungsakten gefertigt worden.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte – S 81 KR 1881/02 – sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, welche sämtlich Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind, verwiesen.

Entscheidungsgründe

Das Gericht konnte gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz <SGG> über die Klage ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise vorher gehört worden.

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Beitragsbescheide der Beklagten vom 15. Januar 2002, 21. März 2002, 22. April 2002 und 23. Mai 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2002 sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten, soweit der Beitragsbemessung ein das Drittel der monatlichen Bezugsgröße übersteigendes Einkommen zugrunde gelegt wurde. Der Bescheid über die Feststellung der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten vom 22. April 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. November 2002 ist im Ganzen rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die freiwillige Versicherung der Klägerin bei der Beklagten endete nicht zum 15. April 2002.

Die Bescheide über die Beitragsfestsetzung für den Zeitraum seit dem 1. Januar 2002 entsprechen nicht den gesetzlichen Bestimmungen.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 15. Januar 2002 eine Beitragserhöhung mit Wirkung für die Vergangenheit vor. Da der Monat Januar bereits begonnen hatte, ist es insoweit unerheblich, dass die Beitragszahlung gemäß § 21 Abs. 1 der Satzung der Beklagten erst am 31. Januar 2002 fällig war. Der Bescheid vom 15. Januar 2002 enthält keinen Hinweis zur maßgeblichen Rechtsgrundlage. Auch dem weiteren Schriftverkehr der Beklagten mit der Klägerin lässt sich nicht entnehmen, auf welche Norm diese Änderung eines Dauerverwaltungsaktes gestützt werden sollte. Die Voraussetzungen einer Änderung der Beitragsbemessung für die Vergangenheit nach § 44 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch lagen auch sämtlich nicht vor. Der Widerspruchsbescheid vom 1. November 2002 enthält bei Auslegung zwar auch eine Entscheidung über den am 29. Juli 2002 fristgerecht gegen den nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Bescheid vom 15. Januar 2002. Es liegt jedoch bezüglich der Änderung der Beitragseinstufung für Januar 2002 ein Ermessensausfall vor, sodass es auch für Januar 2002 bei einem geschuldeten Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 261,08 DM und zur Pflegeversicherung in Höhe von 34,41 DM (insgesamt 295,49 DM/151,08 EUR) verbleibt. Mit dem Schreiben vom 19. September 2001 wurde nämlich eine Beitragserhöhung zu Lasten der Klägerin nicht festgesetzt, da hierin kein der Klägerin bekannt gegebener

Verwaltungsakt zu sehen sind. Die Klägerin stand nicht unter Betreuung. Auch eine Einwilligung der Klägerin zur Zahlung von Beiträgen durch das Land Berlin an die Beklagte führte nicht dazu, dass die Klägerin selbst die mit der Mitgliedschaft unmittelbar verbundenen Rechte, selbst in das Beitragsfestsetzungsverfahren einbezogen zu sein, verlor. § 250 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch <SGB V> sieht die Beitragstragung durch das Mitglied vor. Das Bezirksamt Lichtenberg ist auf Grund der Vereinbarung über die Beitragszahlung nicht als Mitglied an die Stelle der Klägerin getreten, sondern hat lediglich Schulden Dritter mit befreiender Wirkung getilgt. Soweit ein Übergang der Rechte aus der Mitgliedschaft überhaupt möglich wäre, finden sich entsprechende Regelungen auch in der Vereinbarung zwischen dem VdAK und dem Land Berlin, die für diesen Zeitraum Anwendung fand, nicht. Entscheidungen der Krankenkasse entfalten dem Versicherten gegenüber ohne Bekanntgabe keine Rechtswirkung. Somit schuldete die Klägerin für die Zeit vom 1. Juli 2000 zumindest bis zum 31. Januar 2002 auf der Grundlage des bestandskräftig gewordenen Bescheides vom 16. Juni 2000 nur monatlich zur Krankenversicherung Beiträge in Höhe von 262,52 DM und zur Pflegeversicherung in Höhe von 34,60 DM (insgesamt 297,12 DM).

Auch für die Monate Februar bis April 2002 ist eine zutreffende Beitragseinstufung der Klägerin durch die Beklagte nicht erkennbar. Für März 2002 bleiben bereits die beiden unterschiedlichen „Bescheide" vom 22. April 2002 ein Rätsel (Rückstand für März 366,53 EUR und Rückstand für März 308,57 EUR). Tatsächlich dürfte es sich hierbei nur um Mahnungen ohne Verwaltungsaktcharakter auf der Grundlage des Beitragsbescheides vom 15. Januar 2002 handeln. Gemäß § 240 Abs. 1 SGB V wird für freiwillige Mitglieder die Beitragsbemessung durch die Satzung der Krankenkasse geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitgliedes berücksichtigt. Gemäß § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt als beitragspflichtige Einnahme mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Die Satzung kann gemäß § 240 Abs. 5 SGB V auch Beitragsklassen vorsehen.

Die Klägerin hätte für die Zeit seit dem 1. Januar 2002 gemäß der gesetzlichen

Vorschrift in § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 19 Abs. 6 der Satzung der Beklagten nur einen monatlichen Beitrag auf der Grundlage eines Drittels der Bezugsgröße in Höhe von 2345,00 EUR zu leisten gehabt. Einen entsprechenden Antrag hatte die Klägerin am 24. Mai 2000 gestellt.

Die Beitragseinstufung der Klägerin war auch entgegen der Auffassung der Beklagten nicht befristet. Zumindest liegt dem Gericht nur die der Klägerin mit Bescheid vom 16. Juni 2000 bekannt gegebene unbefristete Beitragseinstufung vor. Eine Befristung ist eine Regelung, die Gegenstand eines bekannt zu machenden Bescheides ist. Wird ein Bescheid mit einer unbefristeten Regelung nachträglich befristet, so ist diese Änderung des Bescheides nach Maßgabe der §§ 44 ff. SGB X je nach der Grundlage dieses Verwaltungsaktes zu erklären. Entsprechend sind weder § 19 Abs. 12 noch § 19 Abs. 15 der Satzung der Satzung der Beklagten hier einschlägig.

Demgegenüber war der Beklagten als rechtskundigem Hoheitsträger rechtzeitig bekannt, dass seit dem 1. Januar 2002 bei der Klägerin die Voraussetzungen einer Einstufung nach § 19 Abs. 13 in Verbindung mit § 19 Abs. 6 Satz 1 SGB 6 vorlagen. Den entsprechenden Antrag hat die Klägerin am 24. Mai 2000 gestellt. Dieser wurde spätestens mit dem Auslaufen der Vereinbarung mit dem Land Berlin wirksam. Gemäß § 13 Abs. 1 BSHG setzt die Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bereits kraft Gesetzes voraus, dass eine Person den notwendigen Lebensunterhalt nicht eigenständig bestreiten kann. Die persönlichen Lebensumstände der Klägerin waren der Beklagten bekannt. Die Regelsätze werden regelmäßig bekannt gemacht. Damit war im vorliegenden Fall ausgeschlossen, dass die Einnahmen der Klägerin für die Zeit seit dem 1. Januar 2002 oberhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage aus § 19 Abs. 6 Satz 1 der Satzung der Beklagten lagen.

Selbst soweit der Beklagten die sozialhilferechtlichen Vorschriften nicht bekannt gewesen sein sollten, wäre diese nicht gehindert gewesen, sich bei dem Bezirksamt Lichtenberg kundig zu machen. Dafür dass die Beklagte zunächst „Bescheide“ an

das Bezirksamt Lichtenberg adressiert hat, sich für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2002 aber an einer Anfrage auf Übermittlung des der regelmäßigen Beitragszahlung durch das Bezirksamt (!) zugrunde liegenden Bescheides gehindert sah, ist dem Gericht eine entsprechende datenschutzrechtliche oder sonstige Regelung nicht bekannt. Darüber hinaus ist auch die Argumentation der Beklagten zum Nichterscheinen der Klägerin bei der Beklagten auf dem Hintergrund des zitierten Aktenvermerkes der Mitarbeiterin der Beklagten vom 7. Juni 2002 nicht haltbar. Die Mitarbeiterin hat hinreichend klar gemacht, dass sie überlastet war und sich nicht mehr erinnern könne. Genau das lässt aber den Vortrag der Klägerin wahrscheinlich erscheinen. Die im Übrigen aus Gründen der „Kostenersparnis" nicht vollständige Verwaltungsakte ist auch nicht geeignet, die Angaben der Klägerin zu widerlegen.

Die Beklagte hat sich mit ihrer Beitragseinstufung für die Zeit seit dem 1. Januar 2002 bewusst über die Regelung des § 240 SGB V hinweggesetzt. Satzungsbestimmungen und deren Auslegung haben sich ihrerseits an den in § 240 SGB V bestimmten Grenzen zu orientieren (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Dezember 2000, SozR 3-2500 § 240 Nr. 35). Die von der Beklagten festgesetzten Beiträge überstiegen das jeweilige Gesamteinkommen der Klägerin. Die für Selbständige gebotene typisierende Betrachtungsweise, die unter anderem ihren Hintergrund darin hat, dass man die Möglichkeit einer Gegenfinanzierung unterstellt, findet bei der auf Sozialhilfe angewiesenen Klägerin offensichtlich keine Anwendung.

Auf diesem Hintergrund ist auch die Feststellung über das Ende der Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten am 15. April 2002 nicht aufrecht zu erhalten. Die Voraussetzungen einer Beendigung der Mitgliedschaft wegen Zahlungsverzuges gemäß § 191 Nr 3 SGB V lagen nicht vor. Die von der Beklagten angenommenen Zahlungsrückstände waren unzutreffend. Für den Zeitraum Juli 2001 bis März 2002 liegen nämlich keine Zahlungsrückstände, sondern Überzahlungen vor, die Beklagte nicht etwa zu einer Überprüfung des Beitrages der Klägerin zu ihren Lasten, sondern zu Gunsten der Klägerin hätte veranlassen müssen (§ 44 Abs. 1 SGB X).

Sozialgericht Berlin

Aktenzeichen:
S 81 KR 291/03

Verkündet am 5. August 2003

Die Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes!

Urteil

In dem Rechtsstreit

[redacted]

Klägerin,

Prozessbevollmächtigter:
Rechtsbeistand Jürgen Seidlitz,
Torweg 98, 13591 Berlin,

g e g e n

die Kaufmännische Krankenkasse KKH,
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,
[redacted]

Beklagte,

beigeladen:

die KKH Pflegekasse,
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,

hat die 81. Kammer des Sozialgerichts Berlin
auf die mündliche Verhandlung am 5. August 2003
durch den
Richter am Sozialgericht **F i s c h e r** als Vorsitzenden

sowie die ehrenamtliche Richterin H o r s i n k e
und den ehrenamtlichen Richter W e l l e r

für Recht erkannt:

Unter Aufhebung des Bescheides der Beklagen vom 19. April 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 wird festgestellt, dass die Klägerin in der Zeit vom 16. April bis 18. August 2002 Mitglied der Beklagten bzw. Beigeladenen war und unter Aufhebung des Bescheides vom 12. Dezember 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 wird festgestellt, dass die Klägerin in der Zeit vom 16. November 2002 bis zum 6. Januar 2003 Mitglied der Beklagten bzw. Beigeladenen war und die Beitragsbescheide der Beklagten bzw. Beigeladenen vom 7. Februar 2002 sowie nachfolgende „Beitragsbescheide" in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 werden geändert, soweit für die Klägerin in der Zeit vom 1. Januar 2002 bis 15. April 2002 zur Beitragsbemessung ein Einkommen oberhalb eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt wurde sowie Nebenforderungen gefordert wurden.

Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.

Der Beklagten werden Gerichtskosten in Höhe von 500,- € auferlegt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über eine Beendigung der freiwilligen Versicherung der Klägerin bei der Beklagten wegen Zahlungsverzuges und über die Höhe der von der Klägerin geschuldeten Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung.

Der Verband der Deutschen Angestellten-Krankenkassen – Landesvertretung Berlin – e. V. vereinbarte mit dem Land Berlin zur Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt eine pauschalierte Beitragsbemessung. Eine entsprechende Vereinbarung wurde nachfolgend für die pauschale Berechnung der Beiträge zu sozialen Pflegeversicherung bei freiwillig krankenversicherten Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt getroffen. Diese Vereinbarung wurde mit Wirkung zum 31. Dezember 2001 gekündigt.

Die [redacted] geborene Klägerin hat zwei Kinder (geboren 1993 uns 1997) und bezog seit 1993 Leistungen nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes <BSHG>.

Die Klägerin trat am 28. Dezember 1994 der freiwilligen Krankenversicherung bei der Beklagten bei und beantragte die Einstufung in eine einkommensabhängige Beitragsklasse auf der Grundlage der von ihr bezogenen Sozialhilfeleistungen. Mit Bescheid vom 30. Juni 1995 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie dem Antrag auf freiwillige Krankenversicherung ab 1. Juli 1995 bis auf weiteres entspreche und eine Beitragseinstufung in der freiwilligen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung auf der Grundlage der Pauschalvereinbarung vornehme. Ein entsprechender Bescheid erging unter dem Datum vom 11. Juli 1996 (monatlicher Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 197,53 DM, zur Pflegeversicherung in Höhe von 27,08 DM).

Mit an das Bezirksamt Spandau gerichtetem Schreiben vom 15. Juni 2000 teilte die Beklagte mit, dass die Beiträge mit Einverständnis des Betroffenen direkt an die Beklagte abzuführen seien und forderte einen monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 262,52 DM und zur Pflegeversicherung in Höhe von 34,60 DM.

Mit wiederum an das Bezirksamt Spandau gerichtetem Schreiben vom 15. Juli 2001 forderte die Beklagte einen monatlichen Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 267,77 DM und zur Pflegeversicherung in Höhe von 35,29 DM. Das Bezirksamt Spandau übersandte der Beklagten daraufhin eine Bescheinigung über den laufenden Bezug von Sozialhilfe für die Klägerin vom 30. Juli 2001.

Das Bezirksamt zahlte weiterhin für die Klägerin laufend monatlich 154,95 € an die Beklagte.

Inwieweit sich die Beklagte nachfolgend schriftlich an die Klägerin gewandt hat, ist offen geblieben. Entsprechende Absendevermerke für nachfolgend von der Beklagten erstellte Bescheide sind für die Zeit vor dem 22. Juli 2002 nicht vorhanden.

Mit Schreiben vom 27. Juni 2002 teilte die Beklagte dem Bezirksamt Spandau mit, dass das Beitragskonto nach der Beitragszahlung einen Negativsaldo in Höhe von 906,08 € ausweise, den das Bezirksamt bitte überweisen wolle (~~auf der~~ auf der in Bezug genommenen zweiten Seite des Schreibens sind Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 516,38 € monatlich für die Monate Januar bis März 2002, 258,19 € für April 2002 sowie Säumniszuschläge in Höhe von 17,50 €, insgesamt 1.835,78 € abzüglich der von dem Bezirksamt für die Monate Januar bis Juni 2002 überwiesenen 929,70 € ausgewiesen).

Die Klägerin wandte sich durch den Klägerbevollmächtigten am 26. Juli 2002 an die Beklagte und teilte mit, dass sie durch das Bezirksamt über eine Beendigung ihrer Mitgliedschaft und der ihrer Kinder seit dem 16. April 2002 informiert worden sei. Sie gehe von einem ungekündigten Versicherungsverhältnis aus, da fortlaufend Beiträge gezahlt worden seien.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 8. August 2002 mit, dass ihre Mitgliedschaft zum 15. April 2002 beendet worden sei, weil die Unterlagen zur Fortführung der Mitgliedschaft nicht eingereicht worden seien. Im November 2001 seien alle Sozialhilfeempfänger angeschrieben worden, dass die freiwillige Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2002 selbst zu beantragen sei mit einem Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung und der Bedarfsberechnung des jeweiligen Sozialamtes. Da die Unterlagen nicht eingereicht worden seien, habe die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 4. Januar 2002 mit einer Fristsetzung bis zum 31. Januar 2002 erinnert. Nachdem auch dieser Termin verstrichen sei, sei am 7. Februar 2002 die Berechnung der Beiträge rückwirkend zum 1. Januar 2002 aus der derzeit gültigen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 3.375,- € vorgenommen worden. Der monatliche Beitrag laute ab dem 1. Januar 2002 monatlich 516,38 € einschließlich der Pflegeversicherung. Das Bezirksamt habe monatlich nur einen Beitrag in Höhe von 154,95 € überwiesen (allgemeiner Beitrag für Sozialhilfeempfänger). Deshalb sei der Differenzbetrag in Höhe von 361,43 bei dem Mitglied angemahnt worden. Dem sei am 19. April 2002 die Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes zum 15. April 2002 gefolgt. Leider habe die Klägerin keinerlei Kontakt zu der Beklagten aufgenommen und zur Klärung des Sachverhaltes nichts beigetragen.

Die Beklagte ordnete am 9. August 2002 eine Vollstreckung für 1.332,96 € bei der Klägerin an (Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von 304,05 € monatlich für die Monate Januar bis März 2002, 152,03 € für April 2002, Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 57,38 € für die Monate Januar bis März 2002, 28,69 € für April 2002 sowie Säumniszuschläge in Höhe von 57,- € und Mahngebühren in Höhe von 10,95 €).

Die Klägerin teilte der Beklagten mit Schreiben vom 14. August 2002 mit, die von der Beklagten in deren Schreiben vom 8. August 2002 genannten Schreiben bzw. Bescheide nicht erhalten zu haben.

Die Klägerin übergab dem Vollstreckungsbeamten des Hauptzollamtes am 30. August 2002 ihren Bescheid des Bezirksamtes Spandau über die Änderungen von laufendenden Leistungen nach dem BSHG vom 19. Juni 2002 für die Zeit ab Juli 2002, der von dort der Beklagten zugeleitet wurde. Auf die mit diesem Bescheid des Bezirksamtes Spandau vorgenommene Berechnung wird im Einzelnen Bezug genommen.

Die Klägerin stand am 19. und 20. August 2002 in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung. Mit Schreiben vom 16. September 2002, bei der Beklagten eingegangen am 20. September 2002, beantragte die Klägerin eine einkommensabhängige Beitragsbemessung.

Mit Schreiben vom 25. Oktober 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie gerne bereit sei, die freiwillige Mitgliedschaft der Klägerin zum 21. August 2002 wieder einzurichten. Es sei jedoch noch ein Antrag der Klägerin auf einkommensabhängige Beitragseinstufung erforderlich. Sollte die Klägerin noch Sozialhilfe beziehen, benötige die Beklagte eine Bedarfsberechnung des Sozialamtes. Es seien für den Zeitraum vom 1. Januar bis 15. April 2002 noch Beiträge in Höhe von 1.344,96 € offen. Die über den 15. April 2002 durch das Bezirksamt Spandau gezahlten Beiträge hätten diesem erstattet werden müssen, da diese für Monate nach Beendigung der Mitgliedschaft gezahlt worden seien. Die Klägerin solle bis zur abschließenden Bearbeitung der Beitragsfestsetzung für die Monate August bis Oktober 2002 den Mindestbeitrag in Höhe von monatlich 119,60 € zahlen. Sollten die Beiträge für Januar bis April 2002 und August bis Oktober 2002 (1.628,01 €) nicht bis zum 15. Novem-

ber 2002 bei der Beklagten eingegangen sein, ende die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung kraft Gesetzes.

Das Bezirksamt Spandau überwies nachfolgend 1.162,13 € zu Gunsten der Klägerin an die Beklagte.

Mit Schreiben vom 12. November 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass ein Antrag auf einkommensabhängige Beitragsberechnung und eine Bedarfsberechnung des Sozialamtes zum Zeitpunkt des Schreibens nicht eingegangen seien. Sollten der Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung und die Bedarfsberechnung nicht bis zum 20. November 2002 (Dreimonatsfrist) bei der Beklagten eingehen, würden die Beiträge nach der gültigen Beitragsbemessungsgrenze (2002 = 3.375,- €) berechnet, da die Beklagte dann davon ausgehe, dass eine einkommensabhängige Beitragsberechnung nicht gewünscht sei. Um eine erneute Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes zum 15. November 2002 zu verhindern, müsse bei der Beklagten bis zum 15. November 2002 ein Betrag in Höhe von 466,88 € wertgestellt sein. Die Beklagte fügte diesem Schreiben (Abvermerk 12. November 2002, Bl. 76 der Verwaltungsakte) ein Antragsformular für eine einkommensabhängige Beitragsbemessung bei.

Mit Bescheid vom 12. Dezember 2002 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass deren Mitgliedschaft in der freiwilligen Krankenversicherung kraft Gesetzes am 15. November 2002 geendet habe. Die Beendigung kraft Gesetzes zum 15. November 2002 sei trotz der gezahlten Beiträge durch das Sozialamt für die Monate April bis August 2002 erfolgt. Da diese Beiträge der Beklagten rechtlich nicht zugestanden hätten, habe die Beklagte nicht davon ausgehen können, dass sie diese Beiträge auf die Restforderung habe aufbuchen dürfen. Ferner habe die Klägerin das ihr am 12. November 2002 übersandte Formular für die einkommensabhängige Beitragsbemessung nicht zurückgesandt. Die Klägerin werde deshalb um dessen Übersendung gebeten, um die Höchstbemessung der Beiträge ab dem 21. August 2002 zu vermeiden.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 14. März 2003 zurück. Es wird auf den Wortlaut des Widerspruchsbescheides Bezug genommen. Im Wesentlichen soll der Klägerin wohl eine fehlende Antragstellung zur einkommensabhängigen Beitragsbemessung angelastet werden.

Mit ihrer am 20. März 2003 erhobenen Klage wendet sich die Klägerin gegen die Feststellung der Beendigung ihrer Mitgliedschaft am 15. April bzw. 15. November 2002. Die von der Beklagten zur Verwaltungsakte genommenen Bescheide vom 7. Februar und 19. April 2002 seien ihr vor Juli 2002 nicht bekannt gewesen. Gleiches gelte auch für das von der Beklagten in Bezug genommene Schreiben von November 2001. Sie ist der Auffassung, dass die Beitragseinstufung der Beklagten für den Zeitraum vom 1. Januar bis 15. April 2002 offensichtlich fehlerhaft sei, da sie in diesem Zeitraum Sozialhilfe bezogen habe.

Die Klägerin beantragt,

> unter Aufhebung des Bescheides der Beklagen vom 19. April 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 festzustellen, dass sie in der Zeit vom 16. April bis 18. August 2002 Mitglied der Beklagten bzw. Beigeladenen war und unter Aufhebung des Bescheides vom 12. Dezember 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 festzustellen, dass sie in der Zeit vom 16. November 2002 bis zum 6. Januar 2003 Mitglied der Beklagten bzw. Beigeladenen war und die Beitragsbescheide der Beklagten bzw. Beigeladenen vom 7. Februar 2002 sowie nachfolgende „Beitragsbescheide" in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 zu ändern, soweit für sie in der Zeit vom 1. Januar 2002 bis 15. April 2002 zur Beitragsbemessung ein Einkommen oberhalb eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt wurde sowie Nebenforderungen geltend gemacht wurden.

Die Beklagte beantragt,

> die Klage abzuweisen.

Sie habe die Klägerin im November 2001 mit einem dem als Bl. 116 zur Verwaltungsakte genommenen Schreiben inhaltsgleichen Schreiben bezüglich der Beendigung der Pauschalvereinbarung mit dem Land Berlin angeschrieben. Sie ist der Auffassung, dass auch ein

Nachweis des Zugangs des Beitragsbescheides vom 7. Februar 2002 erbracht sei. Sie sei nach ihrer Satzung auch berechtigt gewesen, für die Klägerin für den Zeitraum vom 1. Januar bis 15. April 2002 ein Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zu Grunde zu legen, da die Klägerin nicht rechtzeitig einen Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung gestellt habe und einen Nachweis für das tatsächlich von ihr erzielte Einkommen nicht erbracht habe. Die Beklagte stützt sich im Übrigen im Wesentlichen auf die Begründung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Im Übrigen wird wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes auf die Gerichtsakte - S 81 KR 291/03 - sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, welche sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig und begründet..

Der Bescheid der Beklagen vom 19. April 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 und der Bescheid vom 12. Dezember 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten. Auch der Beitragsbescheid der Beklagten vom 7. Februar 2002 sowie die nachfolgend als „Beitragsbescheide" bezeichneten Schreiben in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten, soweit für die Klägerin für die Zeit vom 1. Januar bis 15. April 2002 zur Beitragsbemessung ein Einkommen oberhalb eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt wurde sowie Nebenforderungen gefordert wurden.

In dem Bescheid der Beklagen vom 19. April 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2003 wird zu Unrecht eine Beendigung der freiwilligen Krankenver-

sicherung und sozialen Pflegeversicherung der Klägerin mit Ablauf des 15. April 2002 festgestellt.

Es fehlt bereits an einem der Klägerin rechtzeitig zugegangenen Hinweisschreiben im Sinne des § 191 Nr. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch <SGB V>.

Gemäß § 191 Nr. 3 SGB V endet die freiwillige Mitgliedschaft mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz des Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden. Die Folgen des § 191 Nr. 3 SGB V treten nur ein, wenn der Versicherte so rechtzeitig auf die Folgen hingewiesen wird, dass dieser ohne besondere Umstände in der Lage ist, die Beiträge bis zum nächsten Zahltag nach zu entrichten (vgl. Peters in Peters (Hrsg.), Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, Stand 1. November 2002, § 191 RdNr. 10; Hauck in Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch Gesamtkommentar, SGB V, § 191 RdNr. 9).

Gemäß § 37 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch <SGB X> gilt ein schriftlicher Verwaltungsakt, der durch die Post im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs übermittelt wird, mit dem dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben, außer wenn er nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist. Den nach § 191 Nr. 3 SGB V erforderlichen Hinweisschreiben fehlt bereits die Verwaltungsaktqualität, weil sie keinen Verfügungssatz enthalten (vgl. im Ergebnis Peters in Peters (Hrsg.) a.a.O.). Ob diese Vorschrift auf Hinweisschreiben im Sinne des § 191 Nr. 3 SGB V entsprechend angewendet werden kann, kann offen bleiben. Für eine Anwendung der Zugangsvermutung nach § 37 Abs. 2 SGB X fehlt es bereits an einem Vermerk über die Aufgabe zur Post. Ohne einen solchen Vermerk ist von der Behörde ein Nachweis über den Zugang zu erbringen (vgl. Landessozialgericht Schleswig-Holstein, Urteil vom 27. November 1987, Breithaupt 1988, 423, 425 f.). Bereits daran fehlt es hier.

Auch die Beitragsbemessung für den Zeitraum vom 1. Januar bis 15. April 2002 ist unzutreffend.

Die mit Bescheid der Beklagten vom 7. Februar 2002 (bei den nachfolgenden „Beitragsbescheiden" handelt es sich eigentlich mangels eines eigenen Regelungscharakters um Mahnungen) entspricht nicht den gesetzlichen Bestimmungen. Die Klägerin hatte für die Zeit seit dem 1. Januar 2002 gemäß § 240 Abs. 4 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch <SGB V> in Verbindung mit § 19 Abs. 6 Satz 2 der Satzung der Beklagten nur einen monatlichen Beitrag auf der Grundlage eines Einkommens in Höhe eines Drittels der monatlichen Bezugsgröße (2.345,- € für 2002) zu leisten.

Der Bescheid vom 7. Februar 2002 enthält zunächst eine Rücknahme der Beitragseinstufung für den Monat Januar 2002, ohne dass die rechtlichen Voraussetzungen hierfür vorgelegen hätten. § 44 ff. SGB X findet auf die hier vorgenommene Änderung eines Dauerverwaltungsaktes Anwendung. Die Beklagte konnte damit eine Abweichung von der mit Bescheid vom 5. Juli 2001 festgesetzten Beiträgshöhe zu Lasten der Klägerin mit dem angefochtenen Bescheid nicht vornehmen. Diesbezüglich fehlt es schon an einer Ermessensausübung.

In dem Bescheid vom 7. Februar 2002 liegt gleichzeitig eine rechtswidrige Ablehnung einer Neuberechnung der Beiträge zu Gunsten der Klägerin. Gemäß § 44 Abs. 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt, der sich als unrichtig erweist und soweit deshalb Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Ein Ermessen der Behörde besteht insoweit nicht. Zumindest für den Zeitraum seit dem 1. Januar 2002 liegt auch ein entsprechender Antrag der Klägerin vor. Die vormals festgesetzten 136,91 € Krankenversicherungsbeitrag überstiegen die geschuldete Beitragshöhe.

Gemäß § 240 Abs. 1 SGB V wird für freiwillige Mitglieder die Beitragsbemessung durch die Satzung der Krankenkasse geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt. Gemäß § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt als beitragspflichtige Einnahmen mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Gemäß § 19 Abs. 4 Satz 1 der Satzung der Beklagten sind beitragspflichtige Einnahmen der freiwillig versicherten Mitglieder die Ge-

samtbezüge. Als Gesamtbezüge geltend nach Satz 2 dieser Vorschrift die Bruttobezüge. Ihnen zuzurechnen sind das Arbeitsentgelt und alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Bezüge, die nicht regelmäßig monatlich zufließen, sind für die Beitragsbemessung monatlich mit einem Zwölftel der jährlichen Bezugsgröße zu berücksichtigen. Nach § 19 Abs. 5 der Satzung ist der monatliche Beitragsbemessungswert für die freiwillig versicherten Mitglieder der Beitrag der jeweils maßgebenden Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. Liegen die Gesamtbezüge unter dem Betrag der jeweils maßgebenden Beitragsbemessungsgrenze, gelten nach § 19 Abs. 6 der Satzung als Beitragsbemessungswert auf Antrag die Gesamtbezüge (einkommensabhängige Beitragsbemessung). Als Beitragsbemessungswert gilt jedoch mindestens ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße.

Die Klägerin hatte bereits 1994 einen Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung gestellt, dem nachfolgend im Sinne von § 19 Abs. 12 der Satzung der Beklagten entsprochen wurde. Ein Verlängerungsantrag im Sinne des § 19 Abs. 15 der Satzung der Beklagten war von der Klägerin nicht zu stellen, da eine Befristung der Genehmigung der einkommensabhängigen Beitragsbemessung durch die Beklagte nicht erfolgt ist. Eine solche Befristung stellt einen bekannt zu gebenden Verwaltungsakt dar. Das Schreiben der Beklagten vom 20. November 2001 (dessen Zugang nicht nachgewiesen ist) weist lediglich auf das Ende der Pauschalvereinbarung hin. Der Abschluss einer Pauschalvereinbarung zwischen der Beklagten und dem Land Berlin hatte auf die Rechtsstellung der Klägerin gegenüber der Beklagten keinen Einfluss. Eine Veränderung der Höhe der Bezüge der Klägerin – allein darauf wäre abzustellen gewesen - trat zum 1. Januar 2002 nicht ein. Bezüglich der Höhe des Regelsatzes nach § 22 BSHG lässt sich die Änderung jeweils zum 1. Juli eines Jahres unschwer dem Gesetz selbst entnehmen. Das Ende der Pauschalvereinbarung selbst stellt demgegenüber keine Änderung der Gesamtbezüge im Sinne von § 19 Abs. 13 der Satzung dar, die die Beklagte zu entsprechenden Konsequenzen gegenüber der Klägerin hätte berechtigen können.

Entsprechend der Begrenzung des Streitgegenstandes durch den Klageantrag war von der Beklagten somit ab dem 1. Januar 2002 die der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts <BSG> (vgl. Urteile vom 19. Dezember 2000, SozR 3-2500 § 240 Nrn. 34 und 35) entsprechende Neuberechnung der Beiträge der Klägerin vorzunehmen.

Nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Klägerin gehören zunächst die für die beiden Kinder der Klägerin erbrachten Sozialhilfeleistungen und Unterhaltsleistungen sowie das gewährte Wohngeld und Kindergeld, weil die Satzung der Beklagten keine diesbezüglichen Regelungen enthält (vgl. BSG, a.aO. Nr. 34).

Beitragspflichtig waren der für die Klägerin gewährte Regelsatz sowie der ihr gewährte Zuschlag für Alleinerziehende und der von dem Land Berlin übernommene Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung. Darüber hinaus war ein Drittel der vom Sozialhilfeträger übernommenen Kosten für Unterkunft, Neben- und Heizkosten zu berücksichtigen (vgl. BSG, a.aO. Nr. 34).

Die Summe der zu berücksichtigenden Einnahmen der Klägerin lag - wie in praktisch allen Fällen des Bezuges von Sozialhilfe – unterhalb von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße. Um das festzustellen, reicht die Attestierung des Bezuges von Sozialhilfe aus, was auch durch die Zahlung von Beiträgen durch das Sozialamt erfolgen kann.

Die Beklagte kann sich demgegenüber nicht auf einen verspäteten Nachweis der Einkünfte durch die Klägerin stützen. Zunächst dürfte eine Satzungsregelung, die ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung (vgl. für hauptberuflich Selbständige § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V) von § 44 Abs. 1 SGB X abweicht, bereits unwirksam sein. Darüber hinaus liegen aber die Voraussetzungen des § 19 Abs. 13 der Satzung der Beklagten bereits deshalb nicht vor, weil, wie bereits dargelegt wurde, für den 1. Januar 2002 keine Änderung des Einkommens der Klägerin erkennbar ist.

Auch für die Beendigung der Mitgliedschaft der Klägerin zum 15. November 2002 mit Bescheid vom 12. Dezember 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. März

2003 fehlt jede Grundlage. Der von der Beklagten angenommene Beitragsrückstand war tatsächlich nicht gegeben. Ein Antrag auf einkommensabhängige Beitragseinstufung wurde durch den Bevollmächtigten der Klägerin am 20. September 2002 für die freiwillige Mitgliedschaft seit dem 21. August 2002 ausdrücklich gestellt. In dem Schreiben des Klägerbevollmächtigten vom 16. September 2002 heißt es „...und beantrage hiermit die einkommensabhängige Beitragsbemessung...". Der maßgebliche Sozialhilfebescheid für die zum 1. Juli 2002 eingetretene Einkommensänderung kraft Gesetzes wurde von der Klägerin mit Wirkung für die Beklagte als Gläubigerin bereits am 30. August 2002 dem Beamten des Hauptzollamtes übergeben und lag der Beklagten bereits Anfang September vor.

Diese Ausführungen gelten entsprechend für die Pflegeversicherungsbeiträge der Klägerin.

Aus dem Fortbestand der Mitgliedschaft bei der Beklagten folgt jeweils die Pflichtmitgliedschaft bei der Beigeladenen.

Die Entscheidung, der Beklagten die außergerichtlichen Kosten der Klägerin aufzuerlegen, beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz <SGG>. Die Auferlegung von Mutwillenskosten beruht auf § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGG. Insoweit war zunächst zu berücksichtigen, dass die erkennende Kammer bereits mit rechtskräftigem Gerichtsbescheid vom 4. Februar 2003, Az. 81 KR 1881/02, auf die offensichtliche Rechtswidrigkeit der dort nach vergleichbaren Grundsätzen von der Beklagten vorgenommenen Beitragsfestsetzung und Beendigung der Mitgliedschaft gegenüber Empfängern von Sozialhilfe hingewiesen hatte. Es ist nicht Aufgabe des Gerichts, eine offensichtlich rechtswidrige Verwaltungspraxis eines Sozialversicherungsträgers in einer Vielzahl von jeweils in Rechtskraft erwachsenden Einzelentscheidungen abzuarbeiten. Bezüglich der Höhe der Mutwillenskosten waren die Gerichtskosten, die durch die starre Haltung der Beklagten verursacht wurden, anzusetzen. Es war zu berücksichtigen, dass hier eigentlich drei Verwaltungsverfahren zu prüfen waren (Beitragsfestsetzung und zwei Beendigungen der Mitgliedschaft wegen Zahlungsverzuges), was – insbesondere im Hinblick auf den erwähnten Gerichtsbescheid vom 4. Februar 2003 - bereits in der mündlichen Verhandlung erkennen ließ, dass die Abfassung und Korrektur der Entscheidung gegenüber der durchschnittlichen Dauer der Abfassung eines Urteils einen mehr

als dreifachen Zeitaufwand erfordern würde, sodass es billig war, den Mindestwert aus § 184 Abs. 2 SGG bei Würdigung aller Umstände des Einzelfalles und Abwägung der Interessen der Beklagten und der Rechtspflege erheblich zu überschreiten.

Rechtsmittelbelehrung

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Berlin, Invalidenstraße 52, 10557 Berlin schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Berlin, Invalidenstraße 52, 10557 Berlin schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Berlin schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Abrechnung der Brutto-Netto-Bezüge in Euro für Oktober 2003

29.10.2003 Blatt: 1

Pers.-Nr.	Abteilungs-Nr.	Geb.dat.	Eintritt	Austritt	StKl	Kinderfreibetr.	StTg	Freibetr.jährl.	Freibetr.mtl.	PGRS	Konfession
00001		15.11.52	17.02.83		3	1,0				101	ev

Versicherungs-Nr.	KK-Nr.	Krankenkassenname	KK %	AN-Typ	KV	RV	AV	GV	UM	PV	BGRS	SV.Tg	Anz.U.
57151152B727	001	AOK Mittelfranken	14,90	0	1	1	1	0	1	1	1111		

Statistische Werte: Pers.Zuschlag 0,25

Anw.Tg	Anw.Std	Bez.Std	Url.Std	SV-AG-Anteil mtl.
				666,71
Krh.Tg	**Krh.Std**	**Zeitlo.Std**	**Url.Ansp.**	**SV-AG-Anteil kum.**
				3.965,50
Fehl.Tg	**Fehl.Std**	**Uber.Std**	**mtl.gen.Url**	**AkkF / AkkMi**
			2,50	
Std.lohn 1	**Std.lohn 2**	**Std.lohn 3**	**gen.Url.ges.**	
14,00	0,50	0,60		
Durchschnitt 1	**Durchschnitt 2**	**Durchschnitt 3**	**Resturl.**	

Riedel-Test-GmbH

90534 Musterstadt

3NW 50 B/N

Pers.-Nr. 00001

Herrn/Frau

Mustermann Inge-Muster
Musterstr. 78
90329 Musterstadt

Lohnart	Bezeichnung	bezahlte Menge 1)	Faktor	%-Zuschlag	St 1)	SV1)	GB1)	Betrag
200	Festbezug Lohn/Gehalt				L	L	J	3.100,00
210	VWL-AG-Anteil				L	L	J	30,00
902	Betr.AV.AG lfd.ST-pau				P	F	J	33,05

Gesamt-Brutto 3.163,05

Steuer/Sozialversicherung:

1)	Steuer-Brutto 2)	Lohnsteuer	Kirchensteuer	SolZ		Steuerrechtl. Abzüge
L	3.130,00	361,50	21,13	12,91		395,54

1)	KV/PV-Brutto	RV/AV-Brutto	KV-Beitrag	PV-Beitrag	RV-Beitrag	AV-Beitrag	SV-rechtl. Abzüge
L	3.130,00	3.130,00	233,19	26,61	305,18	101,73	666,71

Netto-Verdienst 2.100,80

Verdienstbescheinigung: 2)

Gesamt-Brutto	Steuer-Brutto
32.924,98	25.570,00
Lohnsteuer	**Kirchensteuer**
6.555,49	84,52
SolZ	**Steuerfreie Bezüge**
332,65	6.514,88
SV-Brutto	**RV-Beitrag**
19.462,50	1.869,29
KV-Beitrag	**PV-Beitrag**
1.231,01	149,06
AV-Beitrag	**KUG-Ausz.** / **VWL-ges.**
623,46	66,71 / 160,00
Pfändung Rest / **Darlehen Rest**	**pauschal versteuerte Zukunftssicherung**
	840,10

Nr.	Netto-Bezüge/Netto-Abzüge	
01	Betriebl. Altersvorsorg	33,05-
98	Vermögensbildung	40,00-

Bank: Betrag erhalten :

BLZ:

Kto-Nr:

Auszahlungsbetrag

Euro 2.027,75

1) A=Abfindung, E=Einmalbezug, F=frei, J=Gesamt-Brutto, K=Korrektur, Km=Kilometer, L=laufender Bezug, M=mehrjährige Versteuerung, N=Nachberechnung, P=Pauschalierung, S=sonstiger Bezug, St=Stück, Std=Stunden, T=Tage, V=Vorjahr, W=Wertguthaben.

2) Einschließlich der steuerlich relevanten Werte bei einer Nachberechnung ins Vorjahr.

AFP Form.-Nr. LO0113

Die Lohnabrechnung für Inge Muster-Mustermann kommt vom Nürnberger Abrechnungsspezialisten Datev. Auch wenn dessen Formulare als besonders übersichtlich gelten: Die 51-jährige Arbeiterin mit Steuer-Klasse 3 und einem Kind hat erhebliche Schwierigkeiten, das Papier in allen Einzelheiten zu verstehen. Kein Wunder: Schon die **Personalstammdaten** – der oberste Infoblock der Abrechnung – sind ohne Übersetzungshilfe kaum zu verstehen.

RUBRIK 1: Dass die Gehaltsabrechnung tatsächlich für sie erstellt worden ist, und keine Verwechslung vorliegt, kann Inge Muster-Mustermann anhand der **Personal-Nummer** (Pers.-Nr.), dem Geburtsdatum (Geb.dat.) – das sich in der Versicherungs-Nummer wiederholt – und dem Eintritt(sdatum) in den Betrieb überprüfen.

RUBRIK 2: Als **Statistische Werte** tauchen grundsätzlich in allen Abrechnungen nur der monatliche und der im laufenden Jahr insgesamt angefallene Sozialversicherungs-Arbeitgeberanteil (SV-AG-Anteil) auf. Angaben zum Urlaubsanspruch, zu Anwesenheitstagen oder Fehltagen werden von externen Abrechnungsbüros üblicherweise nicht aufgelistet, da sie keine Auswirkung auf Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge haben.

RUBRIK 3: Die positiven monatlichen **Abrechnungswerte** sind zusammengesetzt aus Gehalt (für Angestellte) beziehungsweise Lohn (für Arbeiter) und so genannten individuellen Abrechnungsbestandteilen, für die der Arbeitgeber aufkommt: etwa Vermögenswirksame Leistungen (VWL) oder eine Direktversicherung. Die Summe der Einzelbeträge ergeben das Gesamt-Brutto.

RUBRIK 4: Negativ zu Buche schlagen auf der Abrechnung einerseits die **Lohnsteuerbeträge,** andererseits die **Sozialversicherungsbeiträge**, die jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgebracht werden. Geteiltes Leid ist halbes Leid. Manchen Arbeitnehmern erscheinen die Abzugssummen aber nicht nur unverständlich hoch, sondern sie stolpern auch darüber, dass sich im aufgeführten Steuer-Brutto weder der monatliche Festbezug (hier 3100 Euro) noch das Gesamtbrutto (hier 3163,05 Euro) wiederfinden, sondern ein Betrag von 3130 Euro. Die Erklärung: Der Arbeitgeberanteil für die Betriebliche Altersvorsorge (oben mit 33,05 Euro ausgewiesen) wird vom Arbeitgeber pauschal versteuert. Die Sozialversicherungen sind an dieser Zusatzleistung des Arbeitgebers nicht beteiligt. Der Abrechnungs-Insider erkennt diese Besonderheiten an einem P (für pauschal im Erläuterungsfeld zur Betrieblichen Altersorsorge) beziehungsweise F für „Frei" im Feld für die Sozialabgaben. Der Buchstabe L steht in dieser Rubrik für einen laufenden, also monatlichen Bezug. Und wofür steht J? Wer hier an „jährlich" denkt, liegt falsch. J be-

RUBRIK 5: Die Angaben für eine **Verdienstbescheinigung** enthalten Daten, die für einen Wohnungsvermieter oder ein Kreditinstitut interessant sein können. Sie sind ausführlich genug, um die eigene Solvenz nachzuweisen. Unter Umständen führen sie aber auch auf, dass ein Teil der Bezüge gepfändet wurde oder ein Darlehen abgezahlt wird – und können daher den Zweck, die eigene Solvenz nachzuweisen, gerade nicht erfüllen.

RUBRIK 6: Dass zwischen **Netto-Verdienst und Auszahlungsbetrag** durchaus Welten liegen können, verantwortet der Arbeitnehmer ganz allein. Nachdem der Arbeitgeber vom Gesamt-Brutto die Lohnsteuer und die Sozialversicherungsbeiträge (halber Arbeitnehmerbeitrag in der Sozialversicherung) abgezogen hat, gibt er seinen Arbeitgeberanteil dazu und überweist die gesamten Lohnnebenkosten (in diesem Fall beachtliche 1334,42 Euro) an die Krankenkasse. Vom errechneten monatlichen Netto-Verdienst behält er nun noch die Arbeitnehmerbeiträge zur individuellen Zukunftssicherung ein – etwa zur betrieblichen Altersvorsorge und zur Vermögensbildung – und leitet diese an die Versicherungen weiter.

Steuerklasse lässt sich aus der Abürzung „St.Kl." mit einiger Fantasie herleiten, ebenso die Prozenthöhe des Krankenkassen-Beitrags aus dem Verwaltungskürzel „KK %". Doch was um aller Welt ist ein „PGRS"? Deshalb hier eine Art Glossar, eine kleine Übersetzungshilfe für den Versuch, eine Brutto-Netto-Abrechnung für Gehaltsempfänger zu verstehen.

St.Kl.: Steuerklassen 1 bis 6: Ledige haben die Steuerklasse 1, Alleinerziehende mit Kind haben bislang die Steuerklasse 2, gut verdienende Verheiratete haben die Klasse 3, wenn der weniger verdienende Ehepartner Klasse 5 gewählt hat. Ehepartner können aber auch beide die Klasse 4 wählen. Wer eine zweite Steuerkarte für Nebeneinkünfte beantragt, bekommt die Klasse 6 – ebenso, wenn die Original-Lohnsteuerkarte nicht vorgelegt wird.
PGRS: Der Personengruppenschlüssel sagt dem Fachmann: Hier handelt es sich um einen üblichen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten ohne besondere Merkmale. Ein Student würde mit den Ziffern 106 erfasst.
AN-Typ: Beim Arbeitnehmertyp 0 handelt es sich um einen Arbeiter, eine 1 würde Angestellte bedeuten.
KV, RV, AV, PV: Steht hier eine 1, ist der Arbeitnehmer kranken-, renten, arbeitslosen- und pflegeversichert. Eine 0 unter dem Buchstaben GV bedeutet, dass der Arbeitnehmer – in diesem Fall Frau Muster-Mustermann – kein Geringverdiener ist. Die 1 unter den Buchstaben UM schließlich gibt an, dass der Arbeitgeber eine Umlage an die Krankenkasse abführt, um im Krankheitsfall seiner Mitarbeiterin einen gewissen Prozentsatz vom Tagesbruttolohn erstattet zu bekommen.
UM: Die Umlageversicherung U 1 und U 2 muss der Arbeitgeber an die Krankenkasse entrichten. Eine 2 unter UM würde bedeuten, dass der Arbeitgeber eine Umlage für Mutterschutzzeiten an die Krankenkasse leistet. Dazu sind in der Regel Betriebe bis zu 20 Mitarbeitern verpflichtet.

SV-AG-Anteil mtl.: Der aktuelle Arbeitgeberanteil an der Sozialversicherung, der identisch ist mit den sozialversicherungsrechtlichen Abzügen des Arbeitnehmers.
SV-AG-Anteil kum.: Die im laufenden Jahr bislang vom Arbeitgeber aufgelaufenen Sozialversicherungsanteile.
KV/PV-Brutto: Der Monats-Brutto-Betrag, für den Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte für die festgelegten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zur Kasse gebeten werden. Während der Krankenkassenbeitrag von der persönlichen Wahl des Arbeitnehmers abhängig ist, müssen für die Pflegeversicherung derzeit grundsätzlich 1,7 Prozent aufgebracht werden. Entscheidend für die Gesamthöhe – bis zu einer definierten Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 3450 Euro monatlich in den alten Bundesländern) – sind Steuerklasse, Kinderfreibeträge und Mitgliedschaft in der evangelischen oder katholischen Kirche. Die Lohnbuchhalter arbeiten hier strikt nach einer gedruckten oder im Softwareprogramm hinterlegten Lohnsteuertabelle des Bundesfinanzministeriums.
RV/AV-Brutto: Für die Ermittlung der von Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinschaftlich getragenen Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung werden derzeit 6,5 Prozent des Monats-Bruttos für den Fall der Arbeitslosigkeit und 19,5 Prozent für die gesetzliche Alterssicherung berechnet.

Artikel 19

Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Staat - Allgemeine Regelung

(1) Ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats als des zuständigen Staates wohnt und die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staa-tes für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen, gegebenenfalls unter Be-rücksichtigung des
Artikels 18, erfüllt, erhält in dem Staat, in dem er wohnt,

a) Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, als ob er
bei diesem versichert wäre;

b)Geldleistungen vom zuständigen Träger nach den für diesen Träger geltenden
Rechtsvorschriften. Im Einvernehmen zwischen dem zuständigen Träger und dem
Träger des Wohnorts können die Leistungen jedoch vom Träger des Wohnorts
nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für Rechnung des zuständigen Trägers gewährt werden.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für Familienangehörige, die im Gebiet eines
anderen als des zuständigen Staates wohnen, sofern sie nicht aufgrund der
Rechtsvorschriften des Staates, in dessen Gebiet sie wohnen, Anspruch auf
diese Leistungen haben.

Wohnen die Familienangehörigen im Gebiet eines Mitgliedstaats, nach dessen
Rechts-vorschriften der Anspruch auf Sachleistungen nicht von Versicherungs-
oder Beschäftigungsbedingungen abhängig ist, so gelten die ihnen gewährten
Sachleistungen als für Rechnung des Trägers gewährt, bei dem der Arbeitnehmer oder Selbständige versichert ist, es sei denn, daß sein Ehegatte oder die Person, die für die Kinder sorgt, eine Be-
rufstätigkeit im
Gebiet dieses Mitgliedstaats ausübt.

gültig für EU-Länder bis 30.4.10,
ab 1.5.10 weiter gültig für EWR-Länder

VERORDNUNG (EG) Nr. 883/2004 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES
vom 29. April 2004

TITEL I
ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Artikel 4

Gleichbehandlung

Sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

KAPITEL 1

Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft
und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft

Abschnitt 1

Versicherte und ihre Familienangehörigen
mit Ausnahme von Rentnern und deren Familienangehörigen

Artikel 17

Wohnort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat

Ein Versicherter oder seine Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, erhalten in dem Wohnmitgliedstaat Sachleistungen, die vom Träger des Wohnorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob sie nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären.

Krankenversicherungsbeiträge bei BAFÖG-Bezug:

§13a BAföG (Gesetz) Kranken- und Pflegeversicherungszuschlag

(1) Für Auszubildende, die ausschließlich beitragspflichtig versichert sind

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 9, 10 oder 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder als freiwilliges Mitglied oder

2. bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das die in § 257 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt, und aus dieser Versicherung Leistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Kranken- und Mutterschaftsgeldes entsprechen,

erhöht sich der Bedarf um monatlich 62 Euro. Sind die in Satz 1 Nummer 2 genannten Vertragsleistungen auf einen bestimmten Anteil der erstattungsfähigen Kosten begrenzt, erhöht sich der Bedarf stattdessen um die nachgewiesenen Krankenversicherungskosten, höchstens aber um den in Satz 1 genannten Betrag. Von den nachgewiesenen Kosten werden nur neun Zehntel berücksichtigt, wenn die Vertragsleistungen auch gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung umfassen. Maßgebend sind die Kosten im Zeitpunkt der Antragstellung.

(2) Für Auszubildende, die ausschließlich beitragspflichtig

1. in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Absatz 1 Nummer 9, 10, 12 oder Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder

2. bei einem privaten Versicherungsunternehmen, das die in § 61 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt, nach § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

versichert sind, erhöht sich der Bedarf um monatlich 11 Euro.

Krankenversicherung bei BAB-Bezug:

§ 68 SGB III (Gesetz) Sonstige Aufwendungen

(1) Bei einer beruflichen Ausbildung wird als Bedarf für sonstige Aufwendungen eine Pauschale für Kosten der Arbeitskleidung in Höhe von zwölf Euro monatlich zugrunde gelegt.

(2) Bei einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme werden als Bedarf für sonstige Aufwendungen bei Auszubildenden, deren Schutz im Krankheits- oder Pflegefalle nicht anderweitig sichergestellt ist, die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld und zur Pflegepflichtversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder, wenn dort im Einzelfall ein Schutz nicht gewährleistet ist, bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zugrunde gelegt.

(3) [1]Bei einer beruflichen Ausbildung und einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme können sonstige Kosten anerkannt werden, soweit sie durch die Ausbildung oder Teilnahme an der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme unvermeidbar entstehen, die Ausbildung oder Teilnahme an der Maßnahme andernfalls gefährdet ist und wenn die Aufwendungen vom Auszubildenden oder seinen Erziehungsberechtigten zu tragen sind. [2]Darüber hinaus werden Kosten für die Betreuung der aufsichtsbedürftigen Kinder des Auszubildenden in Höhe von 130 Euro monatlich je Kind übernommen.

Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)

§ 3 EFZG (Gesetz) Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

(1) [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. [2]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) [1]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. [2]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.

Mindesturlaubsgesetz für Arbeitnehmer (Bundesurlaubsgesetz)

§ 1 BUrlG (Gesetz) Urlaubsanspruch

Jeder Arbeitnehmer hat in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub.

Gesetz über die Versorgung für die ehemaligen Soldaten der Bundeswehr und ihre Hinterbliebenen (Soldatenversorgungsgesetz - SVG)

§ 86a SVG (Gesetz)

(1) Ehemalige Soldaten auf Zeit, die nach Beendigung einer Wehrdienstzeit von mindestens zwei Jahren arbeitslos sind, erhalten eine Arbeitslosenbeihilfe. Auf die Arbeitslosenbeihilfe sind die Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und sonstiger Gesetze mit Ausnahme des Einkommensteuergesetzes über das Arbeitslosengeld und für die Empfänger dieser Leistung mit folgenden Maßgaben entsprechend anzuwenden:

1. Für den Anspruch auf Arbeitslosenbeihilfe steht die Wehrdienstzeit als Soldat auf Zeit einschließlich der nach § 40 Absatz 5 des Soldatengesetzes eingerechneten Wehrdienstzeiten der Zeit eines Versicherungspflichtverhältnisses gleich.

2. Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosenbeihilfe mindert sich um die Zahl von Tagen, die auf den Zeitraum entfallen, für den Übergangsgebührnisse laufend oder in einer Summe gewährt werden. Für Soldaten auf Zeit mit einer Wehrdienstzeit von zwei Jahren wird der Anspruch auf Arbeitslosenbeihilfe auf 180 Tage begrenzt.

3. Bei der Feststellung des Bemessungsentgelts sind für die Wehrdienstzeit im Sinne der Nummer 1 die Dienstbezüge zugrunde zu legen.

4. Bei der Anwendung des § 142 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch steht der Anspruch auf Übergangsgebührnisse dem dort genannten Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe für Arbeitslose gleich. Dies gilt auch für einen Zeitraum, für den Übergangsgebührnisse in einer Summe gewährt werden.

5. Der Anspruch auf Arbeitslosenbeihilfe ruht während des Zeitraums, für den der Arbeitslose die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllt oder nur deshalb nicht erfüllt, weil er Arbeitslosengeld nicht beantragt hat.

6. Der Bezug von Arbeitslosenbeihilfe begründet keinen Anspruch auf Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch .

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn ein Soldat auf Zeit ohne Anspruch auf Versorgung mit Ausnahme der Beschädigtenversorgung aus dem Dienstverhältnis ausgeschieden oder wenn dieser Anspruch später aus einem anderen Grunde als dem des Ablaufs des Anspruchszeitraums weggefallen ist.

Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) §§ 1 - 20

Stand: 1. Januar 2009

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
§ 4 Umfang der Leistungspflicht
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
§ 8a Beitragsberechnung
§ 8b Beitragsanpassung
§ 9 Obliegenheiten
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Gerichtsstand
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
§ 19 Wechsel in den Standardtarif
§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf

außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13)[1]. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen[2].

1 Die BaFin vertritt die Auffassung, dass die vorgesehene Annahmefrist das Recht des VN nach § 178 f VVG a.F. beschränke, den Tarif zu dem von ihm gewünschten Zeitpunkt zu wechseln, so dass ein Verstoß gegen § 178 o VVG a.F. vorliege. Die Annahme des Antrags müsse entsprechend dem allgemeinen Vertragsrecht in einer angemessenen Frist erfolgen.

2 Die BaFin vertritt die Auffassung, dass der VN gemäß § 178 f VVG a.F. einen Anspruch auf Umwandlung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung bezüglich eines Tarifs in eine solche bezüglich eines anderen Tarifs mit gleichartigem Versicherungsschutz **habe; die Regelung also gegen § 178 o VVG a.F. verstoße.**

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
a) bei Unfällen;
b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem

öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht
a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.
Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
f) —
g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.
(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese

in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig. (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG fortgesetzt.
(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich

aus dem Tarif ergibt.
(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise

von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Formund Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
(3)[1] Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
1 unverbindliche Empfehlung

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des

Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50
Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33
www.pkv.de · info@pkv.de

§ 2 Rückwärtsversicherung

(1) Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass der Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses beginnt (Rückwärtsversicherung).

(2) [1]Hat der Versicherer bei Abgabe seiner Vertragserklärung davon Kenntnis, dass der Eintritt eines Versicherungsfalles ausgeschlossen ist, steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. [2]Hat der Versicherungsnehmer bei Abgabe seiner Vertragserklärung davon Kenntnis, dass ein Versicherungsfall schon eingetreten ist, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Wird der Vertrag von einem Vertreter geschlossen, ist in den Fällen des Absatzes 2 sowohl die Kenntnis des Vertreters als auch die Kenntnis des Vertretenen zu berücksichtigen.

(4) § 37 Abs. 2 ist auf die Rückwärtsversicherung nicht anzuwenden.

§ 3 Versicherungsschein

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer einen Versicherungsschein in Textform, auf dessen Verlangen als Urkunde, zu übermitteln.

(2) Wird der Vertrag nicht durch eine Niederlassung des Versicherers im Inland geschlossen, ist im Versicherungsschein die Anschrift des Versicherers und der Niederlassung, über die der Vertrag geschlossen worden ist, anzugeben.

(3) [1]Ist ein Versicherungsschein abhandengekommen oder vernichtet, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins verlangen. [2]Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.

(4) [1]Der Versicherungsnehmer kann jederzeit vom Versicherer Abschriften der Erklärungen verlangen, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. [2]Benötigt der Versicherungsnehmer die Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer übermittelt worden, ist der Lauf der Frist vom Zugang des Verlangens beim Versicherer bis zum Eingang der Abschriften beim Versicherungsnehmer gehemmt.

(5) Die Kosten für die Erteilung eines neuen Versicherungsscheins nach Absatz 3 und der Abschriften nach Absatz 4 hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.

§ 6 Beratung des Versicherungsnehmers

(1) [1]Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, oder der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu befragen und, auch unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beratungsaufwand und der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien, zu beraten sowie die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. [2]Er hat dies unter Berücksichtigung der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags zu dokumentieren.

(2) [1]Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer den erteilten Rat und die Gründe hierfür klar und verständlich vor dem Abschluss des Vertrags in Textform zu übermitteln. [2]Die Angaben dürfen mündlich

übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. [3]In diesen Fällen sind die Angaben unverzüglich nach Vertragsschluss dem Versicherungsnehmer in Textform zu übermitteln; dies gilt nicht, wenn ein Vertrag nicht zustande kommt und für Verträge über vorläufige Deckung bei Pflichtversicherungen.

(3) Der Versicherungsnehmer kann auf die Beratung und Dokumentation nach den Absätzen 1 und 2 durch eine gesonderte schriftliche Erklärung verzichten, in der er vom Versicherer ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass sich ein Verzicht nachteilig auf seine Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherer einen Schadensersatzanspruch nach Absatz 5 geltend zu machen.

(4) [1]Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses, soweit für den Versicherer ein Anlass für eine Nachfrage und Beratung des Versicherungsnehmers erkennbar ist. [2]Der Versicherungsnehmer kann im Einzelfall auf eine Beratung durch schriftliche Erklärung verzichten.

(5) [1]Verletzt der Versicherer eine Verpflichtung nach Absatz 1, 2 oder 4, ist er dem Versicherungsnehmer zum Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verpflichtet. [2]Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

(6) Die Absätze 1 bis 5 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz nicht anzuwenden, ferner dann nicht, wenn der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird oder wenn es sich um einen Vertrag im Fernabsatz im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs handelt.

§ 7 Information des Versicherungsnehmers

(1) [1]Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung seine Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Informationen in Textform mitzuteilen. [2]Die Mitteilungen sind in einer dem eingesetzten Kommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. [3]Wird der Vertrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers telefonisch oder unter Verwendung eines anderen Kommunikationsmittels geschlossen, das die Information in Textform vor der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers nicht gestattet, muss die Information unverzüglich nach Vertragsschluss nachgeholt werden; dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer durch eine gesonderte schriftliche Erklärung auf eine Information vor Abgabe seiner Vertragserklärung ausdrücklich verzichtet.

(2) [1]Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zum Zweck einer umfassenden Information des Versicherungsnehmers festzulegen,

1. welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind,

2. welche weiteren Informationen dem Versicherungsnehmer bei der Lebensversicherung, insbesondere über die zu erwartenden Leistungen, ihre Ermittlung und Berechnung, über eine Modellrechnung sowie über die Abschluss- und Vertriebskosten, soweit eine Verrechnung mit Prämien erfolgt, und über sonstige Kosten mitzuteilen sind,

3. welche weiteren Informationen bei der Krankenversicherung, insbesondere über die Prämienentwicklung und -gestaltung sowie die Abschluss- und Vertriebskosten, mitzuteilen sind,

4. was dem Versicherungsnehmer mitzuteilen ist, wenn der Versicherer mit ihm telefonisch Kontakt aufgenommen hat und

5. in welcher Art und Weise die Informationen zu

. erteilen sind.

[2]Bei der Festlegung der Mitteilungen nach Satz 1 sind die vorgeschriebenen Angaben nach der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/ EWG und 88/357/EWG (ABl. EG Nr. L 228 S. 1), der Richtlinie 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher und zur Änderung der Richtlinie 90/619/EWG des Rates und der Richtlinien 97/7/EG und 98/27/EG (ABl. EG Nr. L 271 S. 16) sowie der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen (ABl. EG Nr. L 345 S. 1) zu beachten.

(3) In der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ist ferner zu bestimmen, was der Versicherer während der Laufzeit des Vertrags in Textform mitteilen muss; dies gilt insbesondere bei Änderungen früherer Informationen, ferner bei der Krankenversicherung bei Prämienerhöhungen und hinsichtlich der Möglichkeit eines Tarifwechsels sowie bei der Lebensversicherung mit Überschussbeteiligung hinsichtlich der Entwicklung der Ansprüche des Versicherungsnehmers.

(4) Der Versicherungsnehmer kann während der Laufzeit des Vertrags jederzeit vom Versicherer verlangen, dass ihm dieser die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in einer Urkunde übermittelt; die Kosten für die erste Übermittlung hat der Versicherer zu tragen.

(5) [1]Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz nicht anzuwenden. [2]Ist bei einem solchen Vertrag der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, hat ihm der Versicherer vor Vertragsschluss das anwendbare Recht und die zuständige Aufsichtsbehörde in Textform mitzuteilen.

§ 10 Beginn und Ende der Versicherung

Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, beginnt die Versicherung mit Beginn des Tages, an dem der Vertrag geschlossen wird; er endet mit Ablauf des letzten Tages der Vertragszeit.

§ 11 Verlängerung, Kündigung

(1) Wird bei einem auf eine bestimmte Zeit eingegangenen Versicherungsverhältnis im Voraus eine Verlängerung für den Fall vereinbart, dass das Versicherungsverhältnis nicht vor Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist die Verlängerung unwirksam, soweit sie sich jeweils auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) [1]Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, kann es von beiden Vertragsparteien nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. [2]Auf das Kündigungsrecht können sie einvernehmlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

(3) Die Kündigungsfrist muss für beide Vertragsparteien gleich sein; sie darf nicht weniger als einen Monat und nicht mehr als drei Monate betragen.

(4) Ein Versicherungsvertrag, der für die Dauer von mehr als drei Jahren geschlossen worden ist, kann vom Versicherungsnehmer zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

§ 12 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) [1]Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. [2]Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) [1]Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. [2]Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) [1]Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. [2]In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) [1]Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. [2]Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) [1]Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. [2]Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) [1]Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. [2]Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

(2) [1]In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 23 Abs. 2 und 3 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugegangen sein müssen, es sei denn, dem Versicherer war die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt. [2]Er ist zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht nach § 23 Abs. 2 und 3 nicht auf Vorsatz beruht; im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung gilt Absatz 1 Satz 2.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 Satz 1 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet,

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) [1]Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. [2]Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese

Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) [1]Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. [2]Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) [1]Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. [2]Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. [3]Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) [1]Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. [2]Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. [3]Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 16, kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 40 Kündigung bei Prämienerhöhung

(1) [1]Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. [2]Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. [3]Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung der Prämie zugehen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel den Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne die Prämie entsprechend herabzusetzen.

Versicherungsvertragsgesetz (VVG), §§ private Krankenversicherung (PKV)

Kapitel 8 Krankenversicherung

§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nach Absatz 1 insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

(3) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung können zusätzliche Dienstleistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen nach Absatz 1 stehen, vereinbart werden, insbesondere

1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen;
2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen;
5. die unmittelbare Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 mit deren Erbringern.

(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.

(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.

(6) Bei der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). Absatz 2 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend. Die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die private Pflegeversicherung bleiben unberührt.

(7) Bei der Krankheitskostenversicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Leistungserbringer seinen Anspruch auf Leistungserstattung auch gegen den Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis haften Versicherer und Versicherungsnehmer gesamtschuldnerisch.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

(2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die

mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro.

Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
   a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
   b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,

3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung

eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

(7) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.

Fußnote

§ 193 Abs. 5 Satz 1: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG (100-1) Art. 9 Abs. 1 vereinbar gem. BVerfGE v. 10.6.2009 I 2127 - 1 BvR 825/08, 1 BvR 831/08 -

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.
(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.
(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive

Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.
(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.
(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 197 Wartezeiten

(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. Bei der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.
(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden oder die aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung ausgeschieden sind, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

§ 198 Kindernachversicherung

(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.
(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.
(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.
(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 199 Beihilfeempfänger

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand im Umfang der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes endet.
(2) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.
(3) Absatz 2 gilt nicht bei Gewährung von Versicherung im Basistarif.

§ 200 Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst herbeiführt.

§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers; Schadensermittlungskosten

Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, hat der Versicherer die entstandenen Kosten zu erstatten.

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(1) Bei einer Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Außer bei Verträgen im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss vereinbaren. Im Basistarif ist eine Risikoprüfung nur zulässig, soweit sie für Zwecke des Risikoausgleichs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist.
(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.
(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer

erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.
(4) Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, ist § 164 anzuwenden.
(5) Die Neufestsetzung der Prämie und die Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen;

der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.
(3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.
(4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form

einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die

Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.
(3) Wird eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegekrankenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären; die Prämie ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Die versicherten Personen sind vom Versicherer über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.
(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 3 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.
(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.
(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 208 Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 194 bis 199 und 201 bis 207 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden. Für die Kündigung des Versicherungsnehmers nach § 205 kann die Schrift oder die Textform vereinbart werden.

§ 12 VAG - Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,

2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,

3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muß,

4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;

2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte

300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(1b) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
   a)
   innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
   b)
   innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören, und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,

3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrages der Abschluss eines Vertrages im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrages bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes noch nicht wirksam geworden ist.
Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder

2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(1c) 1Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen.
2Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils bekannt gegebenen Höhe ist hinzuzurechnen.
3Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht.
4Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.
5Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.
6Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(1d) Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Abs. 1a dieses Gesetzes festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium der Finanzen aus.

(2) Versicherungsunternehmen, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen. § 11a Abs. 1 Satz 2 bis 4, Abs. 2 und 2a gilt entsprechend.

(3) Dem Verantwortlichen Aktuar obliegen die folgenden Aufgaben:

1. Er hat sicherzustellen, daß bei der Berechnung der Prämien und der mathematischen Rückstellungen, namentlich der Alterungsrückstellung, die versicherungsmathematischen Methoden (Absatz 1 Nr. 1 und 2) eingehalten und dabei die Regelungen der nach § 12c erlassenen Rechtsverordnung beachtet werden. Dabei muß er die Finanzlage des Unternehmens insbesondere daraufhin überprüfen, ob die dauernde Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen jederzeit gewährleistet ist und das Unternehmen über ausreichende Mittel in Höhe der Solvabilitätsspanne verfügt.

2. Er hat unter der Bilanz zu bestätigen, dass die Alterungsrückstellung nach Nummer 1 berechnet ist (versicherungsmathematische Bestätigung). Das gilt nicht für kleinere Vereine (§ 53 Abs. 1 Satz 1).

§ 11a Abs. 3 Nr. 3 und Abs. 4 Nr. 1 gilt entsprechend.

(4) Für die substitutive Krankenversicherung gilt § 11 Abs. 2 entsprechend. Die Prämien für das Neugeschäft dürfen nicht niedriger sein als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden.

(4a) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von zehn vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

(4b) Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt.

(5) Sofern die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, gelten Absatz 1 Nr. 1 bis 4 und die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 sowie § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

Fußnote

§ 12 Abs. 1b Satz 1: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG (100-1) Art. 9 Abs. 1 vereinbar gem. BVerfGE v. 10.6.2009 I 2127 - 1 BvR 825/08, 1 BvR 831/08 -

SGB VII – gesetzliche Unfallversicherung

§ 2 Versicherung kraft Gesetzes

(1) Kraft Gesetzes sind versichert

1. Beschäftigte,
2. Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen,
3. Personen, die sich Untersuchungen, Prüfungen oder ähnlichen Maßnahmen unterziehen, die aufgrund von Rechtsvorschriften zur Aufnahme einer versicherten Tätigkeit oder infolge einer abgeschlossenen versicherten Tätigkeit erforderlich sind, soweit diese Maßnahmen vom Unternehmen oder einer Behörde veranlasst worden sind,
4. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
5. Personen, die
a) Unternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens sind und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
b) im landwirtschaftlichen Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitende Familienangehörige sind,
c) in landwirtschaftlichen Unternehmen in der Rechtsform von Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig wie Unternehmer selbständig tätig sind,
d) ehrenamtlich in Unternehmen tätig sind, die unmittelbar der Sicherung, Überwachung oder Förderung der Landwirtschaft überwiegend dienen,
e) ehrenamtlich in den Berufsverbänden der Landwirtschaft tätig sind, wenn für das Unternehmen eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zuständig ist.
6. Hausgewerbetreibende und Zwischenmeister sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
7. selbständig tätige Küstenschiffer und Küstenfischer, die zur Besatzung ihres Fahrzeugs gehören oder als Küstenfischer ohne Fahrzeug fischen und regelmäßig nicht mehr als vier Arbeitnehmer beschäftigen, sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner,
8.
a) Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen, deren Träger für den Betrieb der Einrichtungen der Erlaubnis nach § 45 des Achten Buches oder einer Erlaubnis aufgrund einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung bedürfen, sowie während der Betreuung durch geeignete Tagespflegepersonen im Sinne von § 23 des Achten Buches,
b) Schüler während des Besuchs von allgemein- oder berufsbildenden Schulen und während der Teilnahme an unmittelbar vor oder nach dem Unterricht von der Schule oder im Zusammenwirken mit ihr durchgeführten Betreuungsmaßnahmen,
c) Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen,
9. Personen, die selbständig oder unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege tätig sind,
10. Personen, die
a) für Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts oder deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften, für die in den Nummern 2 und 8 genannten Einrichtungen oder für privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von Gebietskörperschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen, b) für öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaften und deren Einrichtungen oder für

privatrechtliche Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen,
11. Personen, die
a) von einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts zur Unterstützung einer Diensthandlung herangezogen werden,
b) von einer dazu berechtigten öffentlichen Stelle als Zeugen zur Beweiserhebung herangezogen werden,
12. Personen, die in Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen oder im Zivilschutz unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich tätig sind oder an Ausbildungsveranstaltungen dieser Unternehmen teilnehmen,
13. Personen, die
a) bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten,
b) Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden,
c) sich bei der Verfolgung oder Festnahme einer Person, die einer Straftat verdächtig ist oder zum Schutz eines widerrechtlich Angegriffenen persönlich einsetzen,
14. Personen, die nach den Vorschriften des Zweiten oder des Dritten Buches der Meldepflicht unterliegen, wenn sie einer besonderen, an sie im Einzelfall gerichteten Aufforderung einer Dienststelle der Bundesagentur für Arbeit, eines nach § 6a des Zweiten Buches zugelassenen kommunalen Trägers oder des nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Zweiten Buches zuständigen Trägers nachkommen, diese oder eine andere Stelle aufzusuchen,
15. Personen, die
a) auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur Rehabilitation erhalten,
b) zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Aufforderung eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit einen dieser Träger oder eine andere Stelle aufsuchen,
c) auf Kosten eines Unfallversicherungsträgers an vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung teilnehmen,
16. Personen, die bei der Schaffung öffentlich geförderten Wohnraums im Sinne des Zweiten Wohnungsbaugesetzes oder im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei der Schaffung von Wohnraum im Sinne des § 16 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Wohnraumförderungsgesetzes oder entsprechender landesrechtlicher Regelungen im Rahmen der Selbsthilfe tätig sind,
17. Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfasst Pflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und - soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugute kommen - Pflegetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 des Elften Buches).

(1a) Versichert sind auch Personen, die nach Erfüllung der Schulpflicht auf der Grundlage einer schriftlichen Vereinbarung im Dienst eines geeigneten Trägers im Umfang von durchschnittlich mindestens acht Wochenstunden und für die Dauer von mindestens sechs Monaten als Freiwillige einen Freiwilligendienst aller Generationen unentgeltlich leisten. Als Träger des Freiwilligendienstes aller Generationen geeignet sind inländische juristische Personen des öffentlichen Rechts oder unter § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes fallende Einrichtungen zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger oder kirchlicher Zwecke (§§ 52 bis 54 der Abgabenordnung), wenn sie die Haftpflichtversicherung und eine kontinuierliche Begleitung der Freiwilligen und deren Fort- und Weiterbildung im Umfang

von mindestens durchschnittlich 60 Stunden je Jahr sicherstellen. Die Träger haben fortlaufende Aufzeichnungen zu führen über die bei ihnen nach Satz 1 tätigen Personen, die Art und den Umfang der Tätigkeiten und die Einsatzorte. Die Aufzeichnungen sind mindestens fünf Jahre lang aufzubewahren.

(2) Ferner sind Personen versichert, die wie nach Absatz 1 Nr. 1 Versicherte tätig werden. Satz 1 gilt auch für Personen, die während einer aufgrund eines Gesetzes angeordneten Freiheitsentziehung oder aufgrund einer strafrichterlichen, staatsanwaltlichen oder jugendbehördlichen Anordnung wie Beschäftigte tätig werden.

(3) Absatz 1 Nr. 1 gilt auch für
1. Deutsche, die im Ausland bei einer amtlichen Vertretung des Bundes oder der Länder oder bei deren Leitern, deutschen Mitgliedern oder Bediensteten beschäftigt sind,
2. Personen, die
a) im Sinne des Entwicklungshelfer-Gesetzes Entwicklungsdienst oder Vorbereitungsdienst leisten,
b) einen entwicklungspolitischen Freiwilligendienst \u201eweltwärts\u201d im Sinne der Richtlinie des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vom 1. August 2007 (BAnz. 2008 S. 1297) leisten,
3. Personen, die
a) eine Tätigkeit bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation ausüben und deren Beschäftigungsverhältnis im öffentlichen Dienst während dieser Zeit ruht,
b) als Lehrkräfte vom Auswärtigen Amt durch das Bundesverwaltungsamt an Schulen im Ausland vermittelt worden sind oder
c) für ihre Tätigkeit bei internationalen Einsätzen zur zivilen Krisenprävention durch einen Sekundierungsvertrag nach dem Sekundierungsgesetz abgesichert werden.
Die Versicherung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und c erstreckt sich auch auf Unfälle oder Krankheiten, die infolge einer Verschleppung oder einer Gefangenschaft eintreten oder darauf beruhen, dass der Versicherte aus sonstigen mit seiner Tätigkeit zusammenhängenden Gründen, die er nicht zu vertreten hat, dem Einflussbereich seines Arbeitgebers oder der für die Durchführung seines Einsatzes verantwortlichen Einrichtung entzogen ist. Gleiches gilt, wenn Unfälle oder Krankheiten auf gesundheitsschädigende oder sonst vom Inland wesentlich abweichende Verhältnisse bei der Tätigkeit oder dem Einsatz im Ausland zurückzuführen sind. Soweit die Absätze 1 bis 2 weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Tätigkeit voraussetzen, gelten sie abweichend von § 3 Nr. 2 des Vierten Buches für alle Personen, die die in diesen Absätzen genannten Tätigkeiten im Inland ausüben; § 4 des Vierten Buches gilt entsprechend. Absatz 1 Nr. 13 gilt auch für Personen, die im Ausland tätig werden, wenn sie im Inland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(4) Familienangehörige im Sinne des Absatzes 1 Nr. 5 Buchstabe b sind
1. Verwandte bis zum dritten Grade,
2. Verschwägerte bis zum zweiten Grade,
3. Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches)
der Unternehmer, ihrer Ehegatten oder ihrer Lebenspartner.

§ 150 Beitragspflichtige

(1) Beitragspflichtig sind die Unternehmer, für deren Unternehmen Versicherte tätig sind oder zu denen Versicherte in einer besonderen, die Versicherung begründenden Beziehung stehen.

Die nach § 2 versicherten Unternehmer sowie die nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Versicherten sind selbst beitragspflichtig.

(2) Neben den Unternehmern sind beitragspflichtig
1. die Auftraggeber, soweit sie Zwischenmeistern und Hausgewerbetreibenden zur Zahlung von Entgelt verpflichtet sind,
2. die Reeder, soweit beim Betrieb von Seeschiffen andere Unternehmer sind oder auf Seeschiffen durch andere ein Unternehmen betrieben wird.
Die in Satz 1 Nr. 1 und 2 Genannten sowie die in § 130 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 genannten Bevollmächtigten haften mit den Unternehmern als Gesamtschuldner.

(3) Für die Beitragshaftung bei der Arbeitnehmerüberlassung gilt § 28e Abs. 2 und 4 des Vierten Buches und für die Beitragshaftung bei der Ausführung eines Dienst- oder Werkvertrages im Baugewerbe gelten § 28e Absatz 3a bis 3f sowie § 116a des Vierten Buches entsprechend. Der Nachunternehmer oder der von diesem beauftragte Verleiher hat für den Nachweis nach § 28e Absatz 3f des Vierten Buches eine qualifizierte Unbedenklichkeitsbescheinigung des zuständigen Unfallversicherungsträgers vorzulegen; diese enthält insbesondere Angaben über die bei dem Unfallversicherungsträger eingetragenen Unternehmensteile und diesen zugehörigen Lohnsummen des Nachunternehmers oder des von diesem beauftragten Verleihers sowie die ordnungsgemäße Zahlung der Beiträge.

(4) Bei einem Wechsel der Person des Unternehmers sind der bisherige Unternehmer und sein Nachfolger bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Wechsel angezeigt wurde, zur Zahlung der Beiträge und damit zusammenhängender Leistungen als Gesamtschuldner verpflichtet.

§ 192 Mitteilungs- und Auskunftspflichten von Unternehmern und Bauherren

(1) Die Unternehmer haben binnen einer Woche nach Beginn des Unternehmens dem zuständigen Unfallversicherungsträger
1. die Art und den Gegenstand des Unternehmens,
2. die Zahl der Versicherten,
3. den Eröffnungstag oder den Tag der Aufnahme der vorbereitenden Arbeiten für das Unternehmen und
4. in den Fällen des § 130 Abs. 2 und 3 den Namen und den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Bevollmächtigten mitzuteilen.

(2) Die Unternehmer haben Änderungen von
1. Art und Gegenstand ihrer Unternehmen, die für die Prüfung der Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger von Bedeutung sein können,
2. Voraussetzungen für die Zuordnung zu den Gefahrklassen,
3. sonstigen Grundlagen für die Berechnung der Beiträge
innerhalb von vier Wochen dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Unternehmer haben ferner auf Verlangen des zuständigen Unfallversicherungsträgers die Auskünfte zu geben und die Beweisurkunden vorzulegen, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Unfallversicherungsträgers (§ 199) erforderlich sind. Ist bei einer Schule der Schulhoheitsträger nicht Unternehmer, hat auch der Schulhoheitsträger die Verpflichtung zur Auskunft nach Satz 1.

(4) Den Wechsel von Personen der Unternehmer haben die bisherigen Unternehmer und ihre Nachfolger innerhalb von vier Wochen nach dem Wechsel dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen. Den Wechsel von Personen der Bevollmächtigten haben die Unternehmer innerhalb von vier Wochen nach dem Wechsel mitzuteilen.

(5) Bauherren sind verpflichtet, auf Verlangen des zuständigen Unfallversicherungsträgers die Auskünfte zu geben, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Unfallversicherungsträgers (§ 199) erforderlich sind. Dazu gehören 1. die Auskunft darüber, ob und welche nicht gewerbsmäßigen Bauarbeiten ausgeführt werden, 2. die Auskunft darüber, welche Unternehmer mit der Ausführung der gewerbsmäßigen Bauarbeiten beauftragt sind.

1 Empfänger

Kreisverwaltung	Geschäfts-/Aktenzeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ oder ausfüllen

☑ **Erstantrag**
☐ **Änderungsantrag**

nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -
- Schwerbehindertenrecht
zur Feststellung einer Behinderung, eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB),
- weiterer - gesundheitlicher Merkmale sowie Ausstellung eines - neuen - Ausweises

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

☐ Nein
☐ Ja, beim: Geschäfts-/Aktenzeichen:

Wichtige Hinweise

Um sachgerecht über diesen Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus. Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab der 6. Seite dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der 5. Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder -) in Ihren Händen befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein. Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch den Kreis Steinfurt Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 1). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

2 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsname		weiblich ☐ männlich ☐	Staatsangehörigkeit **deutsch**
geboren am		Geburtsort	
Straße, Hausnummer			
PLZ	Wohnort		
Tagsüber erreichbar unter der Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)			Sind Sie erwerbstätig? (siehe Erläuterungen Seite 6) ☐ Ja
Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben, ggf. bitte - eine - Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen.	Name		Vorname
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	
	Tagsüber erreichbar unter der Tel.-Nr. (Angabe freiwillig)		

3 Für ausländische Antragsteller/Innen

Sind Sie

- ausländische/r Mitbürger/in oder staatenlos? Bitte legen Sie eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie Ihres Passes vor, um Ihren rechtmäßigen Aufenthalt nachzuweisen. Bei Kindern unter 16 Jahren benötigen wir die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.
- Grenzarbeitnehmer/in und wohnen im Ausland? Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers bei.

4 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

4.1 Haben Sie einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten bei/von

1. einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/ einer Berufskrankheit?
2. einem Versorgungsamt/einer Kreisverwaltung (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)?
3. einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührnisamt)?

Wenn Sie eine dieser Fragen mit "Ja" beantwortet haben, legen Sie bitte deb entsprechenden Bescheid in Kopie bei oder teilen Sie mit, von welcher Stelle

und unter welchem Geschäfts-/Aktenzeichen

gegebenenfalls Tag des Unfalls/der Schädigung etc.

diese Entscheidung getroffen wurde bzw. der Antrag bearbeitet wird, damit die Unterlagen angefordert werden können.

4.2 Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter (Funktions-)Beeinträchtigungen geltend machen?

☐ Ja - Bitte weiter mit Nr. 5 ff. - ☐ Nein - Bitte weiter mit Nr. 10 ff.-

5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

5.1 Für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärztinnen/Ärzte geben Sie bitte den **Namen Ihrer Krankenkasse** an:

5.2 Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die - neu - als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich geändert/verschlimmert haben.
Lesen Sie bitte hierzu vorher die Erläuterungen zu 5.2 auf der Seite 6!

6 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

6.1 Hausarzt

Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
Straße, Hausnummer	**PLZ**	**Ort**

6.2 Weitere Ärzte

Hinweis: Sie könne die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde sämtlicher von Ihnen nachstehend angegebner Fachärzte - **außer Augen- und HNO-Ärzte und Krankenhäuser/Kurkliniken** - vorliegen und bitten Sie ihn gegebenenfalls, diese Unterlagen auf Anfrage dem Versorgungsmat zur Verfügung zu stellen.

Facharzt

Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
		-
Straße, Hausnummer	**PLZ**	**Ort**
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein		

Facharzt

Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
		-
Straße, Hausnummer	**PLZ**	**Ort**
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein		

Facharzt

Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
		-
Straße, Hausnummer	**PLZ**	**Ort**
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein		

7 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

Name des Kankenhauses	Abteilung/Station
Straße, Hausnummer	**PLZ** **Ort**
Behandlung von - bis -	☐ Ambulant ☐ Stationär
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein	

Name des Kankenhauses	Abteilung/Station
Straße, Hausnummer	**PLZ** **Ort**
Behandlung von - bis -	☐ Ambulant ☐ Stationär
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein	

8 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

Name der Klinik	Behandlung von bis
Straße, Hausnummer	PLZ Ort
Name des Kostenträgers	Straße, Hausnummer
PLZ Ort	Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein	

9 Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 geltend gemachten Gesundheitsstörungen

9.1 Erhalten Sie eine Berufs-bzw. Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (gegebenfalls ab wann) oder haben Sie dort einen Antrag gestellt (gegebenenfalls wann) ? Laufen Untersuchungen beim Sozialversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig ?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ab/am _____ (Monat/Jahr)

9.2 Name des Sozialversicherungsträgers	Rentenversicherungsnummer

9.3 Erhalten Sie Blindengeld oder Hilfe für Gehörlose vom Landschaftsverband oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ab/am _____ (Monat/Jahr)

9.4 Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit von Ihrer Pflegekasse / Krankenkasse oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ab/am _____ (Monat/Jahr)

9.5 Ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse oder ein sonstiges medizinisches Gutachten erstellt worden?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ab/am _____ (Monat/Jahr)

9.6 Anschrift des Leistungsträgers zu 9.3 bis 9.5 (Landschaftsverband/Pflegekasse/Krankenkasse)	Geschäfts-/Aktenzeichen

10 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises

10.1 Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen:
(Bitte beachten Sie die Erläuterungen unter 10.1 auf der Seite 7 und kreuzen Sie gegebenenfalls an)

☐ - G -	☐ - aG -	☐ - B -	☐ - RF -	☐ - H -	☐ - 1.Kl. -	☐ - BL -	☐ - GL -

10.2 ☐ Ich benötige keinen Ausweis.

10.3 Falls ein Ausweis ausgestellt wird, ist dieser ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein besonderes Interesse glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeits-Zeitpunkt eingetragen werden.

Ich beantrage eine Rückwirkung ab: _____ wegen ☐ Steuer ☐ Rente

oder wegen _____

11 Erklärungen

11.1 **Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.**

11.2 **Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden sowie Stellen innerhalb der Versorgungsverwaltung Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.**

☑ **Ja** ☐ **Nein**

Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

11.3 **Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Sozialhilfeträger mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch**
- vom Kreis Steinfurt beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung
- anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie
- den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit
übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).
Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

Dem Antrag füge ich bei:

1 Lichtbild aus neuester Zeit (45 x 35 mm im Hochformat ohne Rand, mit Ihrem Namen auf der Rückseite) - nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises -
Ergänzungsbogen zum Antrag

Beim Ausfüllen dieses Antrages hat mir geholfen und steht hierzu für telefonische Rückfragen zur Verfügung (Angabe freiwillig):

Herr/Frau _____

Telefon-Nr.: _____

☐ Bitte um Übersendung einer Durchschrift an:

_____ _____

Ort Datum

.....

Unterschrift
der Antragstellerin/ des Antragstellers und/oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Versorgungsamt Berlin
Albrecht - Achilles - Str. 62 - 65
10709 Berlin

Sprechstunden: Montag von 9.00 bis 12.00 Uhr
Donnerstag von 9.00 bis 18.00 Uhr

Bitte für amtliche Zwecke freihalten!
Eingangsstempel

Antrag

Zutreffendes bitte ankreuzen [x]
Bitte in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!

- ☐ **auf Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen nach § 69 Abs. 1 u.4 SGB IX[1)]**
- ☐ **auf Ausstellung eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX**
- ☐ **auf Neufeststellung wegen**
  - ☐ **Verschlimmerung bestehender Behinderungen**
  - ☐ **Hinzutreten neuer Behinderungen**

  Bitte früheres Geschäftszeichen angeben: _____

Zur Bearbeitung dieses Antrages werden Sie gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen.

Bei unzureichend ausgefülltem Antrag können Nachfragen erforderlich sein, die die Antragsbearbeitung verzögern.

I. **Angaben zur Person**

1. Familienname, ggf. Geburtsname Vorname
   ☐ weiblich ☐ männlich
2. Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land Staatsangehörigkeit
3. Anschrift - Straße und Wohnort - (gewöhnlicher Aufenthalt) Telefon
4. **Sind Sie berufstätig?** ☐ **ja**
5. e-mail Fax-Nr.

Ausländer bitte amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung bzw. –gestattung beifügen.
Sollte dies nicht möglich sein, bitte nebenstehende Bescheinigung vollziehen lassen.

Der Antragsteller hält sich rechtmäßig im Land Berlin auf.
Die Aufenthaltsgenehmigung bzw. -gestattung
☐ befristet bis _____
☐ unbefristet
☐ Der Aufenthalt ist nur zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet.

Landeseinwohneramt Berlin - Ausländerbehörde
Im Auftrag

_____
(Datum, Stempel, Unterschrift)

6. Bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Betreuers angeben (Betreuerausweis vorlegen / in Kopie beifügen).

_____

_____

_____

[1)] Neuntes Buch Sozialgesetzbuch

Ich weise darauf hin, dass nur dann eine Behinderung i.S.d. Gesetzes vorliegt, wenn diese länger als 6 Monate besteht. Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurentlassungsbericht, EKG, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder -) in Ihren Händen befinden, fügen Sie diese bitte dem Antrag bei! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Kosten hierfür können nicht ersetzt werden.

II. Angaben über die Behinderungen und deren Behandlungen:

1. Welche körperlichen, geistigen oder seelischen **Behinderungen/ Leiden** bestehen bei Ihnen? Bitte geben Sie **nur** Behinderungen an, die bei der Feststellung und Bewertung berücksichtigt werden sollen, bei Neufeststellung **nur** die Behinderungen, die sich verschlimmert haben bzw. neu hinzugekommen sind.

   Ursachen, z.B. Kriegsleiden, Unfall, Arbeitsunfall angeborenes Leiden, Krankheit

   a) _____ _____

   b) _____ _____

   c) _____ _____

   d) _____ _____

   e) _____ _____

   f) _____ _____

   g) _____ _____

2. Welche Beschwerden haben Sie?

   _____

   _____

   _____

3. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? wie oft / wieviel?

   _____ _____

   _____ _____

   _____ _____

4. Welche orthopädischen Hilfsmittel (z.B. Rollator, Rollstuhl, orthopädische Schuhe, Stock, Bandagen usw.) benutzen Sie?

   _____

5. ☐ Ich bin Rollstuhlfahrer bzw. auf einen Rollator oder ähnliches angewiesen, für den die Krankenkasse oder ein anderer Leistungsträger aufgrund einer ärztlichen Verordnung die Kosten übernommen hat (Bewilligungsnachweis anbei).
   Ich möchte schon vor der Entscheidung des Versorgungsamtes über das Merkzeichen "T" - und deshalb zunächst bis zu dieser Bescheiderteilung befristet - den Telebus nutzen. Mit der Berechtigung kann ich mich an den Fahrdienst für Behinderte (BZA), Ollenhauer Str. 98A, 13403 Berlin, wenden.

6. ☐ Ich bin ständig gehindert an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen, weil _____

   _____

7. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einer anderen Stelle untersucht, z.B. BfA, LVA, Berufsgenossenschaft, Arbeitsamt, Medizinischer Dienst der Krankenkassen oder sonstige

   ☐ nein ☐ ja

   am: Stelle/Anschrift: Aktenzeichen:

   _____ _____ _____

   _____

   _____ _____ _____

   _____

8. **Ärztliche Behandlung** wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren

a) **Hausarzt**
Name / Anschrift / Telefon / Fax — Behandlungszeitraum: von/bis

Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde der von Ihnen nachstehend angegebenen Fachärzte bzw. Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte vorliegen.

b) **Facharzt für: (bitte Fachrichtung nennen)**
Name / Anschrift / Telefon / Fax — Behandlungszeitraum: von/bis

Unterlagen befinden sich beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein

Behandlungszeitraum: von/bis

Unterlagen befinden sich beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein

Behandlungszeitraum: von/bis

Unterlagen befinden sich beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein

9. **Krankenhausbehandlung** wegen einer bestehenden Behinderung in den letzten 3 Jahren

a) Name / Anschrift — Behandlungszeitraum: von/bis

Station / Abteilung / Aufnahme-Nr. — Wegen welcher Leiden? — Unterlagen befinden sich beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein

b) Name / Anschrift — Behandlungszeitraum: von/bis

Station / Abteilung / Aufnahme-Nr. — Wegen welcher Leiden? — Unterlagen befinden sich beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein

10. **Kurbehandlung/Reha-Behandlung** wegen einer bestehenden Behinderung in den letzten 3 Jahren
Name / Anschrift der Kuranstalt / des Kostenträgers — Behandlungszeitraum: von/bis

Aktenzeichen — Wegen welcher Leiden? — Unterlagen befinden sich beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein

11. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Name, Anschrift — Versicherten-Nummer

12. Erhalten Sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz oder nach dem Berliner Gesetz über Pflegeleistungen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt, über den bisher nicht oder abschlägig entschieden worden ist?
☐ Ja Pflegestufe: _____ ☐ Nein

ggf. Aktenzeichen: _____ Pflegekasse / Bezirksamt: / (Anschrift) _____

III. Angaben über frühere Feststellungen

1. Wurde von einem Versorgungsamt oder von einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Entschädigungsbehörde, Berufsgenossenschaft) oder einem Gericht bereits eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der MdE nach einem der nachstehenden Gesetze getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer anderen Stelle oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

☐ Nein ☐ Ja, nach dem / den

☐ Schwerbehindertengesetz/SGB IX
☐ Bundesversorgungsgesetz ☐ Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetz ☐ Strafrechtl. Rehabilitierungsgesetz
☐ Häftlingshilfegesetz ☐ Zivildienstgesetz ☐ Verw.rechtl. Rehabilitierungsgesetz
☐ Infektionsschutzgesetz ☐ Bundesentschädigungsgesetz ☐ Unterstützungsabschlussgesetz
☐ Opferentschädigungsgesetz ☐ Vorschriften über die Anerkennung von Unfallfolgen oder Berufskrankheiten

Für folgende Behinderungen:	Verwaltungsbehörde, Sozialversicherungsträger (bitte die genaue Bezeichnung angeben)	Geschäftszeichen
s. II, 1. Buchst.: ____		
s. II, 1. Buchst.: ____		
s. II, 1. Buchst.: ____		

Bitte gegebenenfalls Feststellungsbescheide oder -unterlagen beifügen!

2. Falls Sie im Besitz eines Anerkennungsbescheides nach Ziffer III Nr. 1 sind, wird ein Feststellungsverfahren nur durchgeführt, wenn Sie darüber hinaus weitere Behinderungen oder sonst ein Interesse an einer Feststellung geltend machen (§ 69 Abs. 2 SGB IX). Gründe bitte nachstehend angeben.

_____

_____

Einwilligungserklärung:
Ich bin damit einverstanden, dass in dem durch meinen Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eingeleiteten Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen, **auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind,** von der Versorgungsverwaltung angefordert werden können.
Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.
Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.
Außerdem bin ich damit einverstanden, dass gegebenenfalls (vergleiche II.5.) der Fahrdienst für Behinderte (BZA) von der Antragstellung und vom Ausgang des Verfahrens zum Merkzeichen "T" unterrichtet wird.
Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus: _____

_____

Berlin, den _____ _____

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers) - ggf. Betreuerausweis beifügen -

IV. Allgemeines

Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt.
Rechtsgrundlage für die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und -speicherung sind die §§ 67 a - c des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch i. V. m. §§ 69/131 SGB IX. Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, dürfen für die Erfüllung gesetzlicher sozialer Aufgaben offenbart werden, falls Sie nicht ausdrücklich widersprechen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X). Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.
Ich bitte Sie daher, die vorstehenden Fragen sorgfältig und vollständig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - zu beantworten, sowie die anliegenden Einwilligungserklärungen ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden.
Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.
Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses und des Wohnsitzes werde ich unverzüglich mitteilen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe, keine Kosten übernommen werden können.

_____ Berlin, den _____

_____
(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw.Betreuers)

Ich bitte, dem Antrag beizufügen:
1.Ein Passbild (ca.33 x 46 mm) Bitte mit Vor- und Nachnamen und dem Geb.-Datum versehen

Vergessen Sie bitte nicht, die beiliegenden Einwilligungserklärungen zu unterschreiben!

Familienname, Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer: Aktenzeichen:

Postleitzahl, Ort:

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass in dem - durch meinen Antrag / im Rahmen der vorgesehenen Nachprüfung von Amts wegen - nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eingeleiteten Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen, **auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind,** von der Versorgungsverwaltung angefordert werden können.
Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.
Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.
Außerdem bin ich damit einverstanden, dass gegebenenfalls der Fahrdienst für Behinderte (BZA) von der Antragstellung und vom Ausgang des Verfahrens zum Merkzeichen "T" unterrichtet wird.
Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus:_____

_____

_____

Berlin, den _____ _____

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers) - ggf. Betreuerausweis beifügen -

Familienname, Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer: Aktenzeichen:

Postleitzahl, Ort:

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass in dem - durch meinen Antrag / im Rahmen der vorgesehenen Nachprüfung von Amts - wegen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eingeleiteten Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen, **auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind,** von der Versorgungsverwaltung angefordert werden können.
Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.
Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.
Außerdem bin ich damit einverstanden, dass gegebenenfalls der Fahrdienst für Behinderte (BZA) von der Antragstellung und vom Ausgang des Verfahrens zum Merkzeichen "T" unterrichtet wird.
Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus:_____

_____

_____

Berlin, den _____ _____

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers) - ggf. Betreuerausweis beifügen -

SpKK 09.10.2002 (LeistAbgr. b. Kassenwechsel)

Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel; Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen

In der Fassung vom 24. Juli 2003

Vorwort

Zur Frage der Leistungsabgrenzung bei einem Wechsel der Krankenkasse bestanden in der Vergangenheit zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen unterschiedliche Rechtspositionen (vgl. Niederschriften über die Besprechungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht vom 26./27. Juni 1996 - TOP 1 -, 28. Januar 1997 - TOP 9 -, 10. April 1997 - TOP 7 -, 25. Juni 1997 - TOP 7 -, 23./24. Oktober 1997 - TOP 10 -, 17. Dezember 1997 - TOP 6, Anlage 1 -, 15. Dezember 1998 - TOP 9 -, 20./21. Oktober 1999 - TOP 9 -, 23. Januar 2001 - TOP 6 -).

Während sich einerseits dafür ausgesprochen wurde, dass sich die Leistungsabgrenzung bei einem Kassenwechsel am **"Versicherungsfallprinzip"** orientiert (leistungspflichtig ist die zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung zuständige Krankenkasse), wurde andererseits die Auffassung vertreten, dass für die jeweils erbrachte Leistung nur die Krankenkasse leistungspflichtig sein kann, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt (**"Versicherungsprinzip").**

Vor diesem Hintergrund vereinbarten die Leistungsreferenten der Spitzenverbände der Krankenkassen, zur Klärung der Rechtsfrage Musterstreitverfahren durchzuführen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat nunmehr am 20. November 2001 zwei Urteile (B 1 KR 31/99 R und B 1 KR 26/00 R) zur Thematik der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel gefällt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen die Rechtslage aufgrund der Rechtsprechung des BSG vom 20. November 2001 als geklärt und geben hiermit Umsetzungshinweise zu folgenden Leistungsarten:

- Zahnersatz
- Kieferorthopädische Behandlung
- Parodontosebehandlung
- Arzneimittel
- Hilfsmittel
- Heilmittel und
- Krankenhausbehandlung.

Eventuell in der Praxis auftretende Probleme sowie offen gebliebene Fragen zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel werden in den regelmäßigen Besprechungen der Spitzenverbände der Krankenkassen geklärt.

I. Rechtsprechung des BSG vom 20. November 2001

(1) Das BSG hat am 20. November 2001 im **Grundsatz** klargestellt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Das BSG begründet diese Positionierung damit, dass nach § 19 Abs. 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft erlischt, soweit keine abweichenden Bestimmungen entgegenstehen. Durch den grundsätzlichen Ausschluss von Rechtswirkungen des Mitgliedschaftsverhältnisses für die Zeit nach seiner Beendigung wird ein möglicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Versicherungsfall) und der Kostenbelastung durch einzelne Behandlungsmaßnahmen krankenversicherungsrechtlich jedenfalls dann für unerheblich erklärt, wenn der Versicherte zwischenzeitlich die Mitgliedschaft verliert. Daraus folgt, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Im weiteren weist das BSG explizit darauf hin, dass dieser Grundsatz nicht nur auf das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung sondern auch bei einem Wechsel einer gesetzlichen Krankenkasse anzuwenden ist.

(2) Somit entscheidet letztlich der Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahme vor oder nach dem Beginn der Mitgliedschaft darüber, ob die neue oder die alte Krankenkasse leistungspflichtig ist.

(3) In der der Entscheidung zugrunde liegenden Zahnersatzbehandlung richtete sich die Leistungszuständigkeit daher nach dem Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes und nicht nach dem Zeitpunkt der Aufstellung des Heil- und Kostenplans. Die zu Beginn der Behandlung durch den Zahnarzt bestätigte Behandlungsnotwendigkeit

begründet mithin keine Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für alle sich daraus ergebenden Behandlungsmaßnahmen.

(4) Eine **Ausnahme** von diesem Grundsatz hat das BSG jedoch für den Fall anerkannt, dass sich eine bereits begonnene Behandlung mit Rücksicht auf die Art der Abrechnung als Einheit darstellt und infolge dessen einer Aufteilung der Kassenzuständigkeit entzieht.

(5) Dies ist bei Krankenhausbehandlungen, die mit einer Fallpauschale abgerechnet werden, der Fall. Die Bundespflegesatzverordnung fasst bei Fallpauschalen den Krankenhausaufenthalt einschließlich aller dabei in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammen. Vor diesem Hintergrund kann nach Auffassung des BSG daher nur eine einzige Krankenkasse für die Kostenübernahme der Fallpauschale zuständig sein. Dieses Ergebnis wird im übrigen nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Fallpauschale eventuell durch einen nach Tagessätzen berechneten Investitionszuschlag erhöht wird, da sich hierdurch der Charakter der Fallpauschale als Einmalleistung nicht verändert.

(6) Da die Abrechnung mit einer Fallpauschale nach der Bundespflegesatzverordnung jeweils davon abhängt, ob bzw. in welchem Krankenhaus die Hauptleistung erbracht wird, ist grundsätzlich deren Zeitpunkt maßgebend.

II. Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen 1. Zahnersatz

(1) Für die Erbringung von Zahnersatz und die Übernahme der Kosten von Erweiterungen bzw. Wiederherstellungen ist die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am Tag der Erbringung der Leistung angehört. Als Tag der Leistungserbringung in diesem Sinne gilt für die Erbringung von Zahnersatz der Tag der Eingliederung des Zahnersatzes. Bei Interimsprothesen, die auf der Grundlage eines eigenständigen Heil- und Kostenplans erbracht werden, ist der Tag der Eingliederung der Interimsprothese maßgebend. Die vorgenannten Regelungen gelten auch für Reparaturen (Erweiterungen / Wiederherstellungen).

(2) Bei einem Wechsel der Krankenkasse während des Behandlungsfalls wird von der nunmehr zuständigen Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung der den Heil- und Kostenplan genehmigenden Krankenkasse grundsätzlich anerkannt. Dies gilt insbesondere bezüglich der Art der Versorgungsform sowie die Höhe der Kostenzusage (z.B. 60 oder 100 Prozent).

(3) Auch für die neu zuständige Krankenkasse gilt, dass die Leistungspflicht erlischt, wenn der Zahnersatz nicht innerhalb der auf dem Heil- und Kostenplan festgelegten Frist eingegliedert wird.

(4) Für sämtliche im BEMA Teil 5 (Zahnersatz) aufgenommenen Behandlungsleistungen liegt abrechnungstechnisch eine Einheit vor, da diese im Heil- und Kostenplan aufzunehmen sind. Daher sind diejenigen Gebührenpositionen, die dem BEMA Teil 5 zuzuordnen sind (z. B. Abdruck, Stiftaufbau, Präparieren des Zahnersatzes) nicht auf verschiedene Krankenkassen aufteilbar. Dies auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die vorgenannten Behandlungsleistungen abrechnungstechnisch nicht einzelnen Behandlungstagen zuordnen lassen.

(5) Gleiches gilt für die im Zusammenhang mit der zahnprothetischen Versorgung/Reparatur/Erweiterung (BEMA Teil 5) erbrachten Eigen- bzw. Fremdlaborkosten (BEL II). Auch hier ist eine Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den Behandlungstagen des Zahnarztes nicht möglich.

(6) Vorbereitende Leistungen, die Bestandteil des BEMA Teil 1 (konservierend chirurgische Leistungen) sind, lassen sich taggenau zuordnen. Die Kassenzuständigkeit für diese Leistungen (z.B. Röntgen des Kiefers zur Prüfung, ob einzelne Zähne überkront werden können) bestimmt sich deshalb danach, bei welcher Krankenkasse der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert war.

2. Kieferorthopädische Behandlung

(1) Am "Übereinkommen der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung der Leistungspflicht für kieferorthopädische Behandlung bei Kassenwechsel vom 14. Februar 1974" wird festgehalten. Dieses sieht vor, dass Quartalsabrechnungen (Abschlagszahlungen) jeweils von der Krankenkasse geleistet werden, bei der am ersten Tag des Quartals, für das die Zahlung bestimmt ist, ein Versicherungsverhältnis (Leistungsanspruch) bestand. Wird die erste Abschlagszahlung in dem selben Quartal fällig, in dem der kieferorthopädische Behandlungsplan aufgestellt wurde, so wird abweichend davon die Zahlung von der Krankenkasse geleistet, bei der am Tag der Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans ein Versicherungsverhältnis - ggf. unter Berücksichtigung eines nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 Abs. 2 SGB V) - vorlag.

(2) Die Erstattung des vom Versicherten getragenen Anteils in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent erfolgt - wie bisher - von der bei Abschluss der Kfo-Behandlung zuständigen Krankenkasse.

3. Parodontosebehandlung

(1) Die Leistungen für die systematische Behandlung von Parodontopathien erfolgen auf der Grundlage der Gebühren gemäß BEMA Teil 4. Die Gebühren gelten auch die Leistungen ab, die an mehreren Sitzungstagen erbracht werden. Außerdem können Material- und Laborkosten anfallen, deren zeitliche Zuordnung nicht taggenau möglich ist. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers entsteht regelmäßig mit Abschluss der systematischen Parodontosebehandlung.

(2) In analoger Anwendung der für den Bereich Zahnersatz entwickelten Verfahrensweise ist für die Übernahme der Kosten einer Parodontosebehandlung die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am letzten Tag der Behandlung (Behandlungsabschluss) angehört.

(3) Vorbereitende Leistungen, die Bestandteil des BEMA Teil 1 (konservierend chirurgische Leistungen) sind, lassen sich taggenau zuordnen. Die Kassenzuständigkeit für diese Leistungen (z. B. Röntgenbilder, Infiltrationsanästhesie) bestimmt sich deshalb danach, bei welcher Krankenkasse der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert war.

4. Arzneimittel

Für die Erbringung von Arzneimitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Arzneimittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

5. Heilmittel

(1) Derzeit existieren keine pauschalierten Vergütungsregelungen im Heilmittelbereich, die eine taggenaue Zuordnung der Leistungserbringung ausschließen.

(2) Leistungspflichtig für die Erbringung von Heilmitteln ist daher die Krankenkasse, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt. Dies gilt auch bei Serienbehandlungen.

6. Hilfsmittel

Für die Erbringung von Hilfsmitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Hilfsmittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

7. Fallpauschale bei Krankenhausbehandlung

(1) Das BSG hat mit Urteil vom 20. November 2001 - B 1 KR 26/00 - festgestellt, dass eine tageweise Aufteilung einer im Krankenhaus angefallenen Fallpauschale nach der tatsächlichen oder nach der kalkulatorischen Verweildauer unzulässig ist. Vielmehr fasst die insoweit einschlägige Bundespflegesatzverordnung den Krankenhausaufenthalt einschließlich aller dabei in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammen, so dass es sich krankenversicherungsrechtlich um eine Einmalleistung handelt, für die nur eine einzige Krankenkasse zuständig sein kann.

(2) Hinsichtlich der Frage, welche Krankenkasse im Ergebnis zuständig und damit leistungspflichtig ist, führt das BSG aus, dass die Abrechnung mit einer Fallpauschale nach den Fallgestaltungen im Sinne des § 14 Abs. 5 Satz 1 und 2 sowie Abs. 11 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung immer davon abhängt, ob und in welchem Krankenhaus die Hauptleistung erbracht wird. Insoweit ist grundsätzlich deren Zeitpunkt, also der Zeitpunkt der Hauptleistung, für die Zuständigkeit und damit die Leistungspflicht der Krankenkasse maßgebend.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen sich der Rechtsprechung des BSG bei Krankenhausbehandlungen auf Fallpauschalbasis an.

(4) Für die Erbringung der stationären Krankenhausbehandlung unter DRG-Rahmenbedingungen ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Entlassungstag ein Versicherungsverhältnis besteht. Dies gilt auch für die sogenannten operativen DRGs, sodass auch in diesen Fällen - anders als bei den Fallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung - nicht auf den Tag der Operation abgestellt werden kann. Hierfür sprechen insbesondere folgende Gründe:

a) Die Einstufung von DRG-Abrechnungsfällen ist erst zum Zeitpunkt der Entlassung möglich. Erst dann kann festgelegt werden, welche DRG-Fallpauschale in dem konkreten Fall endgültig zur Abrechnung gelangt.
b) Alle notwendigen Informationen für die Zuordnung (Klassifikation) der DRG-

Fallpauschale werden mit der Entlassungsanzeige gemeldet (vgl. § 301 Abs. 3 SGB V -Datensätze).

c) Prozeduren (OPS), während der Krankenhausbehandlung aufgetretene Nebendiagnosen, Beatmungsstunden u.a. können die vorläufige DRG-Fallpauschale noch verändern.

d) Das Ergebnis des Gruppierungsprozesses kann auch von der Verweildauer abhängig sein. Erst bei der Entlassung ist die endgültige Verweildauer bekannt, so dass erst zu diesem Zeitpunkt bei bestimmten Erkrankungen die DRG-Fallpauschale ermittelt werden kann

e) Neugeborenen-DRGs: Erst am Entlassungstag steht fest, ob für das Neugeborene ein eigener Fall abgerechnet wird oder ob die Leistungen für das Neugeborene mit dem Krankenhausfall der Mutter abgerechnet werden.

(5) Die Vergütung nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer einer DRG-Fallpauschale erfolgt über ein belegungstagesbezogenes Entgelt. Träger der Kosten dieses Entgeltes ist diejenige Krankenkasse, bei der am dazugehörigen Belegungstag eine Mitgliedschaft bestand.

Beispiel:

Krankenhausaufnahme erfolgte am 10.10.2003, Überschreitung der oberen Grenzverweildauer am 15.10.2003. Kassenwechsel am 20.10.2003 (Wechsel von der KK A zur KK B), Entlassung am 25.10.2003.

Lösung:

1. Für die DRG-Fallpauschale ist jene Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Entlassungstag (25.10.2003) ein Versicherungsverhältnis besteht. Hier KK B
2. Träger der Kosten der belegungstagebezogenen Entgelte ist diejenige Krankenkasse, wo am zugehörigen Belegungstag eine Versicherung besteht. Das hieße in diesem Fall, dass die belegungstagesbezogenen Entgelte für den Zeitraum 16.10.2003 bis 19.10.2003 der KK A zuzuordnen sind. Für den Zeitraum 20.10.2003 bis 24.10.2003 sind die jeweiligen belegungstagesbezogenen Entgelte der KK B zuzuordnen.

(6) Weitere Abrechnungssituationen bei stationären Behandlungsmaßnahmen sowie Lösungen zur Leistungsabgrenzung bei einem Kassenwechsel sind der als Anlage beigefügten Übersicht zu entnehmen.

8. Fahrkosten

(1) Zuständig für die Leistungserbringung ist die Krankenkasse, bei der am Tag der Fahrt die Versicherung besteht. Insofern erfolgt bezüglich der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel keine Kopplung an die der Fahrt zu Grunde liegende Leistung der Krankenkasse.

(2) Hierdurch werden Unsicherheiten hinsichtlich der Feststellung der leistungspflichtigen Krankenkasse beispielsweise bei Fahrten zur Aufnahme in eine stationäre Behandlung vermieden, da nicht abgewartet werden muss, an welchem Tag die Hauptleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung als Kriterium für die Leistungsabgrenzung bei Fallpauschalfällen erbracht wurde.

9. Erstattungsansprüche

Erstattungsansprüche, die sich aufgrund der Neupositionierung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel ergeben, erfolgen auf der Grundlage des § 105 SGB X ; d.h. der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Dies bedeutet insbesondere, dass der Erstattungsanspruch höchstens bis zur Höhe der Vergütung besteht, die die zuständige Krankenkasse bei unmittelbarer Leistungserbringung aufzuwenden gehabt hätte.

Anlage:

Anlage 1:

Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel - Krankenhausbehandlung -

Abrechenbare Entgeltarten	Abrechnung erfolgt			Bezugszeitpunkt für die Leistungsabgrenzung
	Je Fall	Je Leistung	Je Tag	
Basispflegesätze			X	Tag der Leistungserbringung
Abteilungspflegesätze			X	Tag der Leistungserbringung
Teilstationäre Pflegesätze			X	Tag der Leistungserbringung
Teilstationäre Dialyse		X (1)		Tag der Leistungserbringung
BPflV-Fallpauschalen	X			Tag, an dem die Hauptleistung erbracht wird
DRG-Fallpauschalen	X			Tag der Entlassung
Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)			X	Tag der Leistungserbringung
Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)	X			Tag der Entlassung
Sonderentgelte		X (2)		Tag der Leistungserbringung
Zu- und Abschläge auf BPflV-FP	X			Tag, an dem die Hauptleistung erbracht wird
Zu- und Abschläge auf SE		X (3)		Tag der Leistungserbringung
Zu- und Abschläge auf DRG-FP			X	Tag der Leistungserbringung
Zu- und Abschläge auf fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG			X	Tag der Leistungserbringung
Zu- und Abschläge auf tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG			X	Tag der Leistungserbringung
Investitionszuschlag neue BL (§ 14 Abs. 8 BPflV)			X	Analog der Regelung zur Bewertung der Basisleistung
Vorstationäre Behandlung	X			Letzter Behandlungstag
Nachstationäre Behandlung		X (4)		Tag der Leistungserbringung
Großgeräte zusätzlich zu vor- und nachstationärer Behandlung		X (5)		Tag der Leistungserbringung
Pflegesatz bei Beurlaubung			X	Tag der Leistungserbringung
Zuschläge für Qualitätssicherung		X		Analog der Regelung zur Bewertung der Basisleistung
Interkurrente Dialysen (§ 4 KFPV)		X		Analog der Regelung zur Bewertung der Basisleistung
Nachstationäre Behandlung bei Fallpauschalen nach Ablauf der OGVD			X	Tag der Leistungserbringung
				Analog der Regelung zur

DRG-Systemzuschlag X Bewertung der Basisleistung

Amtl. Anm. 1:
Die Leistung ist taggenau zurordnungsfähig [zurück]

Amtl. Anm. 2:
Die Leistung ist taggenau zurordnungsfähig [zurück]

Amtl. Anm. 3:
Die Leistung ist taggenau zurordnungsfähig [zurück]

Amtl. Anm. 4:
Die Leistung ist taggenau zurordnungsfähig [zurück]

Amtl. Anm. 5:
Die Leistung ist taggenau zurordnungsfähig [zurück]

© Copyright 2004 - 2006 LexisNexis® Deutschland GmbH ,
ein Unternehmen von Reed Elsevier (UK) Ltd.
Alle Rechte vorbehalten.

BE 24.07.2003 (Leistungsrecht)

Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht
Am 24/25.07.2003 in Kassel -
TOP 09 bis 11 hier nicht wiedergegeben –
Teilnehmer: AOK-BundesverbandHerr MüllerHerr Popken BKK BundesverbandHerr Hallmann IKK-BundesverbandHerr Bittins VdAK/AEVHerr GunderHerr Männig BundesknappschaftHerr JockenhöferHerr Schindler See-KrankenkasseHerr Harder Bundesverband der landw. KrankenkassenHerr HelfenritterHerr Hassenpflug

TOP 01 Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel

hier: Einführung von DRG-Fallpauschalen bei Krankenhausbehandlung ab 01.01.2003 (Ergänzung der Ausführungen unter Punkt 7 der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel) - 510.72 / 058.344 –

Sachverhalt: Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten vor dem Hintergrund der BSG-Rechtsprechung vom 20.11.2001 - B 1 KR 31/99 R und B 1 KR 26/00 R - am 09.10.2002 eine Gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel herausgegeben. Hierbei wurden auch Umsetzungshinweise zur Leistungsabgrenzung bei stationärer Krankenhausbehandlung in Fallpauschalenfällen gegeben. Unter Hinweis auf das BSG-Urteil vom 20.11.2001 - B 1 KR 26/00 R - wurde festgestellt, dass eine tageweise Aufteilung einer im Krankenhaus angefallenen Fallpauschale nach der tatsächlichen oder nach der kalkulatorischen Verweildauer unzulässig ist. Vielmehr fasst die insoweit einschlägige Bundespflegesatzverordnung den Krankenhausaufenthalt einschließlich aller dabei in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammen, sodass es sich krankenversicherungsrechtlich um eine Einmalleistung handelt, für die nur eine einzige Krankenkasse zuständig sein kann. Im Ergebnis wurde festgehalten, dass der maßgebliche Bezugszeitpunkt für die Leistungsabgrenzung bei einem Kassenwechsel der Tag der Erbringung der Hauptleistung ist (vgl. Nr. 7 der Gemeinsamen Verlautbarung vom 09.10.2002).

Zum 01.01.2003 wurde mit dem DRG-Fallpauschalen-System eine neue Abrechnungsgrundlage bei stationärer Krankenhausbehandlung eingeführt. Hierbei wird jeder Krankenhausbehandlungsfall durch komplexe arithmetische Berechnungsmethoden anhand eines algorithmischen Entscheidungsbaumes einer DRG-Fallpauschale zugeordnet. Dies hat zur Folge, dass unter DRG-Rahmenbedingungen eine am "Hauptleistungszeitpunkt" orientierte Leistungsabgrenzung bei einem Kassenwechsel nicht mehr möglich ist. Mit Blick auf die rechtliche Situation - insbesondere unter Hinweis auf die - BSG-Rechtsprechung vom 20.11.2001 B 1 KR 31/99 R und B 1 KR 26/00 R - sind folgende DRG-Abrechnungs- und Rahmenbedingungen bei der Lösungsfindung zu berücksichtigen: Die Abrechnungsgrundlage bei DRG-Abrechnungsfällen liegt erst zum Zeitpunkt der Entlassung vor. Erst dann kann festgelegt werden, welche DRG-Fallpauschale in dem konkreten Fall endgültig zur Abrechnung gelangt.
a) Alle notwendigen Informationen für die Zuordnung (Klassifikation) der DRG-Fallpauschale werden mit der Entlassungsanzeige gemeldet (vgl. § 301 Abs. 3 SGB V - Datensätze).
b) Prozeduren (OPS), während der Krankenhausbehandlung aufgetretene Nebendiagnosen, Beatmungsstunden u. a. können die vorläufige DRG-Fallpauschale noch verändern.
c) Das Ergebnis des Gruppierungsprozesses kann auch von der Verweildauer abhängig sein .Erst bei der Entlassung ist die endgültige Verweildauer bekannt, sodass erst zu diesem Zeitpunkt bei bestimmten Erkrankungen die DRG-Fallpauschale ermittelt werden kann.
d) Neugeborenen-DRGs:Erst am Entlassungstag steht fest, ob für das Neugeborene ein eigener Fall abgerechnet wird oder ob die Leistungen für das Neugeborene mit dem Krankenhausfall der Mutter abgerechnet werden.
Besprechungsergebnis:

Nach eingehender Diskussion sprechen sich die Besprechungsteilnehmer dafür aus, dass für die Erbringung der stationären Krankenhausbehandlung unter DRG-Rahmenbedingungen die Krankenkasse grundsätzlich leistungspflichtig ist, bei der am Entlassungstag ein Versicherungsverhältnis besteht. Die anliegende Neufassung der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel wird i.d.F. vom 24.07.2003 verabschiedet.
Anlage:
Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 24.07.2003 zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel

Abschnitt 2 AbrechLtf 2005Abrechnungsbestimmungen

2.1 Einstufungsstichtag

Für Art und Höhe der abzurechnenden Fallpauschale oder des Zusatzentgeltes ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Ist bei der Gruppierung eines Behandlungsfalles auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich (§ 1 Abs. 6 FPV 2005).

2.2 Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel Gemäß der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 in der Fassung vom 24.07.2003 ist für die Erbringung der stationären Krankenhausbehandlung unter DRG-Bedingungen die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Entlassungstag ein Versicherungsverhältnis besteht. Die Leistungspflicht ist somit unabhängig von dem Tag der Operation.

Diese Verlautbarung ist nicht konform mit den Durchführungshinweisen zum Datenaustausch nach § 301 SGB V sowie den Regelungen in § 9 FPV 2005 . Demnach wird bei Fallpauschalenpatienten der gesamte Krankenhausfall mit der Krankenkasse abgerechnet, die die Kostenzusage erteilt hat. Dieses Abrechnungsverfahren bleibt jedoch von der Verlautbarung unberührt. Die Leistungsabgrenzung und damit **verbundene Rückforderung der stationären Behandlungskosten erfolgt zwischen den Kassen im Innenverhältnis.**

Tritt hingegen während der mittels tagesbezogener Entgelte vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, sind die Kosten der einzelnen Behandlungstage mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig ist.

229

Suchwörter:	☒ § 186 SGB V (*Norm*)	☒ heute (*Stand*)
Treffer einzeln:	102	1467895
Treffer kombiniert:		**97**

Gericht:	SG Marburg 6. Kammer	**Quelle:**	juris
Entscheidungsdatum:	02.11.1993	**Normen:**	§ 104 Abs 1 SGB 10 vom 04.11.1982, § 40 Abs 1 SGB 1 vom 11.12.1975, § 27 Abs 1 S 2 Nr 2 SGB 5 vom 21.12.1992, § 30 Abs 1 SGB 5 vom 21.12.1992, § 186 Abs 1 SGB 5 vom 20.12.1988 ... mehr
Aktenzeichen:	S 6/Kr 404/92		
Dokumenttyp:	Urteil		

Krankenversicherung - Beginn der Leistungspflicht (hier: Zahnersatz) - Mitgliedschaft - Genehmigung - Heil- und Kostenplan - Sozialhilfeträger - Erstattungsanspruch - Nichtgeltung einer Vereinbarung der KK-Spitzenverbände

Orientierungssatz

1. Mit der Mitgliedschaft des Versicherten bei der Krankenkasse beginnt deren Leistungspflicht (auch) für die Leistungen, die nach Beginn der Mitgliedschaft aufgrund eines zuvor erstellten und vom Sozialhilfeträger genehmigten Heil- und Kostenplans erbracht worden sind.

2. Dem Sozialhilfeträger steht hinsichtlich dieser Leistungen ein Erstattungsanspruch zu.

3. Die Vereinbarung der KK-Spitzenverbände vom 1.9.1956 gilt nicht im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger.

ZahnersÜbk Abschnitt (Titel, Fassung, Einleitung)

Übereinkommen über die Zuständigkeit für die Gewährung von Zahnersatz bei Kassenwechsel

der Spitzenverbände der Krankenkassen

Vom 1. September 1956

Redaktionelle Inhaltsübersicht **Abschnitt**

Zuständigkeit 1
Leistungspflicht 2

Abschnitt 1 ZahnersÜbk

Zuständigkeit

Für die Gewährung von Zahnersatz und für die Übernahme der Kosten einer Zahnersatzreparatur ist die Krankenkasse zuständig, der der Antragsteller am Tage der Antragstellung angehört. Als Tag der Antragstellung in diesem Sinn gilt

a) für die Gewährung von Zahnersatz das Datum des Behandlungsplans,
b) für Zahnersatzreparaturen der Tag der Inangriffnahme der Reparatur.

Abschnitt 2 ZahnersÜbk

Leistungspflicht

Die Leistungspflicht der nach Nummer 1 zuständigen Krankenkasse erlischt, wenn der Zahnersatz nicht innerhalb von 6 Monaten nach der Genehmigung des Behandlungsplans eingegliedert wird.

Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu Abrechnungsfragen 2008 nach dem KHEntgG und der FPV 2008

Abschnitt 2.2 AbrechLtf 2008 (Verwaltungsvorschrift)

2.2 Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel

In der Vergangenheit regelte die Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 09.10.2002 in der Fassung vom 24.07.2003, dass für die Erbringung der stationären Krankenhausbehandlung unter DRG-Bedingungen der Kostenträger leistungspflichtig ist, bei dem am Entlassungstag ein Versicherungsverhältnis besteht. Diese Verlautbarung stützte sich auf eine Rechtsprechung des BSG, wonach Fallpauschalenleistungen als untrennbare Behandlungseinheit verstanden wurden, so dass in diesen Fällen nur ein Kostenträger leistungspflichtig war. Diese Rechtsprechung hat das BSG-Urteil vom 19.09.2007, Az.: B 1 KR 39/06 R, revidiert. Demnach wird bei einem Kostenträgerwechsel während eines stationären Aufenthaltes die DRG-Fallpauschale tageweise zwischen den zuständigen Kostenträgern aufgeteilt. Das bedeutet, dass der Rechnungsbetrag durch die Anzahl der Behandlungstage geteilt wird und der jeweilige Kostenträger den Betrag für diejenigen Behandlungstage trägt, an denen der Patient bei ihm versichert war. Diese Regelung ermöglicht nach Auffassung des Bundessozialgerichts eine gerechte, klare, verwaltungspraktikable und leicht handhabbare Lastenverteilung.

Dies betrifft jedoch nur die Aufteilung unter den Kostenträgern. Im Verhältnis zum Krankenhaus regelt § 9 FPV 2008 in Übereinstimmung mit den Durchführungshinweisen zum Datenaustausch nach § 301 SGB V, dass bei Fallpauschalenpatienten der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet wird, der die Kostenzusage erteilt hat. Das bedeutet, dass dieser Kostenträger im Fall eines Kostenträgerwechsels einen Erstattungsanspruch gegenüber dem anderen Kostenträger geltend machen muss und dieser den Anteil für die Tage, an denen er leistungspflichtig war, erstattet.

Wie diese Entscheidung des BSG im Detail umgesetzt werden soll, wird derzeit in den entsprechenden Gremien beraten.

Tritt im Falle einer Entbindung ein Kostenträgerwechsel im Zeitraum zwischen der Aufnahme der Mutter und der Entbindung ein, ist für die Abrechnung der Fallpauschale des gesunden Neugeborenen der für die Mutter am Tag der Entbindung zuständige Kostenträger zuständig.

(2) Für nachfolgende Personenkreise führt dies jedoch zu unbilligen Ergebnissen. Daher kann der Zuschuss in analoger Anwendung der Regelung gezahlt werden; gleiches gilt für aus diesem Grund versicherungspflichtige Mitglieder in der PV:

Analoge Anwendung bei unbilligen Ergebnissen: (26.14)

1. **Sozialgeldbezieher**, die z. B. versicherungspflichtig zur KV nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind.
(Zuschusszahlung in analoger Anwendung des § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB II)

Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (26.15)

Hinweis: Für Bezieher von **Alg II**, die vor Beginn des Leistungsbezugs nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig waren, kommt die Zahlung eines Zuschusses nicht in Betracht, da in diesen Fällen die Versicherungspflicht aufgrund des Leistungsbezugs vorrangig ist. Die Versicherungsbeiträge können aber - wie bei anderen in der GKV Pflichtversicherten - übernommen werden, wenn hierdurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Beispiel für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V:

Eine erwerbsunfähige Frau ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII lebt in Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft mit einer erwerbsfähigen Person. Damit erhält sie Sozialgeld. Die Frau war bisher weder privat noch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Eine Familienversicherung ist wegen des Fehlens eines Stammversicherten nicht möglich. Seit 01.04.07 ist Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b) SGB V eingetreten.

2. **Sozialgeldbezieher**, die aufgrund der Beantragung einer Rente (KVdR ist erfüllt - § 189 SGB V) versicherungspflichtig sind.
(Zuschusszahlung in analoger Anwendung des § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB II)

Versicherungspflicht aufgrund Rentenantrag (26.16)

Hinweis: Für Bezieher von **Alg II**, die vor Beginn des Leistungsbezugs aufgrund einer Rentenantragstellung versicherungspflichtig waren, kommt die Zahlung eines Zuschusses nicht in Betracht, da in diesen Fällen die Versicherungspflicht aufgrund des Leistungsbezugs vorrangig ist. Die Versicherungsbeiträge können aber - wie bei anderen in der GKV Pflichtversicherten - übernommen werden, wenn hierdurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

3. **Minderung** des Alg II um **100 %** (wiederholte Pflichtverletzung) und es werden keine Sachleistungen erbracht.

100 % - Sanktion (26.17)

Hinweis: In diesen Fällen tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) SGB V ein, sofern keine freiwillige Krankenversicherung abgeschlossen wird.

Ebenso können die während der Zeit einer „100 %-Sanktion" weiterhin zu zahlenden privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in der bisherigen Höhe weitergewährt werden.

(2) Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten als Zuschuss den zu entrichtenden Beitrag.

Höchstgrenze freiwillig gesetzliche KV (26.44)

(3) Eine Prüfung der Angemessenheit der Beiträge ist nicht erforderlich, da § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II keine Beschränkung auf angemessene Beiträge vorsieht. Das bedeutet, dass für diesen Personenkreis auch erhöhte Beiträge, die beispielsweise durch die Inanspruchnahme von Wahltarifen entstehen können, ohne weitere Prüfung zu übernehmen sind.

Keine Angemessenheitsprüfung (26.45)

2.4.2 Zuschuss zur freiwillig gesetzlichen Krankenversicherung zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit

(1) Da Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung nach § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB II vom Einkommen abgesetzt werden, kann es Fälle geben, in denen Hilfebedürftigkeit erst durch die Zahlung bzw. die Absetzung dieser Beiträge vom Einkommen entsteht.

Hilfebedürftigkeit nur durch Zahlung der GKV-Beiträge (26.46)

(2) Ist der Bedarf einer Bedarfsgemeinschaft gedeckt und würde nur durch die Zahlung der Beiträge Hilfebedürftigkeit eintreten, kann ein Zuschuss zur freiwilligen gesetzlichen Versicherung gezahlt werden. Anspruch auf Zuschuss haben erwerbsfähige und nicht erwerbsfähige Personen. Dabei ist eine mögliche vorrangige Absicherung im Rahmen einer Familienversicherung zu berücksichtigen.

Vermeidung Hilfebedürftigkeit durch Zuschuss GKV (26.47)

(3) Tritt Hilfebedürftigkeit nur durch die Zahlung der Beiträge ein, sind die Beiträge im notwendigen Umfang zu übernehmen. Der notwendige Umfang ergibt sich aus der Differenz zwischen den zu zahlenden KV-Beiträgen und dem den Bedarf übersteigenden Einkommen. Auch hier erfolgt vor der Feststellung des Differenzbetrages keine Prüfung der Angemessenheit.

Zuschuss GKV notwendiger Umfang (26.48)

Beispiel:

K hat Einkommen i. H. v. 1300,00 € (Abzüge bis auf KV-Beiträge sind bereits berücksichtigt). Der Bedarf der BG beträgt 1050,00 €. Die Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung betragen 480,00 €. Nur durch die Zahlung des KV-Beitrags tritt Hilfebedürftigkeit ein. (1300,00 € minus 480,00 € < 1050,00 € Bedarf) ein. Der Zuschuss ist in Höhe des Differenzbetrages zwischen den KV-Beiträgen und übersteigendem Einkommen zu zahlen:

KV-Beiträge:	480,00 €
Bedarf übersteigendes Einkommen:	250,00 €
Zuschuss:	230,00 €

3. Zuschuss bei privater Pflegeversicherung (§ 26 Abs. 2 SGB II)

3.1 Personenkreis mit Anspruch auf PV-Beitragszuschuss

(1) Für die Dauer des Leistungsbezuges werden für Bezieher von **Alg II und Sozialgeld** die Aufwendungen für eine angemessene private PV übernommen. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen

Erster Personenkreis PV (26.49)

- **nicht** in der sozialen PV **versicherungspflichtig** und
- **nicht familienversichert**

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG)

StAG

Ausfertigungsdatum: 22.07.1913

Vollzitat:

"Staatsangehörigkeitsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 102-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 8.12.2010 I 1864

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.1.1980 +++)

Überschrift: Langüberschrift idF d. Art. 1 Nr. 1 G v. 15.7.1999 I 1618 mWv 1.1.2000; Buchstabenabkürzung eingef. durch Art. 1 Nr. 1 G v. 15.7.1999 I 1618 mWv 1.1.2000

Die Bedeutung der Begriffe "Reichs- und Staatsangehörigkeit" im Sinne dieses G hat sich geändert. An die Stelle der "Reichsangehörigkeit" ist gem. § 1 V v. 5.2.1934 102-2, Art. 116 Abs. 1 GG 100-1 die deutsche Staatsangehörigkeit getreten. Die die "Reichsangehörigkeit" vermittelnde "Staatsangehörigkeit" in den Bundesstaaten - seit der Weimarer Verfassung in den deutschen Ländern - ist durch § 1 V v. 5.2.1934 beseitigt worden

§ 1

Deutscher im Sinne dieses Gesetzes ist, wer die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.

§ 2

(weggefallen)

§ 3

(1) Die Staatsangehörigkeit wird erworben

1. durch Geburt (§ 4),
2. durch Erklärung nach § 5,
3. durch Annahme als Kind (§ 6),
4. durch Ausstellung der Bescheinigung gemäß § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes (§ 7),

4a. durch Überleitung als Deutscher ohne deutsche Staatsangehörigkeit im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes (§ 40a),

5. für einen Ausländer durch Einbürgerung (§§ 8 bis 16, 40b und 40c).

(2) Die Staatsangehörigkeit erwirbt auch, wer seit zwölf Jahren von deutschen Stellen als deutscher Staatsangehöriger behandelt worden ist und dies nicht zu vertreten hat. Als deutscher Staatsangehöriger wird insbesondere behandelt, wem ein Staatsangehörigkeitsausweis, Reisepass oder Personalausweis ausgestellt wurde. Der Erwerb der Staatsangehörigkeit wirkt auf den Zeitpunkt zurück, zu dem bei Behandlung als Staatsangehöriger der Erwerb der Staatsangehörigkeit angenommen wurde. Er erstreckt sich auf Abkömmlinge, die seither ihre Staatsangehörigkeit von dem nach Satz 1 Begünstigten ableiten.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 4

(1) Durch die Geburt erwirbt ein Kind die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Ist bei der Geburt des Kindes nur der Vater deutscher Staatsangehöriger und ist zur Begründung der Abstammung nach den deutschen Gesetzen die Anerkennung oder Feststellung der Vaterschaft erforderlich, so bedarf es zur Geltendmachung des Erwerbs einer nach den deutschen Gesetzen wirksamen Anerkennung oder Feststellung der Vaterschaft; die Anerkennungserklärung muß abgegeben oder das Feststellungsverfahren muß eingeleitet sein, bevor das Kind das 23. Lebensjahr vollendet hat.

(2) Ein Kind, das im Inland aufgefunden wird (Findelkind), gilt bis zum Beweis des Gegenteils als Kind eines Deutschen.

(3) Durch die Geburt im Inland erwirbt ein Kind ausländischer Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn ein Elternteil

1. seit acht Jahren rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und
2. ein unbefristetes Aufenthaltsrecht oder als Staatsangehöriger der Schweiz oder dessen Familienangehöriger eine Aufenthaltserlaubnis auf Grund des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit (BGBl. 2001 II S. 810) besitzt.

Der Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit wird in dem Geburtenregister, in dem die Geburt des Kindes beurkundet ist, eingetragen. Das Bundesministerium des Innern wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung Vorschriften über das Verfahren zur Eintragung des Erwerbs der Staatsangehörigkeit nach Satz 1 zu erlassen.

(4) Die deutsche Staatsangehörigkeit wird nicht nach Absatz 1 erworben bei Geburt im Ausland, wenn der deutsche Elternteil nach dem 31. Dezember 1999 im Ausland geboren wurde und dort seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, es sei denn, das Kind würde sonst staatenlos. Die Rechtsfolge nach Satz 1 tritt nicht ein, wenn innerhalb eines Jahres nach der Geburt des Kindes ein Antrag nach § 36 des Personenstandsgesetzes auf Beurkundung der Geburt im Geburtenregister gestellt wird; zur Fristwahrung genügt es auch, wenn der Antrag in dieser Frist bei der zuständigen Auslandsvertretung eingeht. Sind beide Elternteile deutsche Staatsangehörige, so tritt die Rechtsfolge des Satzes 1 nur ein, wenn beide die dort genannten Voraussetzungen erfüllen.

§ 5

Durch die Erklärung, deutscher Staatsangehöriger werden zu wollen, erwirbt das vor dem 1. Juli 1993 geborene Kind eines deutschen Vaters und einer ausländischen Mutter die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn

1. eine nach den deutschen Gesetzen wirksame Anerkennung oder Feststellung der Vaterschaft erfolgt ist,
2. das Kind seit drei Jahren rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet hat und
3. die Erklärung vor der Vollendung des 23. Lebensjahres abgegeben wird.

§ 6

Mit der nach den deutschen Gesetzen wirksamen Annahme als Kind durch einen Deutschen erwirbt das Kind, das im Zeitpunkt des Annahmeantrags das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die Staatsangehörigkeit. Der Erwerb der Staatsangehörigkeit erstreckt sich auf die Abkömmlinge des Kindes.

§ 7

Spätaussiedler und die in den Aufnahmebescheid einbezogenen Familienangehörigen erwerben mit der Ausstellung der Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes die deutsche Staatsangehörigkeit.

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

§ 8

(1) Ein Ausländer, der rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat, kann auf seinen Antrag eingebürgert werden, wenn er

1. handlungsfähig nach Maßgabe von § 80 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes oder gesetzlich vertreten ist,
2. weder wegen einer rechtswidrigen Tat zu einer Strafe verurteilt noch gegen ihn auf Grund seiner Schuldunfähigkeit eine Maßregel der Besserung und Sicherung angeordnet worden ist,
3. eine eigene Wohnung oder ein Unterkommen gefunden hat und
4. sich und seine Angehörigen zu ernähren imstande ist.

(2) Von den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 4 kann aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Vermeidung einer besonderen Härte abgesehen werden.

§ 9

(1) Ehegatten oder Lebenspartner Deutscher sollen unter den Voraussetzungen des § 8 eingebürgert werden, wenn

1. sie ihre bisherige Staatsangehörigkeit verlieren oder aufgeben oder ein Grund für die Hinnahme von Mehrstaatigkeit nach Maßgabe von § 12 vorliegt und
2. gewährleistet ist, daß sie sich in die deutschen Lebensverhältnisse einordnen,

es sei denn, daß sie nicht über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und Abs. 4) und keinen Ausnahmegrund nach § 10 Abs. 6 erfüllen.

(2) Die Regelung des Absatzes 1 gilt auch, wenn die Einbürgerung bis zum Ablauf eines Jahres nach dem Tod des deutschen Ehegatten oder nach Rechtskraft des die Ehe auflösenden Urteils beantragt wird und dem Antragsteller die Sorge für die Person eines Kindes aus der Ehe zusteht, das bereits die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.

(3) (weggefallen)

§ 10

(1) Ein Ausländer, der seit acht Jahren rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und handlungsfähig nach Maßgabe des § 80 des Aufenthaltsgesetzes oder gesetzlich vertreten ist, ist auf Antrag einzubürgern, wenn er

1. sich zur freiheitlichen demokratischen Grundordnung des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland bekennt und erklärt, dass er keine Bestrebungen verfolgt oder unterstützt oder verfolgt oder unterstützt hat, die
   a) gegen die freiheitliche demokratische Grundordnung, den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes gerichtet sind oder
   b) eine ungesetzliche Beeinträchtigung der Amtsführung der Verfassungsorgane des Bundes oder eines Landes oder ihrer Mitglieder zum Ziele haben oder
   c) durch Anwendung von Gewalt oder darauf gerichtete Vorbereitungshandlungen auswärtige Belange der Bundesrepublik Deutschland gefährden,

   oder glaubhaft macht, dass er sich von der früheren Verfolgung oder Unterstützung derartiger Bestrebungen abgewandt hat,
2. ein unbefristetes Aufenthaltsrecht oder als Staatsangehöriger der Schweiz oder dessen Familienangehöriger eine Aufenthaltserlaubnis auf Grund des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit oder eine Aufenthaltserlaubnis für andere als die in den §§ 16, 17, 20, 22, 23 Abs. 1, §§ 23a, 24 und 25 Abs. 3 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes aufgeführten Aufenthaltszwecke besitzt,

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG)

Abschnitt 4
Aufhebung der Lebenspartnerschaft

§ 15 Aufhebung der Lebenspartnerschaft

(1) Die Lebenspartnerschaft wird auf Antrag eines oder beider Lebenspartner durch richterliche Entscheidung aufgehoben.

(2) Das Gericht hebt die Lebenspartnerschaft auf, wenn

1. die Lebenspartner seit einem Jahr getrennt leben und

a) beide Lebenspartner die Aufhebung beantragen oder der Antragsgegner der Aufhebung zustimmt oder

b) nicht erwartet werden kann, dass eine partnerschaftliche Lebensgemeinschaft wieder hergestellt werden kann,

2. ein Lebenspartner die Aufhebung beantragt und die Lebenspartner seit drei Jahren getrennt leben,

3. die Fortsetzung der Lebenspartnerschaft für den Antragsteller aus Gründen, die in der Person des anderen Lebenspartners liegen, eine unzumutbare Härte wäre.
Das Gericht hebt die Lebenspartnerschaft ferner auf, wenn bei einem Lebenspartner ein Willensmangel im Sinne des § 1314 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 des Bürgerlichen Gesetzbuchs vorlag; § 1316 Abs. 1 Nr. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gilt entsprechend.

(3) Die Lebenspartnerschaft soll nach Absatz 2 Satz 1 nicht aufgehoben werden, obwohl die Lebenspartner seit mehr als drei Jahren getrennt leben, wenn und solange die Aufhebung der Lebenspartnerschaft für den Antragsgegner, der sie ablehnt, aufgrund außergewöhnlicher Umstände eine so schwere Härte darstellen würde, dass die Aufrechterhaltung der Lebenspartnerschaft auch unter Berücksichtigung der Belange des Antragstellers ausnahmsweise geboten erscheint.

(4) Die Aufhebung nach Absatz 2 Satz 2 ist bei einer Bestätigung der Lebenspartnerschaft ausgeschlossen; § 1315 Abs. 1 Nr. 3 und 4 und § 1317 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

(5) Die Lebenspartner leben getrennt, wenn zwischen ihnen keine häusliche Gemeinschaft besteht und ein Lebenspartner sie erkennbar nicht herstellen will, weil er die lebenspartnerschaftliche Gemeinschaft ablehnt. § 1567 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gilt entsprechend.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

§ 5b GOÄ

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

§ 5a GOZ

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

§ 11 GOÄ

Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

(1) Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.

(2) Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

§ 5 GOÄ

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1)

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.

(4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.

(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

---

(1) Red. Anm.:

Nach § 1 der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) beträgt die Vergütung für Leistungen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 2002 an erbracht werden, 90 vom Hundert der nach § 5 der Gebührenordnung für Ärzte bemessenen Gebühr.

Siehe auch: Presse-Vorbericht Nr. 45/07 vom 6.9.2007, Presse-Mitteilung Nr. 45/07 vom 20.9.2007

235

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 19.9.2007, B 1 KR 39/06 R

Krankenversicherung - Vergütung von Krankenhausbehandlung bei Kassenwechsel - Erstattungsansprüche zwischen Sozialleistungsträgern - kein Anspruch auf Prozesszinsen

Tatbestand

1 Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung nebst Zinsen.

2 Die 1982 geborene, zwischenzeitlich verstorbene J. N. (im Folgenden: Versicherte) erhielt wegen akuter myeloischer Leukämie im Universitätsklinikum E. (UKE) vom 31.12.2000 bis zur Entlassung am 5.2.2001 eine Knochenmarkstransplantation (Myeloablative Therapie mit Transplantation allogen-verwandter HLA-identischer hämatopoetischer Stammzellen; Transplantation des Spenderknochenmarks nach Abschluss der achttägigen Konditionierung). In der Konditionierungsphase werden hierzu durch eine hochtoxische Behandlung die blutbildenden Stammzellen des Knochenmarks und bei späterer Fremdspende (allogene Stammzellentransplantation) auch das Immunsystem des Empfängers weitgehend ausgelöscht. Das dient dazu, dass die frischen, transplantierten Zellen ein neues, nicht mehr erkranktes Blutbildungssystem entwickeln und nicht abgestoßen werden, sondern anwachsen können. Hierf berechnete das UKE die Fallpauschale 11.02 nach dem "Bundesweiten Entgeltkatalog für Fallpauschalen" für Krankenhäuser nach § 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1, § 14 Abs 4 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in Höhe von 236.685,97 DM, entsprechend 121.015,61 Eur Während der 37tägigen Krankenhausbehandlung war die Versicherte als Familienangehörige bis zum 31.12.2000 bei der klagenden Krankenkasse (KK) und seit dem 1.1.2001 bei der beklagten KK krankenversichert. Beide KKn lehnten zunächst eine Bezahlung der Fallpauschale wegen des KK-Wechsels ab. Daraufhin sah sich die Klägerin entsprechend einer Vereinbarung der Spitzenverbände der KKn als zuständig an, bezahlte die Rechnung (August 2001) und begehrte vergeblich von der Beklagten, zunächst 36/37 der Gesamtsumme (17.10.2001), später (6.3.2002 den gesamten Betrag erstattet zu erhalten. Die Klägerin berief sich darauf, die Hauptleistung der abgerechneten Fallpauschale, die Transplantation des Knochenmarks, sei erst am 8.1.2001 während der KK-Zugehörigkeit der Versicherten zur Beklagten erfolgt. Die Beklagte lehnte eine Erstattung ab. Während das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen hat (Urteil vom 22.3.2005), hat das Landessozialgericht (LSG) die Beklagte antragsgemäß verurteilt, der Klägerin 121.015,61 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 5.2.2003 zu zahlei Das UKE habe die Hauptleistung der Fallpauschale 11.02 während der Mitgliedschaft der Versicherten bei der Beklagten erbracht. Entgegen der früheren, überholten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien Prozesszinsen entsprechend § 291 BGB zu zahlen (Urteil voi 16.8.2006).

3 Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung des § 105 Abs 1 SGB X. Die Definition der Fallpauschale 11.02 lege nahe, die gesamte Therapie als Hauptleistung anzusehen. Es genüge, dass Teile der Hauptleistung erbracht seien, um die Zuständigkeit der Klägerin zu begründen. Für eine Rechtsfortbildung hinsichtlich der Prozesszinsen bestehe kein Anlass.

4 Die Beklagte beantragt sinngemäß ,

das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 16. August 2006 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 22. März 2005 zurückzuweisen.

5 Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

7 Die zulässige Revision der Beklagten, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet *(§ 124 Abs 2 SGG)*, ist lediglich insoweit begründet, als das LSG die Beklagte zur Zahlung von mehr als 117.744,92 Euro (36/37 des Gesamtbetrags der Fallpauschale für 37 Tage tatsächlicher Krankenhausbehandlung) und zur Zahlung von Prozesszinsen verurteilt hat. Im Übrigen hat die Revision dagegen keinen Erfolg. Die Klägerin hat gegen die Beklagte gemäß § 105 Abs 1 SGB X lediglich Anspruch darauf, ihr (der Klägerin) 117.744,92 Euro zu erstatten.

8 1. Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs nach § 105 Abs 1 SGB X sind im genannten Umfang erfüllt. Danach ist der zuständige Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von § 102 Abs 1 SGB X vorliegen, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat.

9 a) Die Klägerin hat der Versicherten Sozialleistungen *(§ 11 Satz 1 SGB I; vgl dazu BSG SozR 1300 § 111 Nr 6 S 20)* erbracht, indem sie die Fallpauschale bezahlte. Die Krankenbehandlung der Versicherten in Form der Krankenhausbehandlung *(§ 21 Abs 1 Nr 2 Buchst d SGB I; § 39 SG V)* war der Klägerin aufgrund ihrer Zahlung zuzurechnen. Das "Erbringen" einer Leistung erfordert dass der Leistungsträger seine Leistungspflicht für den konkreten Fall bejaht und auf der Grundlage dieser Entscheidung die Leistung tatsächlich bewirkt. Erfolgt die Leistungsbewilligung wie im vorliegenden Fall erst, nachdem ein Dritter - hier ein Krankenhaus - die benötigte Sach- oder Dienstleistung bereits zur Verfügung gestellt hat, so erbringt der Sozialleistungsträger seine Leistung frühestens mit der Bewilligung *(vgl BSG SozR 3-1300 § 111 Nr 7 S 21)*. An die Stelle der Bewilligung gegenüber der Versicherten trat vorliegend die Zahlung.

10 b) Die Voraussetzungen des § 102 Abs 1 SGB X sind nicht erfüllt. Die Klägerin hat nicht bewusst eine vorläufige Leistung erbracht *(vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 39a Nr 1 RdNr 11 mwN; BSG SozR 1300 § 105 Nr 1 S 2)*. Sie hat vielmehr nach den Feststellungen des LSG, die die Beteiligten nicht mit Revisionsrügen angegriffen haben *(§ 163 SGG)*, in der Annahme einer eigenen Leistungspflicht die Rechnung des UKE beglichen.

11 c) Auch die weiteren Voraussetzungen des § 105 SGB X *(vergleichbare Leistungspflichten der betroffenen Träger und zeitliche Kongruenz - vgl dazu BSG SozR 3-1300 § 105 Nr 5 S 15 mwN BSG SozR 4-3100 § 18c Nr 2 RdNr 19)* sind erfüllt: Die Beklagte hätte der Versicherten vom 1.1. bis zum 5.2.2001 die notwendige Krankenhausbehandlung - entsprechend dem auf diesen Zeitraum entfallenden Teil der Fallpauschale 11.02 - leisten müssen. Die Beklagte hat durch die Leistung der Klägerin an die Versicherte für diese Zeit eigene Leistungen in persönlich, sachlich und zeitlich entsprechendem Umfang (kongruent) "erspart". Die Klägerin war nämlich nur für die Behandlung am 31.12.2000, nicht aber für die Folgezeit zuständig. Die Beklagte war der für den Krankenhausaufenthalt vom 1.1. bis zum 5.2.2001 zuständige Leistungsträger. Ihre Leistungspflicht im Jahr 2001 schließt diejenige der Klägerin von vornherein aus. Die Beklagte h

der Klägerin 36/37 der Leistung "Knochenmarkstransplantation einschließlich Konditionierung" (Fallpauschale 11.02) zu zahlen, die das UKE in der Zeit vom 31.12.2000 bis 5.2.2001 erbracht hat.

12 aa) Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats *(vgl BSGE 89, 86, 87 = SozR 3-2500 § 19 N 4 S 18; BSG SozR 3-2500 § 19 Nr 3 S 12 ff)* hängt die Leistungspflicht der KK für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung ab. Nach § 19 Abs 1 SGB V erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit keine abweichenden Bestimmungen entgegenstehen. Es genügt danach nicht, dass im Zeitpunkt des Versicherungsfalls eine Mitgliedschaft bestanden hat, wenn sie im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung nicht mehr fortbesteht. § 19 SGB V regelt zugleich die Grenze der Leistungszuständigkeit der KK bei einem KK-Wechsel *(s BSGE 89, 86, 87 f = SozR 3-2500 § 19 Nr 4 S 18 f mwN; BSG SozR 3-2500 § 19 Nr 3 S 16)*. Die Folge ist, dass bei einem KK-Wechsel die übernehmende KK grundsätzlich für alle Behandlungsmaßnahmen zuständig wird, die im Zeitpunkt des Übertritts noch nicht durchgeführt worden sind *(vgl BSG SozR 3-2500 § 19 Nr 3 S 16)*.

13 bb) Eine Ausnahme hat der Senat bisher lediglich für die Fälle anerkannt, in denen sich die vorhe begonnene Behandlung mit Rücksicht auf die Art der Abrechnung als Einheit darstellt und infolgedessen einer Aufteilung der KK-Zuständigkeit entzieht *(BSGE 89, 86, 88 ff = SozR 3-2500 § 19 Nr 4 S 19 f; für den Fall der rechtswidrigen Vorenthaltung der Leistung ebenso BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 1 RdNr 25)*. Handelt es sich bei der Behandlung um eine untrennbare Einheit, für die nur eine einzige KK zuständig sein kann, so ist nach der Rechtsprechung des Senats entscheidend, in wessen Zuständigkeitsbereich die Hauptleistung erbracht worden ist *(BSGE 89, 86, 90 = SozR 3-2500 § 19 Nr 4 S 21)*. Von einer solchen untrennbaren Behandlungseinheit ist der Senat bisher bei Krankenhausleistungen ausgegangen, die - als Ausnahme vom Grundsatz der Leistungsvergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen - mit Fallpauschalen abgerechnet werde Der Senat hat diese Ausnahme daraus abgeleitet, dass die einschlägige BPflV den Krankenhausaufenthalt bei Fallpauschalen einschließlich aller dabei in Anspruch genommener Behandlungsmaßnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammenfasst, ohne dass es grundsätzlich auf die Dauer des Krankenhausaufenthalts ankommt. Erst wenn der Aufenthalt die Grenz-Verweildauer überschreitet, entstehen weitere Zahlungsansprüche des Krankenhauses.

14 cc) Diese Rechtsprechung gibt der Senat auf. Krankenhausleistungen, die mit Fallpauschalen abgerechnet werden, sind bei einem KK-Wechsel des Versicherten nicht als eine "untrennbare Behandlungseinheit" anzusehen, sondern als teilbare Leistungen. Die Aufteilung hat ausgehend von der gesamten Zahl der tatsächlich mit der Fallpauschale abgerechneten Tage in der Weise zu erfolgen, dass die Rechnungs- und Leistungsteile bis zum letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft von denjenigen ab dem ersten Tag der neuen Mitgliedschaft zu trennen und mit einem entsprechenden Anteil gesondert in Ansatz zu bringen sind.

15 Allerdings bilden die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BPf getroffenen vertraglich vereinbarten Fallpauschalen für das Krankenhaus Abrechnungseinheite wie dies heutzutage bei den Fallpauschalen (DRGs) aufgrund von Vereinbarungen nach § 17b KHG, § 9 Abs 1 Krankenhausentgeltgesetz der Fall ist. Das zwingt aber nicht dazu, sie im Rechtssinne für die Frage der Leistungszuständigkeit als untrennbare Einheit anzusehen. Vielmehr ist die Leistungszuständigkeit in Abhängigkeit von der tatsächlich für die Fallpauschale in Anspruch genommenen Zahl der Krankenhaustage - pro rata temporis - zwischen den zuständigen Kostenträgern aufzuteilen. Dies ermöglicht eine gerechte, klare, verwaltungsprakti-kable und leicht handhabbare Lastenverteilung.

vergüteten Krankenhausbehandlung ist, dass es an einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung fehlt und bei der Lösung verschiedene Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einander widerstreiten. KK-Wechsel sind tagesbezogen. Die abgebende KK ist damit grundsätzlich für alle Behandlungsmaßnahmen zuständig, die bis zum Ablauf des letzten Tages der Mitgliedschaft des Versicherten bei ihr erbracht worden sind, während die übernehmende KK grundsätzlich für alle Behandlungsmaßnahmen zuständig wird, die im Zeitpunkt des Übertritts, de Beginns der neuen Mitgliedschaft, noch nicht durchgeführt worden sind. Die Leistungszuständigkeit bedeutet zugleich im Regelfall Zuständigkeit zur Leistungserbringung in Natur, als Sach- oder Dienstleistung *(§ 2 Abs 2; § 13 Abs 1 SGB V)*.

17 Damit scheint es auf den ersten Blick nicht vereinbar zu sein, sich über mehrere Tage erstreckende Leistungskomplexe in Form von Fallpauschalen, die einheitlich abzurechnen sind aufzuteilen. Jeder der potentiellen Schuldner, abgebende und übernehmende KK, kann einwenden, während der eigenen Leistungszuständigkeit sei die Leistung nicht vollständig erbracht worden. Das unterscheidet die Problematik von den Fällen, in denen die Hauptleistung punktuell, und sei es auch aufgrund früherer Vorarbeiten, erbracht wird, wie es etwa bei der Eingliederung von Zahnersatz der Fall ist *(vgl dazu BSG SozR 3-2500 § 19 Nr 3 S 12 ff)*, auch wenn sich dort noch Nebenleistungen anschließen können. Theoretisch denkbare Folge wäre bei mehrtägigen Behandlungen, die zu Leistungskomplexen zusammengefasst sind, dass keiner der beiden Träger zu zahlen hat. Dass dieses Ergebnis untragbar ist, liegt auf der Hand: Weder der Versicherte, der ja bei beiden KKn vollen Schutz genießen soll, noch der Leistungserbringer, der seine Leistung vollständig und ordnungsgemäß erbracht hat, dürfen solche Nachteile erleiden. Dann aber kommen als zu belastende Schuldner nur die abgebende und die übernehmende KK in Betracht.

18 ee) Die bisherige Zuordnung der Leistungszuständigkeit zwischen den Leistungsträgern nach dem Alles- oder Nichts-Prinzip begründet im Einzelfall, aber tendenziell auch bei der Masse der Fälle in spezifischen Bereichen Lastenverschiebungen: Die abgebende KK wird auf Kosten der aufnehmenden KK regelmäßig entlastet. Diese Verschiebungen können sich - denkmöglich - auf Dauer ausgleichen, wenn die Zahl der Wechsler sie egalisiert. Das gilt nicht nur für den Wechsel Versicherter zwischen verschiedenen KKn der GKV, sondern auch bei Wechseln in und aus dem System der GKV für das Verhältnis zwischen GKV, KKn und institutionellen Kostenträgern, nicht aber notwendig für die dort betroffenen Patienten: Für Patienten können Leistungsausschlüsse eingreifen. Solche Lastenverschiebungen bedürfen einer inneren Rechtfertigung. Die Anforderungen an die rechtfertigenden Gründe sind gering, wenn - wie hier bei einem KK-Wechsel innerhalb der GKV - sichergestellt ist, dass der Versicherte und der Leistungserbringer nicht belastet werden. In solchen Fällen kann schon der Gesichtspunkt der Verwaltungspraktikabilität ausreichen, um (mögliche) Lastenverschiebungen zu rechtfertigen. An einer hinreichenden Rechtfertigung fehlt es indes.

19 ff) Die genuine Funktion der Fallpauschalen besteht nicht darin, der Zuständigkeitsabgrenzung von Leistungserbringern zu dienen. Vielmehr schaffen Fallpauschalen ein kostentransparentes Abrechnungssystem, das ökonomisch dazu anreizt, die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zu verkürzen. Dabei definiert der Begriff der "Hauptleistung" in § 14 Abs 5 Satz 1 Nr 1 BPflV eine Untergrenze im Sinne einer Mindestleistung, die erfüllt sein muss, um eine Fallpauschale anstelle von Regelsätzen (ggf in Kombination mit Sonderentgelten) abzurechnen. Grundsätzlich kann eine Fallpauschale erst dann abgerechnet werden, wenn die mit ihr umschriebene Leistung vollständig erbracht ist und in diesem Sinne der in der Fallpauschale bestimmte Behandlungsfall abgeschlossen ist. Eine Ausnahme hiervon schafft § 14 Abs 5 Satz 1 Nr 1 BPflV bei einer Verlegung vor Abschluss des bestimmten Behandlungsfalls, wenn eine Berechnung der Pflegesätze nach Abs 2 und 3 einen höheren Gesamtbetrag ergibt. § 14 Abs 5 Satz 1 Nr 2 BPflV verlangt aber ausnahmslos und in jedem Fall, dass die "Hauptleistung"

Erbringung der Hauptleistung beendet wird, darf die Fallpauschale nicht berechnet werden. Das ergibt sich aus dem Regelungssystem.

20 Nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG *(in der hier maßgeblichen Fassung vom 23.6.1997, BGBl I 1520)* erlässt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze, die grundsätzlich die Vergütung nach der Anzahl der Behandlungstage bemessen und für alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind *(§ 17 Abs 1 Satz 1, Abs 2 KHG)*. Gemäß § 17 Abs 2a Satz 3 KHG sollten die Spitzenverbände der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstmals für den Pflegezeitraum 1998 und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17b KHG Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung vereinbaren. Die Entgeltkataloge waren für diejenigen Krankenhausträger unmittelbar verbindlich, die Mitglieder einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; andernfalls sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen (Satz 6). Die in der Rechtsverordnung bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte galten ab 1.1.1998 als vertraglich vereinbart (Satz 7). Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (Satz 10). Die auf Grund der gesetzlichen Ermächtigung erlassene BPflV hat die gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung präzisiert.

21 Nach § 11 Abs 1 BPflV *(idF des Art 1 Nr 6 Buchst a der Verordnung vom 9.12.1997, BGBl I 287*· werden mit den Fallpauschalen die allgemeinen Krankenhausleistungen für eine Behandlungsfall vergütet, für den ein Entgelt in Entgeltkatalogen nach § 15 Abs 1 Nr 1 oder § ' Abs 2 bestimmt ist. Nach § 14 Abs 4 BPflV *(idF vom 9.12.1997, BGBl I 2874)* werde Fallpauschalen für die Behandlungsfälle berechnet, die in den Fallpauschalen-Katalogen nach 15 Abs 1 Nr 1 und § 16 Abs 2 BPflV bestimmt sind. Werden die mit einer Fallpauschale vergütete Leistungen ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht, wird d Fallpauschale durch das Krankenhaus berechnet, das den Patienten stationär aufgenommen ha Eine vorstationäre Behandlung nach § 115a SGB V ist neben der Fallpauschale nicht gesonde berechenbar; eine nachstationäre Behandlung ist gesondert berechenbar, soweit die Summe au den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen d Grenz-Verweildauer nach § 14 Abs 7 Satz 1 BPflV übersteigt; dies gilt auch für ein entsprechende Behandlung von Privatpatienten als allgemeine Krankenhausleistung. Ein Fallpauschale wird nach § 14 Abs 5 BPflV *(idF der Verordnung vom 9.12.1997, BGBl I 287* nicht berechnet, wenn

1. der Patient vor Abschluss des bestimmten Behandlungsfalls verlegt wird, es sei denn, eine Berechnung der Pflegesätze nach den Abs 2 und 3 ergibt einen höheren Gesamtbetrag oder
2. eine Behandlung vor Erbringung der Hauptleistung beendet wird.

Satz 1 Nr 1 gilt nicht bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit nach Abs 11. Werd Fallpauschalen nach Satz 1 nicht berechnet, sind die Pflegesätze nach den Abs 2 und 3 berechnen ...

22 § 14 Abs 7 BPflV *(idF der Verordnung vom 9.12.1997, BGBl I 2874)* regelt, dass wenn eine Fallpauschale berechnet wird und die Verweildauer des Patienten eine in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs 1 Nr 1 und § 16 Abs 2 bestimmte Grenz-Verweildauer übersteigt, ab dem ausgewiesenen Tag die Pflegesätze nach Abs 2 berechnet werden. § 14 Abs 11 BPflV *(idF der Verordnung vom 9.12.1997, BGBl I 2874)* bestimmt: "Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen von mehreren Krankenhäusern im Rahmen einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit erbracht und der Patient verlegt, wird die Fallpauschale von dem Krankenhaus berechnet, das die für die Fallpauschale maßgebende Behandlung erbracht hat; der Abschluss eines Vertrages ist nicht erforderlich. Die Grenz-Verweildauer nach Abs 7 gilt entsprechend für

die Gesamtverweildauer des Patienten in beiden Krankenhäusern. Die Krankenhäuser vereinbaren eine Aufteilung der Fallpauschale untereinander. Kommt eine Einigung der beteiligte Krankenhäuser über die Aufteilung der Fallpauschale nicht zustande, hat das abrechnende Krankenhaus an das weiterbehandelnde Krankenhaus den Betrag nach Abs 5 Satz 4 und 5 für die Anzahl von Tagen abzugeben, die sich vom Verlegungstag bis zum aufgerundeten Mittelwert aus Grenz-Verweildauer (Abs 7) und der Verweildauer ergibt, die der Fallpauschale zugrundegelegt wurde."

23 Diese Bestimmungen zeigen, dass es sich bei den Fallpauschalen um einen bloßen Abrechnungsmodus handelt, der der numerischen Aufteilung - etwa bei Verlegung von Patienten zugänglich ist. Endet die Behandlung vor Erbringung des Leistungsinhalts der Fallpauschale durc Tod, kann die Krankenhausbehandlung ggfs ebenfalls nicht mit einer Fallpauschale, sondern nur mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet werden. Der Abrechnungsmodus zwingt aber nicht dazu, eine rechnerische Gesamtleistung, die sich auf die Zeit eines KK-Wechsels erstreckt, auch hinsichtlich der Leistungszuständigkeit als Einheit zu behandeln. Vielmehr ist es rechtlich und tatsächlich - verwaltungspraktikabel - möglich, die Gesamtleistung einer mit einer Fallpauschale abzurechnenden Krankenhausbehandlung rechnerisch der Dauer der tatsächlich mit der Fallpauschale abgegoltenen Tage zuzuordnen und danach die Belastung zu berechnen, die aus der Leistungszuständigkeit der betroffenen Träger für die damit erfassten Tage resultiert.

24 gg) Die Zuordnung der Leistungszuständigkeit in Abhängigkeit von der Erbringung der "Hauptleistung" begründet dagegen Unklarheiten und führt zu Rechtsstreitigkeiten wie dem Vorliegenden. Sie vermag im Ergebnis dann kaum zu helfen, wenn zwei Hauptleistungsteile etwa gleich großen Umfangs unterschiedlichen Kostenträgern zuzuordnen sind.

25 hh) Die Aufteilung der an insgesamt 37 Tagen - vom 31.12.2000 bis 5.2.2001 - erbrachten Fallpauschale 11.02 nach den Tagen der jeweiligen Leistungszuständigkeit führt zur Belastung de Klägerin mit einem Tag (31.12.2000; 1/37) und der Beklagten mit 36 Tagen der Gesamtleistung (1.1. - 5.2.2001; 36/37). Dem entspricht die Pflicht der Beklagten, der Klägerin 117.744,92 Euro zu erstatten. Daraus erhellt zugleich, dass der Klägerin kein weitergehender Erstattungsanspruch zustehen kann, die Revision der Beklagten vielmehr in Höhe von 3.270,69 Euro Erfolg hat.

26 d) Der Lauf der Zwölf-Monats-Frist des § 111 Satz 1 SGB X ist gewahrt. Die Klägerin hat bei der Beklagten rechtzeitig (17.10.2001) den ihr zustehenden Teilbetrag in Höhe von 36/37 des Gesamtbetrags geltend gemacht, nämlich nicht später als zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde. Bewirkt hat das UKE die Leistung bis zum 5.2.2001, dem letzten Tag der mit der Fallpauschale 11.02 umschriebenen Leistung. Wie oben bereits dargelegt hat die Klägerin ihre Leistung aber erst mit Begleichung der Rechnung des UKE im August 2001 "erbracht".

27 2. Die Revision der Beklagten hat auch insoweit Erfolg, als das LSG die Beklagte zusätzlich zur Zahlung von Prozesszinsen entsprechend § 291 BGB verurteilt hat. An einer Regelungslücke, d die entsprechende Anwendung des § 291 BGB rechtfertigen könnte, fehlt es.

28 a) Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG gilt für Erstattungsansprüche der Sozialleistungsträger untereinander, dass im Bereich der Sozialversicherung keine Prozesszinsen zu entrichten sind *(vgl BSGE 49, 227, 229 = SozR 1200 § 44 Nr 2 mwN; BSG SozR 1200 § 44 Nr 13 S 42; BSG SozR 4100 § 56 Nr 21 S 62 mwN)*. Das Schweigen des Gesetzgebers zur Pflicht, Prozesszinsen zu zahlen, ist in diesem Sinne beredt. Den Ausschlus von Prozesszinsen, den die Rechtsprechung des BSG für den Bereich der Sozialgerichtsbarkeit als Grundsatz zugrunde gelegt hat, hat sie teilweise aus einer zu Gewohnheitsrecht verfestigter Übung bei Rechtsüberzeugung der Beteiligten unter Abgrenzung des Bereichs des allgemeinen Verwaltungsrechts abgeleitet *(vgl BSGE 24, 118, 122 = SozR Nr 3 zu § 291 BGB mwN)*. An die

Rechtsprechung hat der Gesetzgeber bewusst angeknüpft. So hat er anlässlich der Einführung des Zinsanspruches für Sozialleistungsansprüche nach § 44 SGB I in den Gesetzesmaterialien *(BT-Drucks 7/868 S 30 zu § 44)* ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Erstattungsansprüche zwischen Leistungsträgern - auch soweit sie auf der Überleitung von Ansprüchen des Berechtigten beruhen - keine Sozialleistungsansprüche im Sinne der Regelung sind.

29 b) Bei Einführung der Erstattungsansprüche nach dem SGB X hat die Rechtsprechung des BSG *(vgl BSG SozR 4100 § 56 Nr 21 S 62)* aus der amtlichen Begründung zu Verwaltungskosten und Verjährung *(BT-Drucks 9/95 S 26 f)* nur den Schluss für zulässig gehalten, dass eine Verzinsung des Erstattungsanspruchs nicht erfolgen soll. Diese ständige Rechtsprechung des BSG hat der Gesetzgeber auch in der Folgezeit als maßgeblich zugrunde gelegt. Durch das Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts *(Art 4 Gesetz vom 23.7.1996, BGBl I 1088)* hat der Gesetzgeber § 108 Abs SGB X eingeführt, um die Verzinsung der Erstattungsansprüche zu regeln, die Träger der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge und der Jugendhilfe gegen dritte Sozialleistungsträger haben *(vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 13/3904 S 4 zu Art 2a re Sp; von Wulffen in: ders, SGB X, 5. Aufl 2005, § 108 RdNr 3 mwN)*. Ausgehend vor der Rechtsprechung des BSG betont die Gesetzesbegründung *(Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 13/3904 S 48 zu Art 2a)*, dass die Verzinsungspflicht für Erstattungsansprüche (der Leistungsträger untereinander) nicht gilt, da sie sich nur auf "andere" Sozialleistungsträger bezieht. Wortlaut, Systematik, Entstehungsgeschichte, Sinn und Zweck sowie Entwicklung der im Zweiten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB X geregelten Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander sprechen zudem dafür, dass es sich um ein geschlossenes Regelungssystem handelt, das Ergänzungen unzugänglich ist *(vgl dementsprechend BSGE 86, 78, 85 = SozR 3-1300 § 111 Nr 8 S 32)*.

30 c) Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass der 3. Senat des BSG Vergütungsforderungen zugelassener Leistungserbringer gegen KKn bei Fehlen vertraglicher Vereinbarungen nach § 61 SGB X iVm § 291 BGB Prozesszinsen unterliegen lässt *(vgl zB BSG SozR 4-7610 § 291 Nr 3; BSG, Urteil vom 19.4.2007 - B 3 KR 10/06 R - RdNr 11 mwN; zum Anspruch auf Prozesszinsen bei bereichungsrechtlichen Ansprüchen BSGE 92, 223, 231 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1)* und der 6. Senat des BSG für Klagen, die nach dem 28.9.2005 anhängig werden und Ansprüche Kassenärztlicher Vereinigungen gegen KKn auf Zahlung fälliger Gesamtvergütun betreffen, den Anspruch auf Prozesszinsen bejaht *(vgl BSGE 95, 141, 153 ff = SozR 4-2500 § 8: Nr 2 RdNr 38 ff)*. Die spezifischen Gründe, die diesen Entscheidungen zu speziellen Regelungsbereichen zugrunde liegen *(vgl für die Rechtsprechung des 3. Senats BSG SozR 4-7610 § 291 Nr 3 RdNr 20 ff; für den 6. Senat BSGE 95, 141, 155 f = SozR 4-2500 § 83 Nr 2 RdNr 44 ff)*, lassen sich auf das Erstattungsverhältnis zwischen Sozialleistungsträgern nach de §§ 102 ff SGB X nicht übertragen.

31 Angesichts der bewusst abschließenden Regelung der Erstattungsansprüche genügt allein der Hinweis des LSG auf die Neufassung des Kostenrechts im sozialgerichtlichen Verfahren zum 2.1.2002 durch das Sechste Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes *(6. SGGÄndG vom 17.8.2001, BGBl I 2144)* nicht, um die entsprechende Anwendung des § 291 BGB auf solche Erstattungsansprüche zu rechtfertigen. Soweit das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) - ausgehend von abweichenden Grundsätzen und ohne Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BSG zur fehlenden Verzinsungspflicht bei Erstattungsansprüchen nach der §§ 102 ff SGB X - Prozesszinsen "für Erstattungsansprüche zwischen Jugend- und Sozialhilfeträgern" bejaht hat *(BVerwGE 114, 61 ff, Leitsatz 1 = Buchholz 435.12 § 108 SGB X N 1)*, ist dies unter Berücksichtigung der aufgezeigten Rechtsentwicklung für den Bereich der Sozialversicherung ohne Belang.

32 3. Die Kostenentscheidung beruht unter Berücksichtigung dessen, dass die Beklagte nur hinsichtlich der Nebenforderung erfolgreich ist, auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 155 Abs 1

33 4. Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf §§ 52 Abs 1, 63 Abs 2 Satz 1 Gerichtskostengesetz.

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007)

§ 9 FPV 2007

Kostenträgerwechsel

Vorbehaltlich einer anderweitigen gesetzlichen Regelung gilt:

Tritt bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist. Tritt hingegen während der mittels tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, sind die Kosten der einzelnen Belegungstage mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig ist.

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007)

§ 10 FPV 2007

Laufzeit der Entgelte

(1) Die Fallpauschalen nach Anlage 1 und die Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 sind abzurechnen für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2007 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Können die Fallpauschalen noch nicht mit der für das Jahr 2007 vereinbarten oder festgesetzten Höhe des krankenhausindividuellen Basisfallwerts gewichtet werden, sind sie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der bisher geltenden Höhe des Basisfallwerts zu gewichten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen. Bei Krankenhäusern, die im Jahr 2006 noch nicht auf Basis des DRG-Vergütungssystems abgerechnet haben, sind die Fallpauschalen ab dem in § 15 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Zeitpunkt abzurechnen.

(2) Bis zum Beginn der Laufzeit der nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Entgelte für teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind und im Jahr 2007 nicht mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können, werden die für diese Leistungen bisher nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Entgelte weiter abgerechnet.

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007)

§ 11 FPV 2007

Geltungsdauer

Die Vorschriften der Abschnitte 1 bis 3 gelten vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2007. Können die Entgeltkataloge 2008 erst nach dem 1. Januar 2008 angewendet werden, sind nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes die Leistungen weiterhin nach den Anlagen 1 bis 6 dieser Vereinbarung abzurechnen. Solange noch keine neuen Abrechnungsregeln vereinbart oder in Kraft getreten sind, gelten die Abrechnungsbestimmungen nach dieser Vereinbarung weiter.

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 - FPV 2007)

§ 12 FPV 2007

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2007 in Kraft.

Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (MB/BT 2009) §§ 1 - 18, Tarif BT

Stand: 1. Januar 2009

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif

Präambel
A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit
B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3 Wartezeiten
§ 4 Umfang der Leistungspflicht
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
§ 8a Beitragsberechnung und -begrenzung
§ 8b Beitragsanpassung
§ 9 Obliegenheiten
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Gerichtsstand
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Tarif BT

Leistungen des Versicherers
A. Ambulante Heilbehandlung
B. Maßnahmen nach § 1 Abs. 3 a) MB/BT 2009
C. Zahnbehandlung und –ersatz, Kieferorthopädie
D. Stationäre Heilbehandlung
E. Fahrkosten
F. Krankentagegeld
G. Mutterschaftsgeld
H. Auslandsbehandlung
I. Zuzahlungen und Selbstbehalte
Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Präambel

Der Basistarif wird von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufgrund gesetzlicher Verpflichtung und in einheitlicher Form angeboten und folgt den nachstehend aufgeführten, ebenfalls durch Gesetz vorgegebenen Rahmenbedingungen: Aufnahme- und versicherungsfähig im Basistarif sind ausschließlich die in Abschnitt A. Absätze 2 und 3 genannten Personen. Krankenversicherungsunternehmen unterliegen unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen einem Annahmezwang. Eine Risikoprüfung wird durchgeführt, auch

wenn für die Dauer der Versicherung im Basistarif keine Risikozuschläge erhoben werden. Die Vertragsleistungen des Basistarifs sind in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar. Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe tritt an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

(1) Der Basistarif wird als Tarifstufe BTN ohne Selbstbehalt sowie mit Selbstbehalten von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro sowie als Tarifstufe BTB ohne Selbstbehalt sowie mit Selbstbehalten in Höhe des durch den Beihilfesatz für ambulante Heilbehandlung nicht gedeckten Prozentsatzes von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro angeboten.
(2) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe BTN sind Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht beihilfeberechtigt sind und auch keine vergleichbaren Ansprüche haben, wenn sie:
a) freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und den Abschluss des Versicherungsvertrages im Basistarif in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin beantragen;
b) freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und den Abschluss des Versicherungsvertrages im Basistarif innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehenen erstmaligen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses zum nächstmöglichen Termin beantragen;
c) nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und nicht zum Personenkreis nach a) und b) gehören, keinen Anspruch nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben, keinen Anspruch auf laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) haben und noch keine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht zur Versicherung genügt. Bei Empfängern von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII gilt der Leistungsbezug bei Zeiten einer Unterbrechung von weniger als einem Monat als fortbestehend, wenn er vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat;
d) eine private Krankheitskostenvollversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und der Vertrag erstmals nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde;
e) eine private Krankheitskostenvollversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, wenn der Antrag auf Versicherung im Basistarif in der Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin gestellt wird;
f) eine private Krankheitskostenvollversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und dieser Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, wenn die zu versichernde Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem SGB XII ist; g) in der Zeit vom 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2008 als Personen ohne Versicherungsschutz in den modifizierten Standardtarif aufgenommen worden sind;
h) im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung versichert sind;
i) versicherte Personen sind, deren Versicherungsverhältnis wegen Beitragsrückstandes auf den Basistarif umgestellt worden ist. Die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der Personenkreise nach den Buchstaben f) bis i) beschränkt sich auf den Basistarif des Versicherungsunternehmens, bei dem das bisherige Versicherungsverhältnis bestand.
(3) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe BTB sind Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben sowie ihre bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn sie zu den in Absatz 2 genannten Personenkreisen gehören und ergänzenden beihilfekonformen Versicherungsschutz zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung benötigen.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Im Basistarif bietet der Versicherer Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes auch die unmittelbare

Abrechnung der medizinischen Versorgung mit dem jeweiligen Leistungserbringer vorzusehen. Die Erstattungspflicht des Versicherers beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.
(2) Der Versicherer bietet ferner Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld.
(3) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 1.ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung, ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisverhütung einschließlich Untersuchung und Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln, eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation und ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einer verheirateten versicherten Person,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) und Schutzimpfungen,
c) medizinische Vorsorgeleistungen,
d) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Vorsorgeleistungen im Zusammenhang mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit,
e) stationäre Versorgung in einem Hospiz.
(4) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 2 ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit deren Beginn, im Übrigen mit dem Tag, der auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Er endet, wenn nach medizinischem Befund Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr bestehen, spätestens mit Ablauf der im Tarif genannten Höchstdauer. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
(5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/BT 2009, Tarif BT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Dritten Kapitel des SGB V, soweit auf die Leistungen ein Anspruch besteht, sowie den jeweils geltenden Richtlinien und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.
(6) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
(7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Unter den im Tarif genannten Voraussetzungen können auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz in Anspruch genommen werden. Anspruch auf Krankenhausleistungen besteht nur, wenn eine vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers erteilt worden ist. Anspruch auf Krankentagegeld besteht nur für in einem der in Satz 2 genannten Länder akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle und nur für die Dauer einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus unter Berücksichtigung von Karenzzeit und Höchstdauer.
(8) Der Versicherungsnehmer hat unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen der §§ 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), 13 Abs. 1a Kalkulationsverordnung (KalV) - siehe Anhang - das Recht, für sich oder für die in seinem Vertrag versicherten Personen den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Im neuen Tarif können Risikozuschläge, die während der Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben werden, aktiviert werden.
(9) An eine gewählte Selbstbehaltstufe ist die versicherte Person drei Jahre gebunden; der Wechsel in eine andere Selbstbehaltstufe kann frühestens mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Dreijahresfrist beantragt werden. Durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers wird die Dreijahresfrist nicht berührt. Danach kann der Wechsel derselben Selbstbehaltstufe mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ablauf eines Jahres beantragt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Vor und nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung

eines Risikozuschlages zulässig; während der Dauer der Versicherung im Basistarif wird der Risikozuschlag nicht erhoben.
(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn die Anmeldung zur Versicherung im Basistarif spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.
(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig; während der Dauer der Versicherung im Basistarif wird der Risikozuschlag nicht erhoben.

§ 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.[1]
1 Vorbehaltlich der Änderung der KalV

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe, Umfang und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die zur vertragsärztlichen bzw. –ahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind (Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte). Die Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen als den zuerst in Anspruch genommenen Vertragsarzt bzw. –zahnarzt ist nur zulässig aufgrund einer Überweisung mittels eines in der vertragsärztlichen bzw. –zahnärztlichen Versorgung geltenden Überweisungsscheins. Erfolgt die Inanspruchnahme des Vertragsarztes bzw. –zahnarztes aufgrund einer Überweisung gemäß Satz 2, ist vor Behandlungsbeginn der Überweisungsschein vorzulegen. Bei psychotherapeutischer Behandlung dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten sowie in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden, die zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung kann auch ein Krankenhaus, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder eine sonstige Einrichtung in Anspruch genommen werden, wenn die Einrichtung zur vertragsärztlichen oder –zahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist und ihre Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte erstellt.
(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Heilmittel dürfen nur von Therapeuten angewandt werden, die zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.
(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach Maßgabe von Abschnitt D. des Tarifs BT.
(5) Als Krankentagegeld ersetzt der Versicherer den durch Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheit oder Unfall verursachten Verdienstausfall nach Maßgabe von Abschnitt F. des Tarifs BT.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht
a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, sowie für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z.B. Sterilisation, ästhetische Operationen, Tätowierungen, Piercings) zugezogen hat. Beim Krankentagegeld gilt der Leistungsausschluss auch für Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, psychologische Psychotherapeuten, in Medizinischen Versorgungszentren und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner i.S.v. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
g) für Krankentagegeld ferner auch bei Arbeitsunfähigkeit
aa) ausschließlich wegen Schwangerschaft und Entbindung, wenn diese nicht im Krankenhaus erfolgt;
bb) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei

denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter aa) genannten Ereignissen steht;
cc) wenn die versicherte Person sich nicht an ihrem Wohnsitz in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (§ 1 Abs. 7, § 4 Abs. 4);
dd) wenn und soweit die versicherte Person Anspruch auf Arbeitsentgelt, Lohnersatzleistungen, Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, Verletztengeld oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen hat;
ee) vor dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.
(2) Auf Leistungen besteht ferner auch dann kein Anspruch, wenn sich die versicherte Person in den Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes begeben hat, um aufgrund einer Versicherung als bisher nicht versicherte Person (vgl. Teil A. Abs. 2 c)) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.
(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet etwaiger Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die folgenden Nachweise, die Eigentum des Versicherers werden, erbracht sind:
a) Es sind Rechnungsoriginale oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die erbrachten Leistungen einzureichen.
b) Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Entschädigungen und Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten, ferner die Vertragsarztnummer sowie das Institutionskennzeichen des Krankenhauses enthalten.
c) Arzneimittelverordnungen sollen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers eingereicht werden, es sei denn, dass der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vermerkt hat. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein; außerdem muss die Pharmazentralnummer aufgedruckt werden. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen, Hilfsmittelrechnungen müssen die Hilfsmittelnummern des Hilfsmittelverzeichnisses der gesetzlichen Krankenversicherung ausweisen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.
d) Die nach Buchstaben a) bis c) geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden.
e) Der Anzeige der Arbeitsunfähigkeit ist das Original der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Bezeichnung der Krankheit und der Nachweis über die Höhe des Nettoeinkommens beizufügen.
(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.
(3) Der Versicherer ist berechtigt, in vertraglichem Umfang unmittelbar an den Rechnungssteller zu leisten, wenn dieser ihm die den Anforderungen von Absatz 1 genügende Rechnung übersendet. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt.
(4) Reicht der Versicherungsnehmer die Rechnung zur Erstattung ein ohne einen Nachweis darüber beizufügen, dass er die Forderung des Rechnungstellers erfüllt hat, ist der Versicherer berechtigt, unmittelbar an den Rechnungsteller zu leisten. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt.
(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. In diesem Fall ist die versicherte Person auch zur Erbringung des Nachweises gemäß Absatz 4 verpflichtet. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann vorbehaltlich von Absatz 3 nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. (6) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
(7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
(8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
(3) Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf die mögliche Einschränkung des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Leistungsumfangs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in Höhe von 5 Euro je Mahnung zu entrichten. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder SGB XII nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
(5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung und -begrenzung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
(2) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Versicherungsumfang, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den Basistarif und dem Geburtsjahr. Ist bei Abschluss des Basistarifes eine Alterungsrückstellung zu berücksichtigen, wird diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet. Dabei darf der Beitrag eines Erwachsenen den halben Neugeschäftsbeitrag zum jüngsten Erwachsenenalter in der jeweils versicherten Tarifstufe nicht unterschreiten.
(3) Für Kinder und Jugendliche richtet sich der Beitrag nach dem jeweils vollendeten Lebensjahr. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche (Frauen, Männer) und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe zu entrichten.
(4) Risikozuschläge werden für die Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben.
(5) Der zu zahlende Beitrag ist für die versicherte Person begrenzt auf die Höhe des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon wird im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrags der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zugrunde gelegt. Der Höchstbeitrag wird zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den Vom-Hundert-Wert angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder mit vergleichbaren Ansprüchen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.
(6) Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 5 Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der zu zahlende Beitrag[1] für die Dauer der Hilfebedürftigkeit auf die Hälfte. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag ebenfalls auf die Hälfte. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
1 Vorbehaltlich der Änderung der KalV
(7) Wenn und solange eine versicherte Person auf die Halbierung des Beitrags nach Absatz 6 angewiesen ist, kann der Versicherer verlangen, dass zum Basistarif abgeschlossene Zusatzversicherungen ruhen.
(8) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
(9) Wird der Versicherungsvertrag im Basistarif für eine versicherte Person später als einen Monat nach Entstehen

der Pflicht zur Versicherung abgeschlossen, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass die versicherte Person mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten und fällt nicht unter die Höchstbeitragsbegrenzung gemäß den Absätzen 5 und 6. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für die Tarifstufen BTN und BTB anhand der Gemeinschaftsstatistik der den Basistarif anbietenden Versicherer gemäß den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Von einer solchen Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 5), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.
(2) Sind die zu zahlenden Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung des Höchstbeitrags angeglichen werden.
(3) Beitragsanpassungen gemäß Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt; Beitragsangleichungen gemäß Absatz 2 werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages wirksam.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die versicherte Person muss die Nach untersuchung innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen. Verweigert sie die Nachuntersuchung, kann das Krankentagegeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.
(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
(4) Für den Bezug von Krankentagegeld
a) ist die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber ab dem 43. Tag, durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem 43. Tag. Bei länger als zwei Wochen fortdauernder Arbeitsunfähigkeit muss der Nachweis unaufgefordert alle zwei Wochen erneuert werden. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen;
b) darf der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
(5) Die versicherten Personen sind verpflichtet, gegenüber den in § 4 Absätzen 2 bis 4 genannten Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Ausweises auf ihren Versicherungsschutz im Basistarif hinzuweisen. Händigt der Versicherer der bei ihm versicherten Person statt des Ausweises eine elektronische Gesundheitskarte aus, ist deren Vorlage beim Leistungserbringer für die versicherte Person zwingend.
(6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer berechtigt, bei jedem zur Erstattung eingereichten Beleg vom Erstattungsbetrag einen Verwaltungskostenabschlag in Höhe von 5 Euro, höchstens 50 Euro im Kalenderjahr, abzuziehen.
(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Formund Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 18 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Werden weitere Personen in dem bestehenden Versicherungsverhältnis versichert, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre fallen mit denjenigen des Versicherungsnehmers zusammen.
(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflichtzu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4 und 5 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
(7) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt.
(8) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, ist der Versicherer berechtigt, den Übertragungswert bis zum Ausgleich des Rückstandes zurückzubehalten.
(9) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Das ordentliche Kündigungsrecht ist ausgeschlossen.
(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
(3) Gibt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland auf, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
(4) Entfällt eine der in Abschnitt A. Absatz 2 bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit und entfällt damit auch die Pflicht zur Versicherung, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Basistarifs einschließlich des Tarifs BT den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Tarif BT

Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt davon ab, welcher Tarifstufe und welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe die versicherte Person angehört. Die versicherbaren Leistungsstufen ergeben sich aus der Beitragstabelle. Bei Tarifstufe BTN beträgt die Höhe der Versicherungsleistungen 100 Prozent der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis I. Bei Tarifstufe BTB hängt die Höhe der Versicherungsleistungen von der Leistungsstufe ab, der die versicherte Person zugeordnet ist; die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den für die versicherte Person geltenden Beihilfebemessungssatz. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Basistarifs dürfen insgesamt 100 Prozent nicht überschreiten.

A. Ambulante Heilbehandlung

1. Ärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen durch Vertragsärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung im Bundesmantelvertrag–Ärzte/Ersatzkassen bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind. Aufwendungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur erstattungsfähig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese in die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen hat.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu den im Folgenden genannten Höchstsätzen zu 100 Prozent ersetzt, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind:
a) 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M sowie für die Leistung nach Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ
b) 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ
c) 1,8facher Satz GOÄ für alle übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Ersetzt werden auch Aufwendungen für pauschalierte Entgelte, wenn sie die Höchstsätze nach Satz 1 nicht übersteigen.
(3) Werden die Vergütungen für die ärztliche Behandlung gemäß Absatz 1 durch Verträge zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.

2. Psychotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie, wenn und soweit der Versicherer zuvor im Rahmen eines Konsiliar- und Gutachterverfahrens eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Leistungen werden nur für die in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Abhängigkeit von bestimmten Diagnosen
a) zugelassenen Verfahren
b) bei Inanspruchnahme entsprechend qualifizierter Vertragsärzte oder zugelassener psychologischer Psychotherapeuten
c) bis zum jeweils festgelegten Höchstumfang zugesagt.
(2) Für die folgenden Maßnahmen ist eine Zusage ausgeschlossen:
Maßnahmen zur beruflichen Anpassung und Berufsförderung, Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder sonstige Maßnahmen, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht.
(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt
a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen,
b) bei Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 MB/BT 2009 bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP); Nr. 1 Abs. 3 gilt entsprechend.

3. Zuzahlungen bei den Nummern 1 und 2

Bei ärztlicher Behandlung und Psychotherapie wird bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Kalendervierteljahr, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, eine Zuzahlung von 10 Euro vom Erstattungsbetrag abgezogen. Gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen sind von der Zuzahlungspflicht befreit. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

4. Soziotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen

Bundesausschusses, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers. Die Verordnung muss durch einen von der Kassenärztlichen Vereinigung hierzu befugten Vertragsarzt erfolgen.
(2) Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Die Dreijahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen. (3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt
a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen, b) bei Fachkräften für Soziotherapie nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Behandlungstag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

5. Häusliche Krankenpflege

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich, sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege erstattungsfähig.
(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.
(3) Der Anspruch gemäß Absatz 1 Satz 1 besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.
(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt
a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen,
b) bei Pflegefachkräften nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Tag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage je Kalenderjahr anfallenden Kosten, sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

6. Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen
a) Krankenhausbehandlung,
b) Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation,
c) medizinischer Vorsorgeleistungen,
d) medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter,
e) medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter,
f) Schwangerschaft und Entbindung,
g) häuslicher Krankenpflege.
(2) Der Anspruch setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.
(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Kalendertag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

7. Arznei- und Verbandmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt verordnet worden sind und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden. Erstattungsfähig sind ferner nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch den behandelnden Vertragsarzt ausnahmsweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Stehen für das verordnete Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel erstattungsfähig, es sei denn die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels ist medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Arzneimittel ist zeitgerecht lieferbar.
(2) Bei versicherten Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie bei versicherten

Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen sind auch verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel erstattungsfähig.
(3) Als Arzneimittel gelten nicht: Nährmittel, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen Haarausfall, sowie sonstige Mittel, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Die dafür entstehenden Aufwendungen sind in den Fällen erstattungsfähig, die in den Arzneimittel-ichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als medizinisch notwendig festgelegt sind.
(4) Keine Leistungspflicht besteht für Arzneimittel, die wegen Unwirtschaftlichkeit oder weil sie ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, sowie für nicht verordnungsfähige Arzneimittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
(5) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.
(6) Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß der am 31.12.2003 gültigen Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.
(7) Aufwendungen für in der Apotheke individuell hergestellte Arzneimittel (Rezepturen) sind nur bis zu den Preisen erstattungsfähig, die sich aus der sachgerechten Anwendung der Hilfstaxe für Apotheken ergeben würden.
(8) Aufwendungen für Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen, die innerhalb eines Monats nach Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden müssen, sind bis zur Höhe des Apothekeneinkaufspreises, der am Tag der Abgabe in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe gelistet ist, zuzüglich des durchschnittlichen in der gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Preisaufschlags erstattungsfähig.
(9) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 6 Euro für jedes Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

8. Heilmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis (Anlage) des Basistarifs aufgeführten Leistungen. Diese müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden. Die Behandlung muss bei Physiotherapie innerhalb von 10 Tagen, Ergo- und Logotherapie innerhalb von 14 Tagen und bei Podologie innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, es sei denn, der Arzt hat einen späteren Beginn auf der Verordnung vermerkt.
(2) Der Anspruch ist begrenzt auf die jeweilige Höchstmenge der nach dem Heilmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung indikationsbezogen verordnungsfähigen Heilmittel. Wird die entsprechend den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles überschritten, sind weitere Verordnungen zu begründen und vor Fortsetzung der Therapie vom Versicherer zu genehmigen.
(3) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Heilmittel entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen.
(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 2 Euro je Heilmittel sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

9. Hilfsmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Versorgung mit im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung in der jeweils geltenden Fassung aufgelisteten Hilfsmitteln in Standardausführung einschließlich der Aufwendungen für Reparatur und Unterweisung im Gebrauch sowie für Gebrauch und Pflege. Die Wartung und Kontrolle von Hilfsmitteln sind nur erstattungsfähig, wenn sie zum Schutz des Versicherten vor unvertretbaren Gesundheitsrisiken erforderlich oder nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendig sind. Hilfsmittel müssen von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung bei einem Leistungserbringer, der Vertragspartner eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung ist, bezogen werden. Vor dem Bezug eines Hilfsmittels ist die Genehmigung des Versicherers einzuholen. Hilfsmittel können vom Versicherer auch leihweise überlassen werden. Ist im Einzelfall eine über Satz 1 hinausgehende Hilfsmittelversorgung medizinisch notwendig, um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine

Bundesausschusses, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers. Die Verordnung muss durch einen von der Kassenärztlichen Vereinigung hierzu befugten Vertragsarzt erfolgen.
(2) Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Die Dreijahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen. (3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt
a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen, b) bei Fachkräften für Soziotherapie nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Behandlungstag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

5. Häusliche Krankenpflege

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich, sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege erstattungsfähig.
(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.
(3) Der Anspruch gemäß Absatz 1 Satz 1 besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.
(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt
a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Höchstsätzen,
b) bei Pflegefachkräften nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Tag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage je Kalenderjahr anfallenden Kosten, sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

6. Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen
a) Krankenhausbehandlung,
b) Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation,
c) medizinischer Vorsorgeleistungen,
d) medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter,
e) medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter,
f) Schwangerschaft und Entbindung,
g) häuslicher Krankenpflege.
(2) Der Anspruch setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.
(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Kalendertag. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

7. Arznei- und Verbandmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt verordnet worden sind und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden. Erstattungsfähig sind ferner nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch den behandelnden Vertragsarzt ausnahmsweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Stehen für das verordnete Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur Aufwendungen für eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel erstattungsfähig, es sei denn die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels ist medizinisch notwendig oder keines der drei preisgünstigsten Arzneimittel ist zeitgerecht lieferbar.
(2) Bei versicherten Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie bei versicherten

Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen sind auch verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel erstattungsfähig.
(3) Als Arzneimittel gelten nicht: Nährmittel, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Raucherentwöhnung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen Haarausfall, sowie sonstige Mittel, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist. Die dafür entstehenden Aufwendungen sind in den Fällen erstattungsfähig, die in den Arzneimittel-ichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als medizinisch notwendig festgelegt sind.
(4) Keine Leistungspflicht besteht für Arzneimittel, die wegen Unwirtschaftlichkeit oder weil sie ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, sowie für nicht verordnungsfähige Arzneimittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
(5) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.
(6) Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sind nur bis zur Höhe des Apothekenverkaufspreises gemäß der am 31.12.2003 gültigen Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle von vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzter Fest- bzw. Höchstbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag erstattungsfähig.
(7) Aufwendungen für in der Apotheke individuell hergestellte Arzneimittel (Rezepturen) sind nur bis zu den Preisen erstattungsfähig, die sich aus der sachgerechten Anwendung der Hilfstaxe für Apotheken ergeben würden.
(8) Aufwendungen für Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen, die innerhalb eines Monats nach Verordnung aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden müssen, sind bis zur Höhe des Apothekeneinkaufspreises, der am Tag der Abgabe in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe gelistet ist, zuzüglich des durchschnittlichen in der gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Preisaufschlags erstattungsfähig.
(9) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 6 Euro für jedes Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

8. Heilmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis (Anlage) des Basistarifs aufgeführten Leistungen. Diese müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden. Die Behandlung muss bei Physiotherapie innerhalb von 10 Tagen, Ergo- und Logotherapie innerhalb von 14 Tagen und bei Podologie innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, es sei denn, der Arzt hat einen späteren Beginn auf der Verordnung vermerkt.
(2) Der Anspruch ist begrenzt auf die jeweilige Höchstmenge der nach dem Heilmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung indikationsbezogen verordnungsfähigen Heilmittel. Wird die entsprechend den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles überschritten, sind weitere Verordnungen zu begründen und vor Fortsetzung der Therapie vom Versicherer zu genehmigen.
(3) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Heilmittel entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen.
(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 2 Euro je Heilmittel sowie 10 Euro je Verordnung. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.

9. Hilfsmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Versorgung mit im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung in der jeweils geltenden Fassung aufgelisteten Hilfsmitteln in Standardausführung einschließlich der Aufwendungen für Reparatur und Unterweisung im Gebrauch sowie für Gebrauch und Pflege. Die Wartung und Kontrolle von Hilfsmitteln sind nur erstattungsfähig, wenn sie zum Schutz des Versicherten vor unvertretbaren Gesundheitsrisiken erforderlich oder nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendig sind. Hilfsmittel müssen von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb eines Monats nach Ausstellung der Verordnung bei einem Leistungserbringer, der Vertragspartner eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung ist, bezogen werden. Vor dem Bezug eines Hilfsmittels ist die Genehmigung des Versicherers einzuholen. Hilfsmittel können vom Versicherer auch leihweise überlassen werden. Ist im Einzelfall eine über Satz 1 hinausgehende Hilfsmittelversorgung medizinisch notwendig, um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine

Behinderung auszugleichen, sind die Aufwendungen erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(2) Aufwendungen für Brillengläser sind erstattungsfähig bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Nach Vollendung des 14. Lebensjahres besteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit – bezogen auf ein Auge - um mindestens 0,5 Dioptrien.
(3) Bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 besteht. Wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen behandelt werden müssen, sind auch Aufwendungen für eine nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses indizierte therapeutische Sehhilfe erstattungsfähig.
(4) Ein Anspruch auf Kontaktlinsen besteht nur bei Vorliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Hilfsmittel- Richtlinien festgelegten Indikation.
(5) Keine Leistungspflicht besteht für nicht verordnungsfähige Hilfsmittel im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und für durch Rechtsverordnung für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis. Brillengestelle sowie Aufwendungen für Kontaktlinsenpflegemittel werden nicht ersetzt.
(6) Aufwendungen sind nur bis zur Höhe eines der drei preisgünstigsten Hilfsmittel erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, oder, im Falle bestehender Festbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag. Abzüglich eines vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes und einer Zuzahlung werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt 8 Euro je Hilfsmittel. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf des jeweiligen Hilfsmittels, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit. Sofern das Hilfsmittel nicht leihweise überlassen wird, benennt der Versicherer mit der Genehmigung gemäß Absatz 1 Satz 4 einen Hilfsmittelanbieter, der den Hilfsmittelbezug in zumutbarer Weise gewährleistet, ohne dass die versicherte Person über die Zuzahlung und einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt hinausgehende Eigenanteile aufzubringen hat.

10. Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, wenn diese medizinisch notwendig sind, um
a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
b) einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken,
c) Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
d) Pflegebedürftigkeit zu vermeiden,
wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(2) Erstattungsfähig sind auch ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten, wenn die Vorsorgeleistungen nach Absatz 1 nicht ausreichen und der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Die übrigen im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehenden Kosten sind nicht erstattungsfähig. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von drei Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Dreijahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.
(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

11. Ambulante Rehabilitation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hat, wenn eine Behandlung nach Nr. 1 nicht ausreicht, das medizinisch erforderliche Behandlungsziel zu erreichen. Voraussetzung ist, dass der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(2) Abweichend von § 4 Abs. 2 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer die Rehabilitationseinrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.
(3) Der Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen ist begrenzt auf höchstens 20 Behandlungstage und kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.
(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten

Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt. Die Zuzahlung beträgt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Euro je Behandlungstag.

12. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für
a) ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung,
b) ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung
c) Reisekosten
d) Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten,
e) solche Leistungen, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, die aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung führen,
f) wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch kranke versicherte Personen, wenn zuletzt der Versicherer Leistungen für ärztliche Behandlung erbracht hat oder erbringt; ferner für
g) aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung sichern.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht ein Abzug für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen ist, zu 100 Prozent ersetzt, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

13. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Anspruchsberechtigt ist eine versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.
(2) Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.
(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt
a) bei Ärzten bis zu den in Nr. 1 Abs. 2 und 3 genannten Vergütungssätzen,
b) bei Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind.

B. Maßnahmen nach § 1 Abs. 3 a) MB/BT 2009

1. Schwangerschaft und Entbindung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
a) gezielte Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft,
b) Schwangerschafts-, Entbindungs- und Wöchnerinnenbetreuung durch Arzt und Hebamme sowie für ergänzende, medizinisch notwendige häusliche Pflege ohne hauswirtschaftliche Versorgung,
c) Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann,
d) stationäre Entbindung in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer anderen stationären Vertragseinrichtung, in der Geburtshilfe geleistet wird.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

2. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Insemination bzw. künstliche Befruchtung bei einer versicherten Person entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt, vor Behandlungsbeginn nach Durchführung eines unabhängigen ärztlichen Beratungsverfahrens eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erteilt wurde und
a) die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt,
b) zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau mindestens 25 Jahre alt ist und sie das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
c) ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden,
d) eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht; eine hinreichende Aussicht

besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 50 Prozent ersetzt.

3. Empfängnisverhütung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Beratung und Untersuchung wegen Empfängnisregelung. Für versicherte weibliche Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr sind auch die Aufwendungen für ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschließlich der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen nach Abschnitt A. Nr. 3 und Nr. 7 Abs. 9 vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

4. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation sowie für einen nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Ein Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn er in einer dem Schwangerschaftskonfliktgesetz genügenden Einrichtung vorgenommen wird.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.

C. Zahnbehandlung und –ersatz, Kieferorthopädie

1. Zahnärztliche Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche und –technische Leistungen durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind. Sie umfassen insbesondere
a) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
b) Erstellung eines Therapie- und Kostenplanes,
c) Individualprophylaxe nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
d) konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen oder einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden. Aufwendungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur erstattungsfähig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese in die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen hat.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zum 2,0fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ersetzt. Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den in § 6 Abs. 1 GOZ genannten Abschnitten der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeführt sind, werden die Vergütungen für diese Leistungen bis zu den in Abschnitt A Nr. 1 Absatz 2 genannten Höchstsätzen ersetzt.
(3) Werden die Gebührensätze gemäß Absatz 2 durch Verträge zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pfle ge- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt, gelten die jeweils vertraglich vereinbarten Vergütungen.
(4) Wählt der Versicherte bei Zahnfüllungen eine über die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehende Versorgung, hat er die über die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung hinausgehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Wird eine intakte plastische Füllung ausgetauscht, entsteht kein Leistungsanspruch, auch nicht anteilig.
(5) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für
a) funktionsanalytische und funktionstherapeutischeMaßnahmen,
b) implantologische Leistungen, es sei denn, es liegt eine Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle vor, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat.
(6) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt.
(7) Leistungen für Schienentherapien und Aufbissbehelfe sowie für systematische Parodontalbehandlungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartenden Leistungen Auskunft.

2. Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
a) zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ersatzkassenvertrag- Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind und
b) zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind; bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen, wenn eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei dem vorliegenden Befund anerkannt ist. Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die der vertragszahnärztlichen Regelversorgung entsprechen. Wählt die versicherte Person einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen oder davon abweichenden andersartigen Zahnersatz, hat sie die Mehrkosten selbst zu tragen.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nr. 1 Abs. 3 gilt entsprechend.
(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die entsprechenden Preise um 5 Prozent.
(4) Der Aufwendungsersatz beträgt 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 60 Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn
a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres zweimal in jedem Kalenderjahr
b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener 10 jähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendungsersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendungsersatz wieder auf 50 Prozent.
(5) Weist die versicherte Person nach, dass sie durch den ihr nach Absatz 4 verbleibenden Eigenanteil entsprechend § 55 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) unzumutbar belastet würde, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 Prozent ersetzt.
(6) Zur Vermeidung von Härten wird der versicherten Person bei entsprechendem Nachweis von dem nach Absatz 4 verbleibenden Eigenanteil ein weiterer Betrag nach Maßgabe von § 55 Abs. 3 SGB V (siehe Anhang) ersetzt.
(7) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapie- und Kostenplan vorlegt, der die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

3. Kieferorthopädische Behandlung

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
a) zahnärztliche Leistungen durch Vertragszahnärzte, die im Ersatzkassenvertrag- Zahnärzte bzw. einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind, und
b) zahntechnische Leistungen, die in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbarten bundeseinheitlichen Verzeichnis enthalten sind, für eine kieferorthopädische Versorgung in den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
(2) Leistungen kann nur eine versicherte Person beanspruchen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person unter einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten schweren Kieferanomalie leidet, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.
(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Gebührensatz der GOZ ersetzt. Nr. 1 Abs. 3 gilt entsprechend.
(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen werden ersetzt auf der Grundlage der von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen. Werden die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht, vermindern sich die entsprechenden Preise um 5 Prozent.
(5) Der Aufwendungsersatz ist zunächst begrenzt auf 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für das zweite und jedes weitere versicherte Kind, das sich gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung befindet, bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und mit seinem Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt lebt. Ist die Behandlung in dem durch den Therapie- und Kostenplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen, ersetzt der Versicherer die erstattungsfähigen Restkosten.
(6) Leistungen werden nur erbracht, wenn die versicherte Person dem Versicherer vor Behandlungsbeginn einen Therapieund Kostenplan vorlegt, der insbesondere umfassende Angaben zum Befund und zur geplanten

Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Versicherer prüft den Plan und gibt der versicherten Person über die zu erwartende Leistung schriftlich Auskunft.

4. Zuzahlungen und Selbstbehalt bei den Nummern 1 bis 3

(1) Bei Zahnbehandlung und –ersatz sowie bei Kieferorthopädie werden bei der ersten Inanspruchnahme eines Zahnarztes im Kalendervierteljahr, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, 10 Euro vom Erstattungsbetrag abgezo gen. Zwei Vorsorgeuntersuchungen je Kalenderjahr sind von der Zuzahlungspflicht befreit. Außerdem sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr von der Zuzahlung befreit.
(2) Vom Erstattungsbetrag wird ein vertraglich vereinbarter Selbstbehalt abgezogen.

D. Stationäre Heilbehandlung

1. Krankenhausbehandlung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß den Krankenhausbehandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Krankenhäusern, die
a) nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
b) in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
c) einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, wenn die versicherte Person ein solches Krankenhaus aufgrund einer ärztlichen Einweisung aufsucht. Wählt die versicherte Person ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus, sind die Mehrkosten von der versicherten Person selbst zu tragen. Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus, die der Gemeinsame Bundesausschuss von der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen hat, werden nicht erstattet.
(2) Für stationäre Psychotherapie wird geleistet, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(3) Die Leistungen umfassen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(4) Erstattungsfähig sind außerdem die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen in Krankenhäusern nach Absatz 1 bis zu den in Abschnitt A. Nr. 1 Absätze 2 und 3 genannten Höchstsätzen.

2. Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Reichen ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nach Abschnitt A Nr. 10 nicht aus, sind Aufwendungen für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung in Vorsorgeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(2) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

3. Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Reichen ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nach Abschnitt A Nr. 10 nicht aus, sind für versicherte Mütter und Väter auch Aufwendungen zur medizinischen Vorsorge in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-aßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, die über einen Versorgungsvertrag mit einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt, erstattungsfähig.
(2) Abweichend von § 4 Abs. 4 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer aufgrund einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage die Einrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.
(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

4. Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

(1) Reicht eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach Abschnitt A. Nr. 11 nicht aus, sind Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungs- und Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage

erteilt hat.
(2) Anschlussheilbehandlungen müssen in der Regel spätestens 14 Tage nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnen.
(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

5. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für versicherte Mütter und Väter in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, die über einen Versorgungsvertrag mit einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt.
(2) Abweichend von § 4 Abs. 4 MB/BT 2009 bestimmt der Versicherer aufgrund einer vorherigen schriftlichen Leistungszusage die Einrichtung sowie Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen anhand der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls.
(3) Der Anspruch ist begrenzt auf höchstens drei Wochen, es sei denn eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Der Anspruch kann erst nach Ablauf von vier Jahren erneut geltend gemacht werden, es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Vierjahresfrist wird durch einen zwischenzeitlichen Wechsel des Versicherers nicht berührt. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers einen Nachweis über die Inanspruchnahme zu führen.

6. Umfang des Aufwendungsersatzes nach Nr. 1 bis 5

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für vereinbarte Selbstbehalte sowie für die folgenden Zuzahlungen und Begrenzungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt:
a) Zuzahlungen
Die Zuzahlung beträgt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Euro je Kalendertag. Die Zuzahlungen bei Leistungen nach Abschnitt D. Nr. 1 sowie bei Anschlussheilbehandlungen nach Abschnitt D. Nr. 4, nicht jedoch bei Rehabilitationsmaßnahmen,sind begrenzt auf insgesamt 280 Euro je Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlassungstag zählen als ein Tag.
b) Begrenzungen
Die erstattungsfähigen Leistungen sind begrenzt auf den Betrag, der für die Behandlung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

7. Stationäre Hospizleistung

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizini¬sche Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

E. Fahrkosten

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Transport
a) zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
b) zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden,
c) bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn diese aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Versicherers bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
d) für Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen, wenn der Versicherer zuvor eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für Zuzahlungen vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Zuzahlung beträgt 10 Euro je Transport.

F. Krankentagegeld

(1) Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen, die bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

a) als Arbeitnehmer gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
b) Arbeitslosengeld beziehen,
c) Einkommen aus hauptberuflicher selbständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit beziehen, soweit sie Krankentagegeld gewählt haben.
(2) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
(3) Für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit nach § 1 Abs. 4 MB/BT 2009 wird ab dem 43. Tag ein Krankentagegeld in folgender Höhe gezahlt:
a) bei Arbeitnehmern, Selbständigen und freiberuflich Tätigen nicht mehr als 70 Prozent des auf den Kalendertag umgerechneten Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankentagegeld darf 90 Prozent des Nettoeinkommens nicht übersteigen. Maßgebend ist das Nettoeinkommen der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalls. Bei Selbständigen und freiberuflich Tätigen gilt als Nettoeinkommen der Gewinn (§ 2 Abs. 2.1 Einkommensteuergesetz – siehe Anhang -) aus der im Versicherungsantrag bzw. nachträglich als Berufswechsel angegebenen Tätigkeit. Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die der Arbeitgeber bei der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet hat, bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammengefasst,
b) bei Beziehern von Arbeitslosengeld nicht mehr als das bei Einstellung der Zahlungen durch die Bundesagentur für Arbeit bezogene kalendertägliche Arbeitslosengeld. Bei versicherten Personen der Tarifstufe BTB wird, sofern ein tariflicher Anspruch besteht, das Krankentagegeld auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. Die versicherte Person hat die Höhe des Nettoeinkommens bei jedem Antrag auf Zahlung von Krankentagegeld nachzuweisen.
(4) Die versicherte Person hat im Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit Anspruch auf Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Zeiten, in denen die Zahlung von Krankentagegeld entsprechend § 49 SGB V – siehe Anhang – ruht, werden auf die Frist angerechnet. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Nach Ablauf des Dreijahreszeitraums lebt der Anspruch auf Krankentagegeld wieder auf, wenn die versicherte Person bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankentagegeld versichert ist und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und entweder erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.
(5) Versicherte Personen nach Absatz 1 Buchstabe a) haben ferner Anspruch auf Krankentagegeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und privat krankheitskostenvollversicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, jedoch für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage. Bei allein erziehenden versicherten Personen besteht der Anspruch für jedes privat krankheitsko¬stenvollversicherte Kind für längstens für 20 Arbeitstage, insgesamt für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Die zeitliche Begrenzung der Krankentagegeldzahlung entfällt, wenn das Kind nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,
a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.
(6) Der Anspruch nach Absatz 5 entfällt, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht. Arbeitnehmer haben einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.
(7) Der Anspruch auf Krankentagegeld endeta) mit dem Ende der Arbeitsunfähigkeit,
b) mit dem Ende der Bezugsdauer nach Absatz 4.
c) mit dem Ruhen der Leistungen nach § 8 Abs. 3 MB/BT 2009,
d) wenn die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit nicht oder nicht mehr gegeben sind,
e) mit Beendigung der beruflichen Tätigkeit,
f) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist,
g) mit dem Bezug von Alters-, Erwerbsminderungs-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente und vergleichbarer beamtenrechtlicher Versorgungen, spätestens mit dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters der versicherten Person.

G. Mutterschaftsgeld

(1) Versicherte weibliche Personen haben Anspruch auf Mutterschaftsgeld,wenn
a) sie bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankentagegeld haben oder
b) ihnen wegen der Mutterschutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird oder
c) ihr Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Mutterschutzfrist nach der Entbindung nach Maßgabe von § 9 Abs. 3 Mutterschutzgesetz (siehe Anhang) aufgelöst worden ist.
(2) Das Mutterschaftsgeld wird in Höhe von höchstens 13 Euro je Kalendertag, bei versicherten Personen der Tarifstufe BTB, sofern ein tariflicher Anspruch besteht, auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt, für die letzten sechs

Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlingsund Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Die Auszahlung des Mutterschaftsgeldes erfolgt nach Vorlage eines Nachweises über die erfolgte Entbindung.

H. Auslandsbehandlung

(1) Soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes vorgesehen ist, ruht der Leistungsanspruch, solange die versicherte Person sich im Ausland aufhält.
(2) Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie in der Schweiz sind erstattungsfähig die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung durch Leistungserbringer im Sinne von § 4 Abs. 2 MB/BT 2009, die aufgrund einer EG-Richtlinie approbiert oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung zugelassen sind. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre.
(3) Für stationäre Heilbehandlungen in einem der in Absatz 2 Satz 1 genannten Staaten werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Leistungszusage erteilt hat.
(4) Aufwendungen für eine während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem anderen als einem der in Absatz 2 Satz 1 genannten Staaten medizinisch notwendige Heilbehandlung, die auch im Inland möglich wäre, sind nur erstattungsfähig, wenn der versicherten Person wegen einer Vorerkrankung oder wegen ihres Alters der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung nicht möglich ist und dies dem Versicherer vor Beginn der Reise nachgewiesen worden ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre. Der Anspruch besteht für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr. Keine Erstattung erfolgt, wenn sich die versicherte Person zur Behandlung ins Ausland begibt.
(5) Kosten eines Rücktransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.
(6) Der Anspruch auf Krankentagegeld ruht während eines Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass die versicherte Person sich nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung des Versicherers im Ausland aufhält.

I. Zuzahlungen und Selbstbehalte

(1) Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden zunächst tariflich vorgesehene Zuzahlungen abgezogen. Auszahlungen erfolgen nach Überschreiten eines vereinbarten Selbstbehalts.
(2) Bei der Ermittlung eines Selbstbehalts werden die Aufwendungen dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Leistungserbringer in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
(3) Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird ein Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich ein Selbstbehalt nicht.
(4) In der Tarifstufe BTB entfallen tarifliche Zuzahlungen, soweit diese bei der Bemessung der Beihilfe Berücksichtigung finden.
(5) Der Versicherer erfasst kalenderjährlich die bei den Versicherungsleistungen in Abzug gebrachten Zuzahlungen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Summe der Abzüge die für ihn geltende Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V (siehe Anhang) übersteigt, leistet der Versicherer entsprechende Nachzahlungen.

Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 30 Minuten	4,45
II. Krankengymnastik	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage) als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	14,17
003 Krankengymnastik in einer Gruppe mit 2-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	3,90
004 Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre (2-4 Kinder)	

Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	8,27
005 Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	41,78
006 Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,43
007 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	11,36
008 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	6,10
009 Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät): Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten je Patient	25,18
010 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	25,07
011 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	25,07
012 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	19,52
013 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	19,52
014 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach PNF als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	19,52
015 Manuelle Therapie Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	15,76
III. Bewegungstherapie 016 Übungsbehandlung als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	5,76
017 Übungsbehandlung in einer Gruppe mit 2-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	3,90
018 Übungsbehandlung im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,64
019 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	11,63
020 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. dererforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	7,78
021 Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	9,98
IV. Massagen 022 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Klassische Massagetherapie (KMT) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	9,53

023 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Bindegewebsmassage (BGM) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,42
024 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Segment-, Periost-, Colonmassage Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	9,42
025 Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	16,21
V. Manuelle Lymphdrainage	
026 Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 Minuten	14,22
b) Großbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 Minuten	21,20
c) Ganzbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	35,67
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität 5,81	
VI. Wärme- und Kältetherapie	
027 Heiße Rolle Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 15 Minuten	6,55
028 Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	7,89
029 Wärmeanwendung mittels Strahler eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	2,94
030 Ultraschall-Wärmetherapie Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,20
031 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	28,92
032 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	21,87
033 Kältetherapie eines oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 10 Minuten	6,26
VII. Elektrotherapie	
034 Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,08
035 Elektrostimulation bei Lähmungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	9,12
036 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,16
037 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,08
038 Kohlensäurebad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,90
039 Kohlensäuregasbad (CO_2-Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,90
040 Kohlensäuregasbad (CO_2-Trockenbad) als Teilbad Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90
VIII. Traktionsbehandlung	
041 Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,22
IX. Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie	
042 Standardisierte Heilmittelkombination Regelbehandlungszeit: 60 Minuten	

	30,83
X. Sonstige Leistungen	
043 Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,56
044 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	10,30
045 Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	5,60
XI. Leistungen außerhalb der Heilmittelversorgung	
046 Unterweisung zur Geburtsvorbereitung Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 14 Stunden	5,60
047 Rückbildungsgymnastik Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 10 Stunden	5,60
XII. Logopädie	
048 Logopädische Erstuntersuchung (einmal je Behandlungsfall)	25,79
049 Logopädische Befunderhebung (einmal je Behandlungsfall)	25,79
050 Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen unter Anwendung standardisierter Testverfahren (einmal je Behandlungsfall)	51,59
051 Logopädische Einzelbehandlung	
a) Therapiezeit 25 bis 35 Minuten	21,22
b) Therapiezeit 40 bis 50 Minuten	29,86
c) Therapiezeit 55 bis 65 Minuten	38,27
052 Logopädische Gruppenbehandlung	
a) Kindergruppe – durchschnittliche Therapiezeit 60 bis 90 Minuten, je Teilnehmer	17,13
b) Erwachsenengruppe – durchschnittliche Therapiezeit 90 bis 120 Minuten, je Teilnehmer	24,24
XIII. Sonstige Leistungen	
053 Ärztlich verordneter Hausbesuch	6,75
054 Weiterer Besuch in derselben sozialen Gemeinschaft	3,37
055 Wegepauschale innerhalb geschlossener Ortschaften	2,71
056 Wegegebühren bei Überschreiten der Ortsgrenze pauschal	2,71
oder	
057 Wegegeld je Kilometer	0,30
XIV. Ergotherapie	
058 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorischfunktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	25,61
059 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveinheit 30 bis 45 Minuten	8,91
060 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	34,08
061 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	11,53
062 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neurophysiologisch orientierte Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	28,33
063 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	11,53
064 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychischfunktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 bis 75 Minuten	

	43,00
065 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychischfunktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 120 bis 150 Minuten	78,62
066 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90 bis 120 Minuten	21,23
067 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 180 bis 240 Minuten	39,31
068 Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzliche neben 058 und 060)	3,90
069 Ergotherapeutische temporäre Schiene – ohne Kostenvoranschlag bis	130,00
070 Ergotherapeutische temporäre Schiene mit Kostenvoranschlag* *	
071 Ergotherapeutische Funktionsanalyse (einmal bei Behandlungsbeginn)	19,05
072 Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (einmal je Behandlungsfall) zzgl. Kilometergeld von 0,30 Euro	82,87
073 Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,56
074 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	11,30
075 Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	7,00
076 Wegegeld je gefahrenen Kilometer (Diese Position kann nur einmal in Verbindung mit der Nr. 072 berechnet werden)	0,30
XV. Podologie 077 Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,70
078 Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 30 Minuten	14,50
079 Nagelbearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,25
080 Nagelbarbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 25 Minuten	13,05
081 Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbarbeitung) Richtwert: 20 bis 30 Minuten	14,50
082 Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbarbeitung) Richtwert: 40 bis 50 Minuten	26,20
083 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,00

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50
Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33
www.pkv.de · info@pkv.de

gültig bis 30.4.10,
ab 1.5.10 noch gültig für EWR-Staaten

ii) so entsprechen einander sieben Tage und eine Woche;

iii) so entsprechen einander dreißig Tage und ein Monat;

iv) so entsprechen einander drei Monate, dreizehn Wochen, neunzig Tage und ein Vierteljahr;

v) so werden für die Umrechnung der Wochen in Monate und umgekehrt die Wochen und Monate in Tage umgerechnet;

vi) so darf die Anwendung der genannten Regeln nicht dazu führen, daß als während eines Kalenderjahres insgesamt zurückgelegte Versicherungszeiten mehr als dreihundertsechzig Tage oder zweiundfünfzig Wochen oder zwölf Monate oder vier Vierteljahre berücksichtigt werden.

Werden die nach dem Recht eines Mitgliedstaats zurückgelegten Versicherungszeiten in Monaten ausgedrückt, so gelten die Tage, die gemäß dem vorliegenden Absatz einem Teil eines Monats entsprechen, als ein ganzer Monat.

KAPITEL 2

KRANKHEIT UND MUTTERSCHAFT

Durchführung des Artikels 18 der Verordnung

Artikel 16

Bescheinigung über Versicherungszeiten

(1) Zur Anwendung von Artikel 18 der Verordnung hat der Arbeitnehmer oder Selbständige dem zuständigen Träger eine Bescheinigung über die Versicherungszeiten vorzulegen, die er nach den Rechtsvorschriften, die vorher zuletzt für ihn galten, zurückgelegt hat.

(2) Diese Bescheinigung wird auf Antrag des Arbeitnehmers oder Selbständigen von dem Träger oder den Trägern des Mitgliedstaats ausgestellt, dessen Rechtsvorschriften vorher zuletzt für ihn galten. Legt der Arbeitnehmer oder Selbständige die Bescheinigung nicht vor, so fordert der zuständige Träger sie bei diesem Träger oder diesen Trägern an.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn Versicherungszeiten, die vorher nach den Rechtsvorschriften anderer Mitgliedstaaten zurückgelegt worden sind, für die Erfüllung der in den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates geforderten Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen.

gültig bis 30.4.10,
ab 1.5.10 noch gültig für EWR-Staaten

Durchführung der Artikel 28 und 28 a der Verordnung

Artikel 29

Sachleistungen für Rentner und ihre Familienangehörigen, die ihren Wohnort nicht in einem Mitgliedstaat haben, nach dessen Rechtsvorschriften sie eine Rente beziehen und Anspruch auf Leistungen haben

(1) Ein Rentner hat für den Bezug von Sachleistungen nach Artikel 28 Absatz 1 und Artikel 28 a der Verordnung im Gebiet des Mitgliedstaats, in dem er wohnt, sich und seine im selben Mitgliedstaat wohnenden Familienangehörigen beim Träger des Wohnorts eintragen zu lassen und dabei eine Bescheinigung darüber vorzulegen, daß er aufgrund der Rechtsvorschriften, nach denen eine Rente geschuldet wird, für sich und seine Familienangehörigen Anspruch auf Sachleistungen hat.

(2) Diese Bescheinigung wird auf Antrag des Rentners von dem oder von einem der zur Zahlung einer Rente verpflichteten Träger oder gegebenenfalls von dem Träger, der über den Anspruch auf Sachleistungen zu entscheiden hat, ausgestellt, sobald der Rentner die Voraussetzung für den Anspruch auf Sachleistungen erfüllt. Legt der Rentner diese Bescheinigung nicht vor, so fordert der Träger des Wohnorts sie bei dem oder den zur Zahlung einer Rente verpflichteten Trägern oder gegebenenfalls bei dem für die Ausstellung der Bescheinigung befugten Träger an. Bis zum Eingang der Bescheinigung kann der Träger des Wohnorts anhand der von ihm anerkannten Nachweise den Rentner und seine im selben Mitgliedstaat wohnenden Familienangehörigen vorläufig eintragen. Diese Eintragung ist für den Träger, zu dessen Lasten die Sachleistungen gehen, nur dann verbindlich, wenn er die Bescheinigung nach Absatz 1 ausgestellt hat.

(3) Der Träger des Wohnorts benachrichtigt den Träger, der die Bescheinigung nach Absatz 1 ausgestellt hat, von jeder von ihm gemäß Absatz 1 vorgenommenen Eintragung.

(4) Bei jedem Antrag auf Sachleistungen ist der Rentenanspruch gegenüber dem Träger des Wohnorts durch Vorlage des Empfangsscheins oder des Empfängerabschnitts der Anweisung der letzten Rentenzahlung nachzuweisen.

(5) Der Rentner oder seine im selben Mitgliedstaat wohnenden Familienangehörigen haben den Träger des Wohnorts von jeder Änderung in ihren Verhältnissen zu unterrichten, die den Anspruch auf Sachleistungen ändern kann, insbesondere von jedem Ruhen oder Wegfall der Rente und von jedem Wohnortwechsel. Die zur Zahlung der Rente verpflichteten Träger unterrichten den Träger des Wohnorts des Rentners von solchen Änderungen.

(6) Erforderlichenfalls legt die Verwaltungskommission fest, wie der Träger zu bestimmen ist, zu dessen Lasten die Sachleistungen im Falle des Artikels 28 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung gehen.

VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER

E 121 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE EINTRAGUNG DER RENTENBERECHTIGTEN UND IHRER FAMILIENANGEHÖRIGEN UND DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 29 Absätze 1, 2 und 3; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 95 Absatz 4

Der Träger, der nach Artikel 29 Absatz 2 oder Artikel 30 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die Bescheinigung ausstellen muss, füllt Teil A aus und händigt zwei Ausfertigungen des Vordrucks dem Rentenberechtigten oder seinem Familienangehörigen aus oder übersendet sie dem Wohnortträger, falls dieser die Bescheinigung angefordert hat. Beide Ausfertigungen sind gegebenenfalls zunächst dem Träger zuzusenden, der Feld 6 und Feld 7 ausfüllen muss. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt beider Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung je Rentner oder Familienangehöriger an den in Feld 7 genannten Träger.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst vier Seiten.

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....
1.4 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2. Rentenberechtigter

2.1 Name(n)(3): ..... Geburtsname(n) (falls abweichend): .....
2.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....
2.3 Anschrift im Wohnland: .....
.....
2.4 Datum der Wohnsitzverlegung: .....
2.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....
2.6 Der Rentner war
- [ ] Arbeitnehmer
- [ ] Selbständiger
- [ ] Grenzgänger (Arbeitnehmer)
- [ ] Grenzgänger (Selbständiger)
- [ ] Arbeitsloser

3. Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen

3.1 Die oben genannte Person bezieht eine Rente wegen
- [ ] Alter
- [ ] Invalidität
- [ ] Hinterbliebene
- [ ] Arbeitsunfall
- [ ] Berufskrankheit

3.2 seit .....

4. Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat (4)

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
4.3 Anschrift: .....
.....
4.4 Stempel
4.5 Datum: .....
4.6 Unterschrift:
.....

E 121

5. Familienangehöriger des Rentners

5.1 Name(n)(3): Geburtsname(n) (falls abweichend)(3): .....

5.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

5.3 Anschrift im Wohnland: .....

.....

5.4 Persönliche Kenn-Nr.: .....

5.5 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung: .....

.....

6. Auszufüllen vom rentenpflichtigen Träger oder vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung des rentenpflichtigen Staates(5)

6.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers: .....

6.2 ☐ Die in Feld 2 genannte Person

☐ Die in Feld 5 genannte Person

hat Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft vom ..... an

6.3 Die in dem Staat, in dem diese Person wohnt — also in einem anderen als dem zuständigen Staat — zu gewährenden Leistungen gehen zu unseren Lasten

6.4 ☐ vom ..... an bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.5 ☐ ein Jahr vom ..... an(6)

6.6 ☐ Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E ..... vom ..... ungültig

7. ☐ Retournieren Sie bitte die Europäische Krankenversicherungskarte der in Feld 2 oder 5 angeführten Person mit der Nummer ....., gültig bis .....

8. Träger, der Feld 6 ausgefüllt hat(4)

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

9. ☐(7)

9.1 ☐ Die in Feld 2 genannte Person

☐ Die in Feld 5 genannte Person

wurde bei uns nicht eingetragen

9.2 ☐ weil sie nach den Rechtsvorschriften unseres Landes schon sachleistungsberechtigt ist

9.3 ☐ sonstige Gründe: .....

.....

.....

E 121

10. ☐ (1)

10.1 ☐ Die in Feld 2 genannte Person

☐ Die in Feld 5 genannte Person

wurde bei uns als sachleistungsberechtigt eingetragen

10.2 ☐ Diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten; die Berechnung des Pauschbetrags nach Artikel 95 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beginnt mit dem .....

11. Europäische Krankenversicherungskarte

11.1 ☐ In der Anlage übermitteln wir die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ....., wie in Feld 7 verlangt.

11.2 ☐ Geben Sie bitte die angewendeten Maßnahmen betreffend die an die in Feld 2 oder 5 angeführte Person ausgegebene Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ....., gültig bis ..... bekannt.

12. Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten oder des Familienangehörigen

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

12.3 Anschrift: .....

.....

12.4 Stempel

12.5 Datum: .....

12.6 Unterschrift:

.....

Hinweise für Rentner und Familienangehörige

Die beiden Ausfertigungen dieser Bescheinigung müssen Sie so bald wie möglich dem Versicherungsträger vorlegen:

in **Belgien**: *bei der „Mutualité"/„Mutualiteit" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in der **Tschechischen Republik**: *bei der „Zdravotní pojišťovna" (Krankenkasse) am Wohnort;*

in **Zypern**: *beim Υπουργείο Υγείας* (Gesundheitsministerium), *1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprische Krankenversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;*

in **Dänemark**: *bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts;*

in **Deutschland**: *bei einer Krankenkasse Ihrer Wahl;*

in **Griechenland**: *in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die der betreffenden Person ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;*

in **Spanien**: *bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohnorts;*

in **Estland**: *bei der „Eesti Haigekassa" (Estnische Krankenkasse);*

in **Frankreich**: *bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse);*

in **Irland**: *beim „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;*

in **Italien**: *bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale" (örtliche Gesundheitseinheit);*

in **Lettland**: *bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);*

in **Litauen**: *bei der „Teritorinė ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse);*

in **Luxemburg**: *bei der „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

in **Ungarn**: *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (Bezirkskrankenkasse);*

in **Malta**: bei der *„Entitlement Unit", Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 St. John Street, Valletta;*

in den **Niederlanden**: *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse;*

in **Österreich**: *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Gebietskrankenkasse";*

in **Polen**: *bei der für den Wohnort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nationaler Gesundheitsfonds);*

in **Portugal**: **Mutterland**: *beim „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts;* **Madeira**: *beim „Centro de Segurança Social da Madeira" (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal;* **Azoren**: *beim „Centro de Prestações Pecuniárias" (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;*

in **Slowenien**: *bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens) des Wohnorts;*

in der **Slowakei**: *bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poist'ovňa" (Krankenversicherung);*

in **Finnland**: *bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt);*

in **Schweden**: *bei der „Försäkringskassan" (Versicherungskasse) des Wohnorts;*

in **Island:** *bei der „Tryggingastofnun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt), Reykjavik;*

in **Liechtenstein:** *beim „Amt für Volkswirtschaft", Vaduz;*

in **Norwegen:** *beim „lokale Trygdekontor" (örtliches Versicherungsamt) des Wohnorts;*

in der **Schweiz:** *bei der „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsamen Einrichtung KVG", Solothurn.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.

(2) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird. Wohnt der Rentner oder der Familienangehörige des Rentners im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks direkt an das „Department for Work and Pensions" (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service" (Rentenstelle), „International Pension Centre" (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

(3) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) In Ungarn ist dieses Feld vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung auszufüllen.

(5) In Italien sind Feld 6 und 7 von der ASL — Azienda sanitaria locale (Ortsstelle der Gesundheitsverwaltung) oder vom Gesundheitsministerium auszufüllen.

(6) Falls der von einem deutschen, französischen, ungarischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellte Vordruck einen Familienangehörigen betrifft.

(7) Entweder Feld 8 oder Feld 9 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER

E 104 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ZUSAMMENRECHNUNG DER VERSICHERUNGS-, BESCHÄFTIGUNGS- ODER WOHNZEITEN

Krankheit — Mutterschaft — Tod (Sterbegeld) — Invalidität

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 9 Absatz 2; Artikel 18 Absatz 1; Artikel 38 Absatz 1; Artikel 64
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 6 Absatz 2; Artikel 16; Artikel 39 Absätze 1 und 2; Artikel 79

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und übersendet zwei Ausfertigungen an den Träger des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften zuletzt für den Versicherten gegolten haben. Dieser Träger füllt Teil B aus und reicht den Vordruck an den Träger zurück, der ihn übersandte. Wurde die Bescheinigung von dem Versicherten beantragt, füllt der ausstellungspflichtige Träger Teil B aus und händigt den Vordruck dem Versicherten aus oder stellt ihn ihm zu.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Teil A

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

2. Versicherter

2.1 Name (2): .....

2.2 Vornamen (3): ..... Geburtsdatum: .....

2.3 Frühere Namen: ....

2.4 Persönliche Kenn-Nr.: .....

2.5 Ab dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt hat der Versicherte eine

☐ abhängige Beschäftigung ☐ selbständige Tätigkeit ausgeübt in (4) .....

2.6 ☐ Name oder Firma des letzten Arbeitgebers

☐ Letzte selbständige Tätigkeit

.....

Anschrift: .....

.....

2.7 ☐ Frühere Arbeitgeber: ☐ Frühere selbständige Tätigkeiten:

[Name und Anschrift] .....

....

....

....

....

....

3. Zur Bearbeitung eines vom Versicherten gestellten Antrages bitte die Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten angeben, die er

3.1 vom ..... an

3.2 nach den Rechtsvorschriften Ihres Landes für den Fall der/des

☐ Krankheit/Mutterschaft (5) ☐ Todes (Sterbegeld) ☐ Invalidität (6)

zurückgelegt hat.

E 104

4. Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

4.3 Anschrift: .....

.....

4.4 Stempel

4.5 Datum: .....

4.6 Unterschrift:

.....

Teil B

5. Der/Die in Feld 2 Genannte

5.1 ☐ ist seit dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt für den Fall der Krankheit/Mutterschaft versichert (7)

5.2 ☐ hat seit dem .....

6. Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten für folgende Leistungen zurückgelegt: ☐ (5)

6.1 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.2 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.3 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.4 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.5 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.6 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.7 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.8 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.9 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

6.10 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7. folgende Wohnzeiten zurückgelegt:

7.1 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.2 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.3 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.4 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.5 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.6 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.7 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.8 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.9 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

7.10 vom ..... bis ..... (6) für den (9) Versicherungsfall ..... ☐ (10)

8. Träger, der Teil B auszufüllen hat

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

.....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck zunächst ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.

(2) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(3) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Der Staat ist anzugeben.

(5) Nur wenn die Bescheinigung für einen belgischen, französischen, griechischen, liechtensteinischen oder schweizerischen Träger bestimmt ist, ist die Leistungsart mit folgender Kennzeichnung anzugeben: N = Sachleistungen; E = Geldleistungen.

(6) Für französische und lettische Träger.

(7) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein belgischer Träger ist.

(8) Ist der Vordruck für einen belgischen, tschechischen, griechischen, lettischen, litauischen, polnischen oder liechtensteinischen Träger bestimmt, so sind die Zeiten abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit mit folgender Kennzeichnung anzugeben: D = abhängige Beschäftigung; I = selbständige Tätigkeit.

Ist die Bescheinigung für einen deutschen, litauischen, luxemburgischen oder polnischen Träger bestimmt, sind die Versicherungszeiten in Feld 7 mit folgender Kennzeichnung anzugeben: P = Pflichtversicherung; F = freiwillige Versicherung.

(9) Die Art der Versicherung ist wie folgt zu kennzeichnen:

A = Krankheit/Mutterschaft; B = Tod/Sterbegeld; O = Invalidität.

(10) Ist der zuständige Träger ein zyprischer, deutscher, irischer, ungarischer oder österreichischer Träger oder ein Träger des Vereinigten Königreichs, das Kästchen mit einem Kreuz versehen, sofern die Versicherungs- oder Wohnzeit einer tatsächlichen Beschäftigungszeit entspricht, und angeben, ob es sich um eine abhängige Beschäftigung oder um eine selbständige Tätigkeit handelt.

VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER

E 107 [ ] (1)

ANTRAG AUF BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS AUF SACHLEISTUNGEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 19 Absatz 2; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 25 Absätze 1 Buchstabe a und 3 Buchstabe i; Artikel 26 Absatz 1; Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 31 Buchstabe a; Artikel 52 Buchstabe a; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 17 Absatz 1; Artikel 21 Absatz 1; Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 27 Satz 1; Artikel 28; Artikel 29 Absätze 1 und 2; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 31 Absätze 1 und 3; Artikel 60 Absatz 1; Artikel 62 Absätze 3, 4 und 7; Artikel 63 Absätze 1 und 3

Der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes füllt Teil A aus und sendet zwei Ausfertigungen des Vordrucks entsprechend den oben genannten Artikeln der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 an den zuständigen Träger. Falls der zuständige Träger der Auffassung ist, dass er die angeforderte Bescheinigung nicht ausstellen kann, füllt er Teil B aus und reicht eine Ausfertigung des Vordrucks an den erstgenannten Träger zurück. Ist Belgien der zuständige Staat, ist der Vordruck, außer bei anerkanntem Arbeitsunfall oder anerkannter Berufskrankheit, an den Krankenversicherungsträger zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

2. ☐ Der Versicherte

2.1 Name(n) (2): .....

2.2 Vornamen (3): ..... Geburtsdatum: .....

2.3 Frühere Namen: .....

2.4 Anschrift: .....

.....

2.5 Persönliche Kenn-Nr. (4): .....

2.6 ☐ Empfänger ☐ Antragsteller

folgender Rente:

☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene

☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

2.7 Rentenpflichtiger Träger: .....

3. ☐ Letzter Arbeitgeber (5) ☐ Letzte selbständige Tätigkeit (5)

3.1 Name: .....

3.2 Anschrift: .....

.....

3.3 Wirtschaftszweig (6): .....

3.4 Träger der Unfallversicherung, bei dem der Arbeitgeber versichert ist (7): .....

.....

.....

.....

4. Familienangehörige (8)

4.1	Name(n) (2)	Vorname(n) (3)	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr. (4)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Anschrift im Wohnland (9): .....

.....

5. Am ..... ist der Antrag der in

☐ Feld 2 ☐ Feld 4 bezeichneten Person bei uns eingegangen

Er betrifft

5.1 ☐ die Gewährung von Sachleistungen

5.2 ☐ die Verlängerung des Anspruchs auf Sachleistungen

5.3 ☐ die Eintragung bei uns als Sachleistungsberechtigte

6. Sachleistungen ☐ wurden gewährt ☐ wurden nicht gewährt

6.1 gemäß Artikel ☐ 29 Absatz 2 ☐ 60 Absatz 1 ☐ 62 Absatz 3 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72.

6.2 Der Antragsteller ☐ hat seither keine Beschäftigung mehr ausgeübt

☐ hat folgende Erwerbstätigkeit ausgeübt:

.....

7. Wir bitten um Übersendung der Bescheinigung über den Leistungsanspruch auf

☐ Vordruck E .....

☐ einer „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte" oder einer Europäischen Krankenversicherungskarte (wenn diese nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates ausgestellt werden kann)

gültig vom ..... *bis* .....

8. ☐ Der ärztliche Bericht ist beigefügt (10)

9. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

9.3 Anschrift: .....

.....

9.4 Stempel

9.5 Datum: .....

9.6 Unterschrift:

.....

B. Vom zuständigen Träger auszufüllen

10.

10.1 ☐ Anbei überreichen wir Ihnen den betreffenden Vordruck, von dem Sie uns eine Ausfertigung ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden wollen. (11)

10.2 ☐ Wir können das in Teil A angeforderte Dokument aus folgendem Grund nicht ausstellen:

.....

.....

11. Zuständiger Träger

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Kenn-Nr. des Trägers:

11.3 Anschrift: .....

.....

.....

11.4 Stempel

11.5 Datum:

.....

11.6 Unterschrift:

.....

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.

(2) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(3) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Für italienische Träger ist der „codice fiscale" (Steuernummer) anzugeben.

Für maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.

Für slowakische Träger ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.

Für spanische Träger sind bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Kenn-Nummer N.I.E anzugeben. Ist die Gültigkeitsdauer der D.N.I. oder der N.I.E. abgelaufen, ist „KEINE" anzugeben.

(5) Nur auszufüllen, wenn sich der Vordruck auf einen erwerbstätigen Arbeitnehmer oder Selbständigen oder einen Arbeitslosen bezieht.

(6) Nur anzugeben, wenn sich der Vordruck auf einen Arbeitnehmer bezieht, der vermutlich einen Arbeitsunfall erlitten hat.

(7) Bei Spanien: Die „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) oder die „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina" (Provinzdirektion der Sozialanstalt der Marine).

(8) Nur die Familienangehörigen eintragen, für die Leistungen oder eine Eintragung beantragt wurden. Falls eine Eintragung beantragt wird, nur einen Familienangehörigen eintragen.

(9) Nur angeben, wenn die Familienangehörigen eine andere Anschrift als der Familienvorstand haben.

(10) Nur bei Bedarf beifügen und Kästchen davor ankreuzen.

(11) Für die niederländischen und schweizerische Träger, wenn die Art des zurückzusendenden Vordrucks es zulässt.

VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER

E 106 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS DER IN EINEM ANDEREN ALS DEM ZUSTÄNDIGEN STAAT WOHNENDEN VERSICHERTEN AUF SACHLEISTUNGEN BEI KRANKHEIT UND MUTTERSCHAFT

Arbeitnehmer und Selbständige sowie bei ihnen wohnende Familienangehörige — Familienangehörige von Arbeitslosen

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 19 Absatz 2; Artikel 25 Absatz 3 Buchstabe i
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 17 Absätze 1 und 4; Artikel 27 (erster Satz)

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und händigt dem Versicherten zwei Ausfertigungen des Vordrucks aus oder sendet diese, ggf. über die Verbindungsstelle, an den Träger des Wohnorts, falls dieser den Vordruck beantragt hat. Dieser Träger füllt Teil B des Vordrucks aus, sobald er die genannten Ausfertigungen vom Versicherten oder vom zuständigen Träger erhalten hat, und sendet eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....
1.4 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2. Der Versicherte

2.1 Name(n) (3): .....
2.2 Vorname(n) (4): ..... Geburtsdatum: .....
2.3 Frühere Namen: .....
2.4 Anschrift im Wohnland: .....
.....
2.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....
2.6 Der Versicherte ☐ ist Arbeitnehmer
2.7 Der Versicherte ☐ ist selbständig erwerbstätig
2.8 Der Versicherte ☐ ist Grenzgänger (Arbeitnehmer)
2.9 Der Versicherte ☐ ist Grenzgänger (selbständig erwerbstätig)
2.10 Der Versicherte ☐ ist arbeitslos

3. Familienangehöriger (5)

3.1 Name(n) (3): .....
3.2 Vorname(n) (4): ..... Geburtsdatum: .....
3.3 Frühere Name(n): .....
3.4 Anschrift im Wohnland: .....
.....
3.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....

4.1 ☐ Der oben genannte Versicherte und die bei ihm wohnenden Familienangehörigen (6)
4.2 ☐ Die Familienangehörigen (6) des oben genannten Arbeitslosen
5. haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft
vom ..... an

6. Anspruchsdauer

6.1 ☐ bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.2 ☐ ein Jahr von dem unter Nummer 5 angegebenen Tag an (7)

6.3 ☐ bis einschließlich ..... (8)

7. Für Krankheit/Mutterschaft zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

7.3 Anschrift: .....

.....

.....

7.4 Stempel

7.5 Datum: .....

7.6 Unterschrift:

.....

B. Eintragungsmitteilung (9)

8.

8.1 ☐ Der in Feld 2 genannte Versicherte und seine Familienangehörigen

8.2 ☐ Die in Feld 3 genannten Familienangehörigen des Arbeitslosen

8.3 ☐ werden bei uns seit dem .....geführt.

8.4 ☐ wurden aus folgendem Grund bei uns nicht eingetragen: .....

.....

9.

	Name(n) (3)	Vorname(n) (4)	Frühere(r) Name(n)	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr.
9.1					
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Träger des Wohnorts

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

10.3 Anschrift: .....

.....

.....

10.4 Stempel

10.5 Datum: .....

10.6 Unterschrift:

.....

Hinweise für die Versicherten

a) Aufgrund *dieser* Bescheinigung haben Sie für sich und Ihre Familienangehörigen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft. Wenn Sie *arbeitslos* sind, *ist dieser Vordruck nicht für Sie bestimmt, sondern gilt nur für Ihre Familienangehörigen, die in einem anderen als demjenigen Mitgliedstaat wohnen, in dem Sie versichert sind.*

b) *Die beiden in Ihrem Besitz befindlichen Ausfertigungen des Vordrucks sind so bald wie möglich dem Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung Ihres Wohnorts vorzulegen. Wenn Sie arbeitslos sind, ist der Vordruck von Ihren Familienangehörigen dem Träger der Kranken- und Mutterschaftsversicherung ihres Wohnortes vorzulegen.*

c) *Diese Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung sind:*

in **Belgien**: *die „Mutualité"/„Mutualiteit" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in der **Tschechischen Republik**: *die „Zdravotní pojišťovna" (Krankenkasse am Wohnort);*

in **Dänemark**: *die Gemeindeverwaltung am Wohnort;*

in **Deutschland**: *die von der betreffenden Person gewählte Krankenkasse;*

in **Estland** der *„Eesti Haigekassa" (Estnische Krankenkasse);*

in **Griechenland**: *in der Regel die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;*

in **Spanien**: *die „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohnorts; wenn Sie Leistungen benötigen, können Sie sich an den ärztlichen und Krankenhausdienst der Gesundheitsfürsorge der spanischen Sozialversicherung wenden; Sie müssen den Vordruck zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;*

in **Frankreich**: *die „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von Nummer 2.5 können Sie sich an die „Société de secours minière" (Knappschaft) wenden;*

in **Irland**: *die örtliche Zweigstelle des „Health Service Executive"* (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);

in **Italien**: *in der Regel die gebietsmäßig zuständige „Unità sanitaria locale — ASL" (örtliche Gesundheitseinheit); bei Seeleuten und beim fliegenden Personal der Zivilluftfahrt das „Ministero della sanità", „Ufficio di sanità marittima" oder „aerea" (Gesundheitsministerium, Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);*

in **Zypern**: *das „Υπουργείο Υγείας" (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprische Kranke nversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;*

in **Lettland**: *die „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);*

in **Litauen**: *der „Teritorinỹ ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;*

in **Luxemburg**: *die „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

in **Ungarn**: *die für Ihren Wohnort zuständige „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (Bezirkskrankenkasse);*

in **Malta**: die *„Entitlement Unit", Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 John Street, Valletta;*

in den **Niederlanden**: *eine für den Wohnort zuständige Krankenkasse;*

in **Österreich**: *die für Ihren Wohnort zuständige „Gebietskrankenkasse";*

in **Polen**: *die für den Wohnort zuständige regionale Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nationaler Gesundheitsfonds);*

in **Portugal**: ***Mutterland***: *das „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts;* ***Madeira***: *das „Centro de Segurança Social da Madeira" (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal;* **Azoren**: *das „Centro de Prestações Pecuniárias" (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;*

in **Slowenien**: *die „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens);*

in der **Slowakei**: *die vom Versicherten gewählte „Zdravotná poisťovňa" (Krankenversicherung);*

in **Finnland**: *die örtliche Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt);*

in **Schweden**: *„Försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Wohnort;*

im **Vereinigten Königreich**: *das „Department for Work and Pensions" (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service" (Rentenstelle), „International Pension Centre" (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, bzw. in Nordirland das „Department for Social Development" (Ministerium für soziale Entwicklung), „Overseas Benefits Branch" (Referat Leistungen für im Ausland wohnende Anspruchsberechtigte), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*

in **Island**: *die „Tryggingastofnun ríkisins" (Landesanstalt für soziale Sicherheit) in Reykjavik;*

in **Liechtenstein**: *das „Amt für Volkswirtschaft" in Vaduz,*

in **Norwegen**: *das „lokale Trygdekontor" (örtliches Versicherungsamt) am Wohnort;*

in der **Schweiz** *die „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" in Solothurn.*

d) *Der Vordruck ist ab dem unter Nummer 5 genannten Zeitpunkt und für die in Feld 6 durch das angekreuzte Kästchen bezeichnete Dauer gültig.*

e) *Sie oder Ihre Familienangehörigen müssen den Versicherungsträger des Wohnorts von jeder Änderung Ihrer bzw. der Verhältnisse ihrer Familienangehörigen unterrichten, die den Anspruch auf Sachleistungen ändern kann, insbesondere von jeder Beendigung oder jedem Wechsel der Beschäftigung und von jedem Wechsel Ihres Wohn- oder Aufenthaltsorts.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: B = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.

(2) Nur auszufüllen, falls die Bescheinigung auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird.

(3) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(5) Nur auszufüllen, wenn sich der Vordruck auf Familienangehörige eines Arbeitslosen bezieht. Es ist nur ein Familienangehöriger einzutragen, da die Anspruchsberechtigung der Familienangehörigen nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes festgestellt wird.

(6) Die Anspruchsberechtigung der Familienangehörigen wird nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes festgestellt.

(7) Wenn der Vordruck von einem deutschen, französischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellt wurde.

(8) Wenn der Vordruck von einem griechischen oder ungarischen Träger oder von einem Träger des Vereinigten Königreichs für Arbeitnehmer oder Selbständige ausgestellt wurde.

(9) Wird dieser Vordruck zur Verlängerung einer bereits früher ausgestellten Bescheinigung ausgestellt, so braucht Teil B nicht ausgefüllt zu werden.

(2) Der zuständige Träger des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften nach Titel II der Grundverordnung auf eine Person anzuwenden sind, macht Informationen über den Zeitpunkt, ab dem diese Rechtsvorschriften anzuwenden sind, dem Träger zugänglich, der von der zuständigen Behörde des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften diese Person zuletzt unterlag, bezeichnet wurde.

Artikel 21

Pflichten des Arbeitgebers

(1) Hat ein Arbeitgeber seinen eingetragenen Sitz oder seine Niederlassung außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats, so hat er den Pflichten nachzukommen, die die auf seine Arbeitnehmer anzuwendenden Rechtsvorschriften vorsehen, namentlich der Pflicht zur Zahlung der nach diesen Rechtsvorschriften vorgeschriebenen Beiträge, als hätte der Arbeitgeber seinen eingetragenen Sitz oder seine Niederlassung in dem zuständigen Mitgliedstaat.

(2) Ein Arbeitgeber, der keine Niederlassung in dem Mitgliedstaat hat, dessen Rechtsvorschriften auf den Arbeitnehmer anzuwenden sind, kann mit dem Arbeitnehmer vereinbaren, dass dieser die Pflichten des Arbeitgebers zur Zahlung der Beiträge wahrnimmt, ohne dass die daneben fortbestehenden Pflichten des Arbeitgebers berührt würden. Der Arbeitgeber übermittelt eine solche Vereinbarung dem zuständigen Träger dieses Mitgliedstaats.

TITEL III

BESONDERE VORSCHRIFTEN ÜBER DIE VERSCHIEDENEN ARTEN VON LEISTUNGEN

KAPITEL 1

Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft

Artikel 22

Allgemeine Durchführungsvorschriften

(1) Die zuständigen Behörden oder Träger tragen dafür Sorge, dass den Versicherten alle erforderlichen Informationen über die Verfahren und Voraussetzungen für die Gewährung von Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden, wenn sie diese Leistungen im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats als dem des zuständigen Trägers erhalten.

(2) Ungeachtet des Artikels 5 Buchstabe a der Grundverordnung hat ein Mitgliedstaat die Kosten von Leistungen nach Artikel 22 der Grundverordnung nur dann zu tragen, wenn der Versicherte entweder nach den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats einen Antrag auf Rente gestellt hat oder nach den Artikeln 23 bis 30 der Grundverordnung eine Rente nach den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats bezieht.

Artikel 23

Regelung bei einem oder mehreren Systemen im Wohn- oder Aufenthaltsmitgliedstaat

Sehen die Rechtsvorschriften des Wohn- oder Aufenthaltsmitgliedstaats mehr als ein Versicherungssystem für den Fall der Krankheit, Mutterschaft oder Vaterschaft für eine oder mehrere Kategorien von Versicherten vor, so finden für Artikel 17, Artikel 19 Absatz 1 und die Artikel 20, 22, 24 und 26 der Grundverordnung die Vorschriften über das allgemeine System für Arbeitnehmer Anwendung.

Artikel 24

Wohnort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat

(1) Bei der Anwendung von Artikel 17 der Grundverordnung müssen sich der Versicherte und/oder seine Familienangehörigen beim Träger ihres Wohnorts eintragen lassen. Ihr Sachleistungsanspruch im Wohnmitgliedstaat wird durch ein Dokument bescheinigt, das vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.

(2) Das in Absatz 1 genannte Dokument gilt solange, bis der zuständige Träger den Träger des Wohnorts über seinen Widerruf informiert.

Der Träger des Wohnorts benachrichtigt den zuständigen Träger von jeder Eintragung nach Absatz 1 und von jeder Änderung oder Streichung dieser Eintragung.

(3) Für die in den Artikeln 22, 24, 25 und 26 der Grundverordnung genannten Personen gilt der vorliegende Artikel entsprechend.

Artikel 25

Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat

A. *Verfahren und Umfang des Anspruchs*

(1) Bei der Anwendung von Artikel 19 der Grundverordnung legt der Versicherte dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsmitgliedstaat ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt. Verfügt der Versicherte nicht über ein solches Dokument, so fordert der Träger des Aufenthaltsorts auf Antrag oder falls andernfalls erforderlich das Dokument beim zuständigen Träger an.

(2) Dieses Dokument bescheinigt, dass der Versicherte unter den Voraussetzungen des Artikels 19 der Grundverordnung zu denselben Bedingungen wie nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats versicherte Personen Anspruch auf Sachleistungen hat.

(3) Sachleistungen im Sinne von Artikel 19 Absatz 1 der Grundverordnung sind diejenigen, die im Aufenthaltsmitgliedstaat nach dessen Rechtsvorschriften erbracht werden und sich als medizinisch notwendig erweisen, damit der Versicherte nicht vorzeitig in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten.

B. *Verfahren und Modalitäten der Übernahme und/oder Erstattung von Sachleistungen*

(4) Hat der Versicherte die Kosten aller oder eines Teils der im Rahmen von Artikel 19 der Grundverordnung erbrachten Sachleistungen selbst getragen und ermöglichen die vom Träger des Aufenthaltsorts angewandten Rechtsvorschriften, dass diese Kosten dem Versicherten erstattet werden, so kann er die Erstattung beim Träger des Aufenthaltsorts beantragen. In diesem Fall erstattet ihm dieser direkt den diesen Leistungen entsprechenden Betrag innerhalb der Grenzen und Bedingungen der nach seinen Rechtsvorschriften geltenden Erstattungssätze.

(5) Wurde die Erstattung dieser Kosten nicht unmittelbar beim Träger des Aufenthaltsorts beantragt, so werden sie der betreffenden Person vom zuständigen Träger nach den für den Träger des Aufenthaltsorts geltenden Erstattungssätzen oder den Beträgen erstattet, die dem Träger des Aufenthaltsortes im Fall der Anwendung von Artikel 62 der Durchführungsverordnung in dem betreffenden Fall erstattet worden wären.

Der Träger des Aufenthaltsorts erteilt dem zuständigen Träger auf dessen Ersuchen die erforderlichen Auskünfte über diese Erstattungssätze oder Beträge.

(6) Abweichend von Absatz 5 kann der zuständige Träger die entstandenen Kosten innerhalb der Grenzen und nach Maßgabe der in seinen Rechtvorschriften niedergelegten Erstattungssätze erstatten, sofern sich der Versicherte mit der Anwendung dieser Bestimmung einverstanden erklärt hat.

(7) Sehen die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaats in dem betreffenden Fall keine Erstattung nach den Absätzen 4 und 5 vor, so kann der zuständige Träger die Kosten innerhalb der Grenzen und nach Maßgabe der in seinen Rechtvorschriften festgelegten Erstattungssätze erstatten, ohne dass das Einverständnis des Versicherten erforderlich wäre.

(8) Die Erstattung an den Versicherten überschreitet in keinem Fall den Betrag der ihm tatsächlich entstandenen Kosten.

(9) Im Fall erheblicher Ausgaben kann der zuständige Träger dem Versicherten einen angemessenen Vorschuss zahlen, nachdem dieser den Erstattungsantrag bei ihm eingereicht hat.

C. *Familienangehörige*

(10) Die Absätze 1 bis 9 gelten entsprechend für die Familienangehörigen des Versicherten.

Artikel 26

Geplante Behandlungen

A. *Genehmigungsverfahren*

(1) Bei der Anwendung von Artikel 20 Absatz 1 der Grundverordnung legt der Versicherte dem Träger des Aufenthaltsorts ein vom zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor. Für die Zwecke des vorliegenden Artikels bezeichnet der Ausdruck „zuständiger Träger" den Träger, der die Kosten der geplanten Behandlung zu tragen hat; in den Fällen nach Artikel 20 Absatz 4 und Artikel 27 Absatz 5 der Grundverordnung, in denen die im Wohnmitgliedstaat erbrachten Sachleistungen auf der Grundlage von Pauschalbeträgen erstattet werden, bezeichnet der Ausdruck „zuständiger Träger" den Träger des Wohnorts.

(2) Wohnt der Versicherte nicht in dem zuständigen Mitgliedstaat, so muss er die Genehmigung beim Träger des Wohnorts beantragen, der den Antrag unverzüglich an den zuständigen Träger weiterleitet.

In diesem Fall bescheinigt der Träger des Wohnorts, ob die Bedingungen des Artikels 20 Absatz 2 Satz 2 der Grundverordnung in dem Wohnmitgliedstaat erfüllt sind.

Der zuständige Träger kann die beantragte Genehmigung nur verweigern, wenn nach Einschätzung des Trägers des Wohnorts die Bedingungen des Artikels 20 Absatz 2 Satz 2 der Grundverordnung in dem Wohnmitgliedstaat des Versicherten nicht erfüllt sind oder wenn die gleiche Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat selbst innerhalb eines in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit der betroffenen Person medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.

Der zuständige Träger teilt dem Träger des Wohnortes seine Entscheidung mit.

Geht innerhalb der nach innerstaatlichem Recht des betreffenden Mitgliedstaats geltenden Fristen keine Antwort ein, so gilt die Genehmigung als durch den zuständigen Träger erteilt.

(3) Benötigt eine versicherte Person, die nicht in dem zuständigen Mitgliedstaat wohnt, eine dringende und lebensnotwendige Behandlung und darf die Genehmigung nach Artikel 20 Absatz 2 Satz 2 der Grundverordnung nicht verweigert werden, so erteilt der Träger des Wohnorts die Genehmigung für Rechnung des zuständigen Trägers und unterrichtet den zuständigen Träger unverzüglich hiervon.

Der zuständige Träger akzeptiert die Befunde und therapeutischen Entscheidungen der von dem Träger des Wohnorts, der die Genehmigung erteilt, autorisierten Ärzte in Bezug auf die Erforderlichkeit einer dringenden lebensnotwendigen Behandlung.

(4) Der zuständige Träger behält das Recht, den Versicherten jederzeit im Verlauf des Genehmigungsverfahrens von einem Arzt seiner Wahl im Aufenthalts- oder Wohnmitgliedstaat untersuchen lassen.

(5) Unbeschadet einer etwaigen Entscheidung über eine Genehmigung unterrichtet der Träger des Aufenthaltsorts den zuständigen Träger, wenn eine Ergänzung der durch die vorhandene Genehmigung abgedeckten Behandlung aus medizinischen Gründen angezeigt erscheint.

Muster 1 M 1

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den .....

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer xy, Ende meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

am xx.xx.xx habe ich von Ihnen erfahren müssen, dass meine Mitgliedschaft bereits zum xx.xx.xx endete, da mein letztes Versicherungsverhältnis lediglich für 2 Jahre (beitragsfreie Zeit während des Erziehungsgeldbezuges)
alternativ 3 Jahre (beitragsfreie Zeit während der Elternzeit)
bestand.

Mein Antrag vom xx.xx.xx auf freiwillige Weiterversicherung wurde abgelehnt, da die Antragsfrist von 3 Monaten bereits überschritten war.

Ich habe von Ihnen weder eine Benachrichtigung noch einen Bescheid über das Ende meiner Mitgliedschaft erhalten noch wurde ich informiert, dass ich die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung habe. Ich hatte daher keine Möglichkeit, innerhalb der vorgeschriebenen Frist den erforderlichen Antrag zu stellen.

Gem. § 27 SGB X bitte ich um Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

Ich war ohne Verschulden verhindert, die gesetzliche Frist einzuhalten. Die Schuld liegt ausschließlich bei Ihnen. Ich verweise hierzu auf die §§ 13 und 14 SGB I, insbesondere auf den § 13. Es kann von mir nicht erwartet werden, die Vorschriften des SGB V zu kennen. Mit Ablauf des Endes der beitragsfreien Versicherung hätte ich daher von Ihnen informiert und über die weiteren Möglichkeiten der Versicherung aufgeklärt werden müssen. Ich verweise hierzu auch auf das Rundschreiben vom 9.12.88 (Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften), dem ich unter 4. entnehme: „.. sind die Versicherten in den einschlägigen Fällen auf die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts hinzuweisen". Einen Auszug habe ich in Kopie beigefügt.

Weiterhin verweise ich auf die Urteile L 15 KR 31/01 des LSG Berlin vom 3.9.03 und L 2 KR 27/02 des LSG Saarbrücken vom 18.2.04.

Ich bitte daher um freiwillige Versicherung ab xx.xx.xx, meine Antragsunterlagen liegen Ihnen bereits vor. Ich bitte um Übersendung einer Durchschrift an das BA xxx, Abteilung Sozialwesen, Soz xxxx, Frau/Herr xxxx, da mir von dort bestätigt wurde, dass die bereits aufgelaufenen Beitragsforderungen nachentrichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 2 M 2

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den ...

auch für getrennt lebende Ehegatten

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer xy, Ihr Mitglied xy
Familienversicherung für xy

Sehr geehrte Damen und Herren,

am xx.xx.xx habe ich von Ihnen erfahren, dass die Familienversicherung für meine Tochter xy / meinen Sohn xy zum xx.xx.xx. endete, da die Mitgliedschaft des Hauptversicherten (Vater des Kindes) zu diesem Zeitpunkt endete.

Eine freiwillige Weiterversicherung wurde von Ihnen abgelehnt, da die Antragsfrist von 3 Monaten bereits überschritten war.

Als sorgeberechtiger Elternteil von xy hatte ich keine Kenntnis vom Ende der Mitgliedschaft des Herrn xy, da kein Kontakt besteht. Ich hatte daher auch keine Möglichkeit, für mein Kind einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung zu stellen.

Der § 10 SGB V (in Ablösung der Vorschriften über die Familienhilfe in der RVO) gibt den Angehörigen einen eigenen Versichertenstatus mit eigenen Rechten und Pflichten. Ihnen war bekannt, dass Ihr Mitglied und das familienversicherte Kind nicht unter der gleichen Anschrift wohnhaft sind. Es hätte daher von Ihnen eine Mitteilung über das Ende der Mitgliedschaft mit Hinweis auf die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung (auch) an das familienversicherte Kind ergehen müssen. Ich verweise hierzu auf die §§ 13 und 14 SGB I und insbesondere auf das Rundschreiben vom 9.12.88 (Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften), dem ich unter 4. entnehme: „... sind die Versicherten in den einschlägigen Fällen auf die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts hinzuweisen." Einen Auszug habe ich in Kopie beigefügt.

Ich war daher ohne Verschulden verhindert, für mein Kind einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung zu stellen und bitte gem. § 27 SGB X um Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

Ich verweise dazu auch auf die Urteile L 15 KR 31/01 des LSG Berlin vom 3.9.03 und L 2 KR 27/02 des LSG Saarbrücken vom 18.2.04.

Schlussendlich beziehe ich mich auf das Urteil des BSG vom 16.11.95 – 4 RK 1/94) in dem es heißt: Einen Selbstvollzug des Gesetzes gibt es im Sozialversicherungsrecht – also auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung – nicht. ... Der Familienversicherungsschutz erlischt nicht grundsätzlich, er fällt erst nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes weg, der das Ende des Versicherungsschutzes feststellt.

Ich bitte daher um freiwillige Versicherung ab xx.xx.xx, meine Antragsunterlagen liegen Ihnen bereits vor. Ich bitte um Übersendung einer Durchschrift an das BA xxx, Abteilung xxx, Soz/Jug xxxx, Frau/Herr xxxx, da mir von dort bestätigt wurde, dass die bereits aufgelaufenen Beitragsforderungen nachentrichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 3 M 3

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den

xy-Krankenkassse

Mitgliedsnummer xy, Ihr Mitglied xy
Familienversicherung für xy

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Mutter und damit gesetzliche Vertreterin des Kindes xy, hatte ich bei Ihnen bzgl. der Eintragung der Familienversicherung für meine Tochter / meinen Sohn vorgesprochen. Die Eintragung wurde von Ihnen bislang abgelehnt, das Ihr Mitglied, der Vater von xy, die unterschriebene Erklärung zur Familienversicherung nicht eingereicht hat.

Die Familienversicherung gem. § 10 SGB V entsteht nicht auf Antrag, sondern per Gesetz („versichert sind ...). Zur Durchführung dieser Familienversicherung sind bestimmte Angaben nötig, die üblicherweise mittels der Erklärung zur Familienversicherung erfolgen.

Die Neuregelung der Familienversicherung durch das SGB V (in Ablösung der Regelungen der Familienhilfe in der RVO) hat den versicherten Angehörigen einen Status mit eigenen Rechten und Pflichten gegeben, wenn auch die Mitgliedschaft von der Mitgliedschaft des Stammversicherten abhängig ist. So können die versicherten Angehörigen ihre Ansprüche selbständig und unabhängig von dem Stammversicherten wahrnehmen, ja sogar ohne Einverständnis des Stammversicherten Rechte geltend machen (s.a. Dalichau-Schiwy, Kommentar zum SGB V, Band I, S. 18 Kommentar zum § 10). Die Angaben zur Familienversicherung wird daher das Kind xy, vertreten durch mich, die Mutter, machen.

Das Kind xy lebt nicht mit Ihrem Mitglied zusammen. Gem. Nr. 2.5 der MeldeVf-FV (Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung, Auszug liegt in Kopie bei) kann die Unterschrift bei vom Mitglied getrennt lebenden Familienangehörigen wahlweise vom Mitglied oder vom Familienangehörigen abgegeben werden. Daher habe ich als Mutter des Kindes xy die nötige Unterschrift geleistet (Erklärung zur Familienversicherung anbei).

Ich bitte nunmehr um Eintragung der Familienversicherung ab xx.xx.xx und Übersendung der Versichertenkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 4 M 4

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den ...

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer xy, Ihr Mitglied xy
freiwillige Versicherung für mich ab xx.xx.xx

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich lebe getrennt von meinem Ehemann, Ihrem Mitglied xy. Das Scheidungsverfahren läuft seit längerem, Gerichtstermin war am xx.xx.xx. Von meinem Rechtsanwalt habe ich danach keine Post mehr bekommen, es hieß: „Mit dem Scheidungsurteil müssen Sie sich gedulden, das dauert, die Kanzleikräfte am Gericht sind völlig überlastet". Auf drängende Nachfrage meinerseits beim Familiengericht erhielt ich nun direkt von dort am xx.xx.xx ein Scheidungsurteil, welches bereits am xx.xx.xx rechtskräftig geworden ist. Mit diesem – soeben erhaltenen – Urteil sprach ich sofort in Ihrer Geschäftsstelle vor, um die freiwillige Weiterversicherung ab xx.xx.xx. (Rechtskraft der Scheidung) zu beantragen.

Mein Antrag wurde abgelehnt, da die Antragsfrist von 3 Monaten bereits überschritten war.

Gem. § 27 SGB X bitte ich um Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

Ich war ohne Verschulden verhindert, die gesetzliche Frist einzuhalten. Weder von meinem Rechtsanwalt noch vom Familiengericht erhielt ich innerhalb von 3 Monaten nach Rechtskraft meiner Scheidung ein Scheidungsurteil. Mir wurde von Ihnen erklärt, die Vorlage des Scheidungsurteils sei aber Voraussetzung für die Eröffnung der freiwilligen Weiterversicherung, eine Antragstellung im voraus, quasi „zur Sicherheit" sei nicht möglich.

Ich bitte daher um freiwillige Versicherung ab xx.xx.xx, meine Antragsunterlagen liegen Ihnen bereits vor. Ich bitte um Übersendung einer Durchschrift an das BA xxx, Abteilung Sozialwesen, Soz xxx, Frau/Herr xxx, da mir von dort bestätigt wurde, dass die bereits aufgelaufenen Beitragsforderungen nachentrichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 5

M 5
alt, für Fälle bis 30.3.05

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den ...

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer xy
freiwillige Versicherung für mich ab xx.xx.xx

Sehr geehrte Damen und Herren,

am xx.xx.xx wurde mein Sohn/meine Tochter xy geboren. Da eine Familienversicherung über den Vater des Kindes bzw. über die Großeltern nicht möglich ist, hatte ich bei Ihnen für mich eine freiwillige Weiterversicherung ab xx.xx.xx (Geburt meines Kindes) beantragt, um den Versicherungsschutz meines Babies sicherzustellen.

Mein Antrag wurde von Ihnen mit dem Hinweis abgelehnt, ich selber habe –vermutlich bis zum 23. Lebensjahr – Anspruch auf Familienversicherung über meine Mutter/meinen Vater und somit keine Möglichkeit, für mich eine freiwillige Versicherung abzuschließen. Eine freiwillige Versicherung für mein Baby sei nicht möglich, da dies die nötigen Vorversicherungszeiten nicht erfüllt.

Mit Ihrer Entscheidung bin ich nicht einverstanden, da ich mich gegenüber den gesetzlichen Möglichkeiten für StudentInnen benachteiligt fühle:

Eine Studentin mit Familienversicherungsanspruch und eigenem Kind, welches nicht anderweitig versichert werden kann, hat gemäß § 5 (7) SGB V die Möglichkeit der Wahl zwischen der Fortführung der (kostenlosen) Familienversicherung und Eintragung der (kostenpflichtigen) Krankenversicherung der Studenten. Diese Wahlmöglichkeit gibt es explizit nur dann, wenn entweder der Ehegatte der Studentin oder das Kind der Studentin nicht versichert sind.

In Ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 12.6.03 wird diese Regelung unter 1.5.2 mit einigen Beispielen belegt.

Leider verfüge ich nicht über die Zugangsvoraussetzungen zur Aufnahme eines Studiums. Ich habe lediglich meinen Hauptschulabschluss / Realschulabschluss ... geschafft. Lt. Artikel 3 des Grundgesetzes „sind alle Menschen vor dem Gesetz gleich". Auch für mich muss damit eine entsprechende Möglichkeit geschaffen werden, den Versicherungsschutz für mein Baby sicherzustellen. Von Ihnen wurde ich dahingehend an das Sozialamt verwiesen. Dort muss ich jeden Krankenschein beantragen, weiterhin bin ich in jeder Arztpraxis sofort als Sozialhilfeempfängerin zu erkennen.

Ich bitte daher erneut um Eröffnung einer freiwilligen Versicherung ab xx.xx.xx für mich (die Unterlagen liegen Ihnen bereits vor) und Aufnahme meines Kindes in die Familienversicherung. Sollte diesem Antrag von Ihnen nicht stattgegeben werden, betrachten Sie dieses Schreiben bitte als W i d e r s p r u c h.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 5

M 5
neu, für Fälle ab 30.3.05

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den ...

auch für Pflege- und Stiefkinder, wenn deren Elternteil(e) selber noch familienversichert ist/sind

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer xy
Versicherungsschutz für mein Baby ab xx.xx.xx (Geburt)

Sehr geehrte Damen und Herren,

am xx.xx.xx wurde mein Sohn/meine Tochter xy geboren. Da eine Familienversicherung über den Vater des Kindes nicht möglich ist und ich selber noch familienversichert über meine Mutter/meinen Vater bin, kommt für mein Kind eine Familienversicherung über die Großmutter/den Großvater in Betracht.

Mein Antrag wurde von Ihnen mit dem Hinweis abgelehnt, dass weder von der Großmutter noch von dem Großvater der überwiegende Unterhalt für das Enkelkind erbracht wird.

Mit Ihrer Entscheidung bin ich nicht einverstanden, da die Vorschriften des § 10 mit Wirkung vom 30.3.05 geändert wurden. Nunmehr sind auch die Kinder von familienversicherten Kindern ohne weitere Prüfungen in die Familienversicherung aufzunehmen. Der überwiegende Unterhalt ist in diesen Fällen nicht Voraussetzung für die Eintragung der Familienversicherung.

Ich bitte daher um Eintragung der Familienversicherung für mein Kind xy ab Geburt. Die Erklärung zur Familienversicherung liegt Ihnen bereits vor.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
1000 Berlin, den

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer: xy
Freiwillige Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx – Ende der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung wegen Zahlungsverzug – lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Ich bin der Meinung, dass mir nicht genügend Zeit gegeben wurde, die offenen Beiträge nachzuentrichten. Ich erfuhr erstmals aus Ihrem Schreiben vom xx.xx.xx (Kontostandsmitteilung), dass mit meinem Beitragskonto etwas nicht in Ordnung sei. Ich verstand dieses Schreiben nicht als Zahlungsaufforderung, weil mir dort keine Zahlungsfrist gesetzt wurde.

Auch der Hinweis im 3. Absatz, „sollte bereits ein voller Monatsbeitrag offen sein ... würde Ihre Versicherung erlöschen" war für mich nicht klar: War zu diesem Zeitpunkt der Beitrag offen oder nicht? Auch mit der Übersicht Saldo und Gutschriften konnte ich leider nichts anfangen.

Ich reichte dieses Schreiben dann vorsichtshalber zur nächstmöglichen Sprechstunde beim Sozialamt ein, welches den offenen Betrag am xx.xx.xx in das Buchungssystem eingab. Wie ich dann von meiner Sachbearbeiterin erfuhr, wurde am xx.xx.xx (die Buchungen erfolgen nur 1x wöchentlich jeweils am Mittwoch) dann von dort ein Betrag i.H.v. € xx (Beitrag vom xx.xx.xx – xx.xx.xx) an Sie überwiesen, Ende (Monat/Jahr) dann der Beitrag für (Monat/Jahr) im voraus.

Trotzdem erhielt ich mit Datum vom xx.xx.xx von Ihnen ein Mahnschreiben (zu diesem Zeitpunkt war der offene Gesamtbetrag bereits auf Ihrem Konto), in dem zwar ein Säumniszuschlag erhoben wurde, ich aber nicht auf die Rechtsfolgen von offenen Beiträgen hingewiesen wurde. Mit gleichem Datum (ebenfalls vom xx.xx.xx) erhielt ich bereits die Mitteilung über das Ende meiner freiwilligen Versicherung rückwirkend zum xx.xx.xx. In diesem Bescheid wurde ich erstmals auf die Rechtsfolgen hingewiesen, in dem der Wortlaut der angegeben Vorschriften zitiert wurde.

Ich verweise auf das Urteil des BSG vom 27.1.2000, B 12 KR 21/99 B, aus dem hervorgeht, dass säumigen Beitragszahlern mit tauglichen Hinweisen auf die Folgen ausreichend Zeit zur Nachentrichtung der Beiträge gegeben werden muss.
Die offenen Beiträge meines Beitragskontos wurden deutlich vor Erlass Ihres Schreibens „Mahnung/gleichzeitige Beendigung der Mitgliedschaft" angewiesen und sogar bei Ihnen gebucht.

Ich bitte nunmehr um Erlass eines klagefähigen Widerspruchsbescheides, da ich bei Ablehnung Klage vor dem Sozialgericht erheben werde..

Mit freundlichen Grüßen

Kündigung wegen Beitragsrückständen, HE hat Mahnschreiben/Kündigung nicht erhalten

1) Von der KK Kopien der von dort abgesandten Mahn- bzw. Kündigungsschreiben anfordern. Das muss HE selber tun, daher:

Anna Mustermann
...
...

An XY-Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei einem Besuch in Ihrer Geschäftsstelle habe ich zufällig erfahren, dass meine Mitgliedschaft von Ihnen wegen Beitragsrückständen bereits beendet wurde. Diese Mitteilung hat mich erstaunt und entsetzt, da ich von Ihnen keinerlei Post hinsichtlich dieser Kündigung erhalten habe. Um mir überhaupt Klarheit zu verschaffen bitte ich daher um Übersendung von Kopien der angeblich an mich von Ihnen abgesandten Schreiben, die das Mahnverfahren bzw. die Kündigung betreffen.

Bitte senden Sie die Kopien an meine Sachbearbeiterin xy im Sozialamt xy, Stellenzeichen xy. Von dort wurde mir signalisiert, dass rückständige Beiträge als Beihilfe übernommen werden können.

Mit freundlichen Grüßen

2) Wenn die Kopien dann eingegangen sind, folgend reagieren:

Anna Mustermann
An XY-Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen die von Ihnen angeblich mit Schreiben vom xx.xx.xxxx ausgesprochene Kündigung meiner freiwilligen Krankenversicherung lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Ich verweise hierzu auf ein Urteil des BSG vom 27.1.2000, - B 12 KR 21/99 B - , in welchem das Gericht feststellt, dass säumigen Beitragszahlern mit tauglichen Hinweisen auf die Folgen ausreichend Zeit zur Nachentrichtung der Beiträge gegeben werden muss.

Da ich, wie ich Ihnen schon mit Schreiben vom xx.xx.xxxx mitgeteilt habe, die jetzt an den Sozialhilfeträger übersandten Schreiben nicht erhalten habe, war es mir nicht möglich, entsprechend zu reagieren.

Ich bitte deshalb um Wiederaufnahme in die freiwillige Krankenversicherung.

Wie Sie beigefügter Bescheinigung entnehmen können, ist das Bezirksamt xy bereit, die ausstehenden Beiträge für mich zu übernehmen, wenn die Versicherung wieder auflebt.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 8

M 8
alt, für Fälle bis 31.12.04

Anna Mustermann
...
...

An
Musterkrankenkasse
KV-Nr. ...

Ablehnung freiwillige KV

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx lege ich Widerspruch ein /
ich bitte um Überprüfung gem. § 44 SGB X Ihres Bescheides vom xx.xx.xx

Ich bin als Spätaussiedlerin im Jahre xxxx nach Deutschland gekommen und habe hier meinen Wohnsitz genommen. Aufgrund meiner Anerkennung als Spätaussiedlerin (§ 4) wurde ich bei Ihnen ab xx.xx.xx freiwillig krankenversichert. Diese freiwillige Versicherung konnte ich nur deshalb begründen, da ich gem. § 10 Fremdrenten- und Auslandrentengesetz mein Versicherungsverhältnis aus meinem Heimatland fortsetzen konnte. Selbst wenn in meinem Heimatland wegen einer dort nicht ordnungsgemäß geregelten Krankenversicherung kein Versicherungsverhältnis bestanden hätte, würde mir hier die Möglichkeit der gesetzlichen freiwilligen Versicherung gegeben werden.

Nach 3 Monaten freiwilliger Versicherung bei Ihnen konnte ich eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, die mir leider nach 5 Monaten wieder gekündigt wurde. Ansprüche beim Arbeitsamt habe ich nicht erworben, sodass ich bei Ihnen erneut die freiwillige Versicherung beantragte. Diese wurde mit Hinweis auf fehlende Vorversicherungszeiten (VVZ) abgelehnt. Gegen diese Entscheidung verwehre ich mich:

Dem § 9 SGB V entnehme ich keine Spezialregelung für Spätaussiedler. Dort sind die Bedingungen für eine freiwillige Versicherung geregelt; diese ist nur möglich, wenn bestimmte VVZ erfüllt sind. Diese VVZ werden für Spätaussiedler/ -innen im § 10 Fremdrenten- und Auslandsrentengesetz entweder durch ein Versicherungsverhältnis im Heimatland (tatsächliche VVZ, Gleichstellung mit Versicherungszeiten im Heimatland) oder sogar durch eine fiktive VVZ, wenn im Heimatland keine geregelte KV möglich war, erfüllt.

Die Voraussetzungen haben sich nicht geändert: Wenn zum Zeitpunkt meiner Wohnsitznahme die VVZ durch Anrechnung bzw. fiktiv erfüllt waren, dann sind sie es heute weiterhin, die Tatsache meiner zwischenzeitlichen Pflichtversicherung hat daran nichts geändert.

Ich bitte daher um Aufnahme in die freiwillige KV ab xx.xx.xx. Ich bitte um Übersendung einer Durchschrift des Bescheides und ggfs. weiterem nötigen Schriftwechsel an meine Sachbearbeiterin xy im Sozialamt xy, Stellenzeichen xy. Von dort wurde mir die Übernahme der bereits aufgelaufenen Beiträge zugesichert.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 8

M 8
neu, für Fälle ab 1.1.05

Anna Mustermann
...
...

An
Musterkrankenkasse
KV-Nr. ...

Ablehnung freiwillige KV

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx lege ich Widerspruch ein /
ich bitte um Überprüfung gem. § 44 SGB X Ihres Bescheides vom xx.xx.xx

Ich bin als Spätaussiedlerin im Jahre xxxx nach Deutschland gekommen und habe hier meinen Wohnsitz genommen. Aufgrund meiner Anerkennung als Spätaussiedlerin (§ 4) / Ehegatte/Abkömmling (§ 7) BVFG wurde ich bei Ihnen ab xx.xx.xx freiwillig krankenversichert. Diese freiwillige Versicherung konnte ich nur deshalb begründen, da ich gem. § 9 (7) SGB V mein Versicherungsverhältnis aus meinem Heimatland fortsetzen konnte.

Nach 3 Monaten freiwilliger Versicherung bei Ihnen konnte ich eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, die mir nach 5 Monaten krankheitsbedingt wieder gekündigt wurde. Ich bin leider nicht mehr erwerbsfähig, sodass ich keine Ansprüche auf Arbeitslosengeld II habe. Daher habe ich bei Ihnen erneut die freiwillige Versicherung beantragt. Diese wurde mit Hinweis auf fehlende Vorversicherungszeiten (VVZ) abgelehnt. Gegen diese Entscheidung verwehre ich mich:

Dem § 9 SGB V entnehme ich im Absatz 1 Nr. 7 eine Spezialregelung für Spätaussiedler. Dort sind die Bedingungen für eine freiwillige Versicherung geregelt; diese ist bei erstmaliger Beantragung nach Wohnsitznahme im Inland nur möglich, wenn eine vorherige Versicherung im Herkunftsland fortgesetzt wird. Meine Mitgliedszeiten in meinem Herkunftsland werden daher den sonst für eine freiwillige Versicherung gem. § 9 SGB V nötigen Vorversicherungszeiten gleichgesetzt.

Diese Voraussetzungen haben sich nicht geändert: Wenn zum Zeitpunkt meiner Wohnsitznahme die VVZ durch Anrechnung erfüllt waren, dann sind sie es heute weiterhin, die Tatsache meiner zwischenzeitlichen Pflichtversicherung hat daran nichts geändert.

Ich bitte daher um Aufnahme in die freiwillige KV ab xx.xx.xx. Ich bitte um Übersendung einer Durchschrift des Bescheides und ggfs. weiterem nötigen Schriftwechsel an meine Sachbearbeiterin xy im Sozialamt xy, Stellenzeichen xy. Von dort wurde mir die Übernahme der bereits aufgelaufenen Beiträge zugesichert.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 9 M 9

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den

An
Musterkrankenkasse

Eintragung meiner Familienversicherung / der Familienversicherung für meine Tochter / meinen Sohn xy für den Zeitraum ab/vom xx.xx.xx

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihr Schreiben / Ihren mündlichen Bescheid vom xx.xx.xx (Ablehnung der rückwirkenden Eintragung der o.a. Familienversicherung) lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Soweit mir bekannt ist, werden die Bedingungen für eine Familienversicherung im § 10 SGB V geregelt. Dort lese ich: „Versichert **sind** der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen ...". Unter 1. – 5. werden dann die Bedingungen benannt, die für die Eintragung der Familienversicherung erfüllt sein müssen.

Entsprechend dem Wortlaut des § 10 entsteht daher die Familienversicherung **per Gesetz** und **nicht auf Antrag**, wie mir fälschlich von Ihnen erklärt wurde. Dies wird im „Einheitlichen Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung", „Melde Vf-FV" unter Punkt 5, hier: 5.1 auch dahingehend dokumentiert.

Ich habe Ihnen deshalb eine Erklärung zur Familienversicherung mit den für Sie nötigen Angaben zur Durchführung für den relevanten Zeitraum beigefügt. Ich gehe davon aus, dass die Voraussetzungen erfüllt sind und bitte nunmehr um Eintragung der Familienversicherung für den o.a. Zeitraum.

Bitte übersenden Sie mir sodann eine korrigierte Mitgliedsbescheinigung.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den

An
Musterkrankenkasse

Freiwillige Versicherung für mich [mein Kind xy]
Mitgl.nr. xxx

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx lege ich

Widerspruch

ein.

Die Vorschriften zur Antragstellung einer freiwilligen Versicherung gem. § 9 SGB V sind mir bekannt. Um die dort enthaltenen Fristen einhalten zu können, ist es nötig, nach dem Ende einer Pflicht- bzw. Familienversicherungen die Möglichkeit zur freiwilligen Weiterversicherung als solche zu kennen.

Mit Inkrafttreten des SGB V zum 1.1.89 wurden daher die Mitteilungspflichten der Krankenkassen gem. der §§ 13 und 14 SGB I im Gemeinsamen Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften vom 9.12.1988 unter Punkt 4 konkretisiert. Hier heißt es u.a.: „Im Hinblick auf die zeitliche Beschränkung ... **sind** die Versicherten in den einschlägigen Fällen auf die Möglichkeiten des freiwilligen Beitritts hinzuweisen, damit sie auf diesem Wege für die Zukunft weitere Leistungsansprüche sichern können".

Die Formulierung gibt den Krankenkassen keinen Ermessensspielraum; weiterhin hat die Benachrichtigung unaufgefordert zu erfolgen, da der Inhalt der Vorschrift sonst keinen Sinn ergeben würde.

Ich hatte auf diese Vorschrift bereits in meinem Schreiben vom xx.xx.xx hingewiesen, leider sind Sie in Ihrem Antwortschreiben vom xx.xx.xx auf **Ihre** Mitteilungspflichten in keinster Weise eingegangen (, sondern haben lediglich auf Mitteilungen anderer Sozialleistungsträger hingewiesen. Ob Ihr Mitglied von anderen Stellen unterrichtet wurde, kann hier dahingestellt bleiben, da **Ihre** Mitteilungspflichten explizit geregelt sind – (*AOK verweist hier z.B. nach Ende Alg/Alhi auf die erfolgte Mitteilung des Arbeitsamtes*)).

[In o.a. Fall hätte aber auch die Kenntnis Ihres Mitgliedes von dem Ende der Mitgliedschaft nicht ausgereicht, da sein familienversichertes Kind, mein Sohn xx/meine Tochter xy/ ich als getrennt lebende Ehefrau nicht in seinem Haushalt lebt/lebe und daher einen eigenen Benachrichtigungsanspruch hat/habe. Im o.a. Rundschreiben wird die Benachrichtigungspflicht nicht nur gegenüber dem **Mitglied,** sondern explizit gegenüber den **Versicherten** festgelegt. Dies gilt somit auch für familienversicherte Angehörige, welche damit einen eigenen Anspruch auf Mitteilung über das Ende der Versicherung haben. Diese Benachrichtigung ist von Ihnen nicht erfolgt, sodass die Voraussetzungen des § 27 SGB X eindeutig gegeben sind].

(Ihre Hinweise auf die zitierten Urteile gehen fehl: Das Urteil des BSG stammt aus dem Jahr 1972. Zu dieser Zeit galten die Vorschriften der RVO, das heute gültige SGB V trat erst zum 1.1.89 in Kraft. Wie oben angeführt, wurde die Benachrichtigungspflicht mit Inkrafttreten des SGB V völlig neu geregelt. Auch das 2. von Ihnen zitierte Urteil des LSG Berlin geht daher fehl, da es lediglich das BSG-Urteil zitiert und keine eigene neue Entscheidung auf der Grundlage des nunmehr geltenden SGB V trifft.)

Weiterhin verweise ich auf die Urteile L 15 KR 31/01 des LSG Berlin vom 3.9.03 und L 2 KR 27/02 des LSG Saarbrücken vom 18.2.04.

Ich gehe daher davon aus, dass die Voraussetzungen des § 27 SGB X gegeben sind und bitte um Aufnahme in die freiwillige Versicherung für mich/mein Kind xy ab dem xx.xx.xx. Die aufgelaufenen Beiträge werden selbstverständlich nachentrichtet, ein Antragsformular anbei.

Ich bitte um Übersendung eines rechtsmittelfähigen Widerspruchsbescheides, da ich im Falle einer Ablehnung die Angelegenheit gerichtlich klären lassen möchte.

Mit freundlichen Grüßen

Muster 11

M 11
alt, für Fälle AOK Berlin vor dem 1.4.03
bzw. Wechsel zu anderer AOK vor dem 1.11.04

Anna Mustermann
Musterstr.
11111 Berlin, den

AOK Berlin
ÜKD-....., Mitgliedsnummer:
Wilhelmstr. 1

10947 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx (Ende meiner Kranken- und Pflegeversicherung) lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Mein Widerspruch richtet sich gegen das von Ihnen festgesetzte Ende meiner freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung.

Wie Ihnen bekannt ist, war ich freiwillig bei Ihnen versichert und mein Mann xy über mich familienversichert. Zum xx.xx.xx fand mein Mann endlich Arbeit, nun ist er pflichtversichert und ich habe Anspruch auf Familienversicherung über meinen Ehemann. Meine freiwillige, kostenpflichtige Versicherung ist damit seit dem xx.xx.xx nutzlos geworden.

Es macht keinen Sinn, dass sowohl mein Mann (für den Sie Beiträge erhalten) als auch ich bei Ihnen jeweils einzeln versichert sind, wenn für einen von beiden Anspruch auf kostenlose Familienversicherung besteht. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und für diesen Fall den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, in ihren Satzungen diesen Tatbestand zu berücksichtigen. Alle mir bekannten Krankenkassen (ich habe mich telefonisch bei allen in Berlin ansässigen Kassen erkundigt) haben ihre Satzungen dahingehend geändert, dass sie ihre freiwilligen Mitglieder bei Anspruch auf Familienversicherung (auch bei einer anderen Kasse) ohne jegliche Kündigungsfristen ab dem Zeitpunkt des Anspruch aus der freiwilligen Versicherung entlassen.

Die AOK Berlin tut dies offensichtlich nicht, sondern besteht auf die Entrichtung der Beiträge bis zum Ende der Kündigungsfrist. Allerdings entnehme ich Ihrer Satzung, dass diese Regelung „nur bei Austritt" gilt, d.h., nur dann, wenn die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse fortgesetzt werden soll. Dies ist in unserer Familie nicht der Fall. Mein Mann ist bei Ihnen Mitglied geblieben, ich auch – es tritt also niemand aus.

Der Absatz 4 des § 175 SGB V ist ganz offensichtlich für die Fälle gedacht, die ihre Mitgliedschaft bei einer Kasse beenden und zu einer anderen Kasse wechseln möchten, nicht aber für die Fälle, bei denen sich bei der gleichen Kasse eine Veränderung des Status ergibt.

Ich bitte daher um Beendigung meiner Mitgliedschaft zum xx.xx.xx, da ich ab xx.xx.xx Anspruch auf Familienversicherung über meinen Ehemann habe. Ich darf noch hinzufügen, dass es in meinem Bekanntenkreis einen Fall gibt, bei dem die AOK Berlin völlig ohne Probleme die freiwillige Mitgliedschaft ab Anspruch Familienversicherung beendet hat – ohne Kündigungsfristen. Allerdings hat diese Familie keine Sozialhilfe bezogen – dies ist offensichtlich die Unterscheidung, die Sie treffen.

Die Angelegenheit ist mir sehr wichtig, ich bitte daher um einen rechtsmittelfähigen Widerspruchsbescheid, da ich die Angelegenheit bei Ablehnung gerichtlich klären lassen möchte. Bitte schicken Sie eine Durchschrift des Bescheides sowie des ggfs. in dieser Angelegenheit nötigen künftigen Schriftwechsels an meine Sachbearbeiterin im Sozialamt xy, Fr. xy, Soz xy.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
19999 Berlin

AOK
Studentenservice
Wilhelmstr. 1

10957 Berlin

Aufnahme in die Pflichtversicherung als Auszubildende des 2. Bildungsweges

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem xx.xx.xx besuche ich den Lehrgang zum nachträglichen Erwerb des erw. Hauptschulabschlusses / Realschulabschusses /Abiturs bei der VHS xy / xy-Bildungseinrichtung (Nachweis anbei). Wie ich erst jetzt erfahren habe, besteht seit dem Beginn der Maßnahme für mich die Möglichkeit der Pflichtversicherung als Auszubildende des 2. Bildungsweges gem. § 5 (1) Nr. 10 (2. Halbsatz) SGB V.

Ich bin an einem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung sehr interessiert. Ich bitte daher um Aufnahme in Ihre Krankenkasse (Wahlrechtserklärung anbei). Die Beiträge ab dem xx.xx.xx (Beginn der Maßnahme) entrichte ich selbstverständlich nach. Bitte übersenden Sie mir recht bald die Beitragseinstufung. Hinsichtlich der Bafög-Förderungsfähigkeit habe ich einen Auszug aus der Broschüre „Ausbildungsförderung" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung beigefügt.

Vielen Dank und freundliche Grüße

Bezirksamt xy von Berlin
Abteilung xy
Sozialamt

Bezirksamt xy, 10000 Berlin (Postanschrift)

Muster 13 **M 13**

An
Musterkrankenkasse

Bearbeiter/in	Telefon (030)	Telefax (030)	Datum	Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

Erstattungsanspruch gem. § 105 SGB X für A. Mustermann, geb. 17.4.74

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie bereits telefonisch besprochen, habe ich den Vorgang geprüft. Infrage kommt für uns in diesem Fall eine Leistungspflicht gem. § 48ff SGB XII (Krankenhilfe). Lediglich die Tatsache, dass Hr. Mustermann zum Zeitpunkt Ihrer unzuständigen Leistungen Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherungsleistungen erhalten hat, impliziert keineswegs, dass der Träger der Sozialhilfe Kenntnis der Leistungspflicht Krankenhilfe gehabt hat. Salopp ausgedrückt: Leistungspflicht in der Sozialhilfe ist nicht für jeden und immer grundsätzlich in jedem Fall gegeben – wenn beispielsweise keine Mietrückstände bestehen, besteht dafür auch keine Leistungspflicht (das ist bei Ihnen nicht anders, auch die Krankenkasse hat unterschiedliche Leistungspflichten, so werden Sie vermutlich einem männlichen Mitglied niemals Mutterschaftsgeld gewähren, auch wenn diese Leistung grundsätzlich in Ihren Leistungskatalog fällt).

§ 18 SGB XII stellt klar, dass Sozialhilfe erst zu gewähren ist, sobald dem zuständigen Träger die Voraussetzungen für die Gewährung bekannt werden. Dadurch wird weitgehend die Geltendmachung von Sozialhilfe für vergangene Zeiträume ausgeschlossen (vgl. BVerwG, Urteil v. 10.5.1979 – 5 C 79/77, weiterhin Urteile OVG NW 22 A 387/97 vom 6.9.99 und BVerwG 5 C 35.99 vom 15.6.2000).

Hr. Mustermann hat in seinem Sozialhilfe-Antragsbogen im Feld „Krankenversicherung" die Angabe „xy-Krankenkasse" gemacht, sodass in diesem Fall grundsätzlich von einer Leistungspflicht Ihrerseits ausgegangen wurde. Die Voraussetzungen für eine Gewährung der Sozialhilfeleistung Krankenhilfe waren somit nicht gegeben (Krankenhilfe ist eine Sozialhilfeleistung, die lediglich dem Personenkreis zusteht, der über keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügt).

Verkehrsverbindungen zum Dienstgebäude Bürohochhaus Steglitzer Kreisel (Schloßstr. 80):

148, 170, 180, 183, 185, 186, 188, 283, 383 U Rathaus Steglitz (U 9) und S Rathaus Steglitz (S 1)

Schloßstr. 80 - Parkhaus: Schloßstr. 78

Erst mit Beantragung eines „Krankenscheines" am 23.1.2001 durch Hr. M. beim damals zuständigen Sozialamt xy erlangte der Träger der Sozialhilfe Kenntnis von seiner Leistungsverpflichtung (Krankenhilfe gem. § 48ff SGB XII). Die von Ihnen unzuständig erbrachten Leistungen erfolgten am 2.1.01 und am 16.1.01, also **vor** Kenntnisnahme des Trägers der Sozialhilfe.

Der § 105 sieht im Absatz 3 eine Spezialregelung für die Erstattungspflicht u.a. der Träger der Sozialhilfe vor: Diese setzt erst mit Kenntnisnahme der Leistungspflicht ein. Diese Kenntnisnahme war hier nicht gegeben.

Im übrigen darf ich auf das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 10.3.1983 verweisen. Unter Punkt 2 wird explizit auf Erstattungsansprüche gem. § 105 SGB V eingegangen. Dort heißt es u.a.: „Werden Leistungen nämlich trotz Kenntnis des möglichen zuständigen Leistungsträgers erbracht, so kommt ein Erstattungsanspruch nicht in Betracht. ... Insofern ist es geboten, ... die eigene Zuständigkeit in sachgerechter Weise zu prüfen.

Dies ist hier offensichtlich nicht geschehen. Der mir übersandten Mitgliedsbescheinigung entnehme ich, dass die Mitgliedschaft von Hr. Mustermann (freiwillige Versicherung gem. § 9 SGB V) am 15.11.00 endete. Die von Ihnen unzuständig erbrachten Leistungen erfolgten am 2.1.01 und am 16.1.01, also mindestens 6 Wochen nach dem Ende der Mitgliedschaft. Da es sich um eine freiwillige Mitgliedschaft handelte, die entweder von Ihnen oder von Hr. Mustermann gekündigt worden sein muss, hatten Sie zumindest ab dem 15.11.00 Kenntnis von dem Ende der Mitgliedschaft und hätten daher in 1/01 Ihre Leistungsverpflichtung prüfen können.

Die Tatsache, dass die gesetzlichen Krankenversicherer eine Sperrbarkeit der Versichertenkarten, die technisch möglich wäre, nicht in die Wege geleitet haben, kann nicht zu Lasten der Träger der Sozialhilfe gehen.

Nach Würdigung aller Umstände verbleibt es daher bei der Ablehnung Ihres Erstattungsanspruches (Entscheidung unserer Abteilung Sozialwesen vom 6.9.02).

Es steht Ihnen frei, Ihre Ansprüche im Rahmen des § 50 SGB X bei Hr. Mustermann geltend zu machen.

Mit freundlichen Grüßen

Bezirksamt xy von Berlin
Abteilung Sozialwesen
Sozialamt

Bezirksamt xy, 10000 Berlin (Postanschrift)

Muster 14 **M 14**

An

Musterkrankenkasse

Bearbeiter/in	Telefon (030)	Telefax (030)	Datum	Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

Erstattungsanspruch gem. § 105 SGB X für A. Mustermann, geb. 27.6.64

Sehr geehrte Damen und Herren,

der o.a. Erstattungsanspruch wird von mir abgelehnt.

Der mir vorliegenden Mitgliedsbescheinigung entnehme ich, dass die Mitgliedschaft von Hr. Mustermann am 15.12.99 endete. Die von Ihnen unzuständig erbrachten Leistungen erfolgten am 5.4.01, also fast 1 Jahr und 4 Monate nach dem Ende der Mitgliedschaft. Aus Ihrer Mitgliedsbescheinigung geht lediglich eine Mitgliedschaft nach § 5 (1) SGB V hervor; ich gehe davon aus, dass es sich um eine Pflichtversicherung nach Nr. 1, also über einen Arbeitgeber, handelte.

Auch wenn nicht verkannt wird, dass Abmeldungen von Arbeitgebern zeitverzögert erfolgen und Sie somit verspätet Kenntnis bekommen, so wären Sie in der Lage gewesen, bei Ausbleiben der Überweisungen der SV-Beiträge durch den Arbeitgeber bereits nach 1 Monat den Sachverhalt zu klären.

Ich verweise hier auf das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 10.3.1983. Unter Punkt 2 wird explizit auf Erstattungsansprüche gem. § 105 SGB X eingegangen. Dort heißt es u.a.: „Werden Leistungen nämlich trotz Kenntnis des möglichen zuständigen Leistungsträgers erbracht, so kommt ein Erstattungsanspruch nicht in Betracht. ... Insofern ist es geboten, ... die eigene Zuständigkeit in sachgerechter Weise zu prüfen."

Verkehrsverbindungen zum Dienstgebäude Bürohochhaus Steglitzer Kreisel (Schloßstr. 80):

148, 170, 180, 183, 185, 186, 188, 283, 383 U Rathaus Steglitz (U 9) und S Rathaus Steglitz (S 1)

Schloßstr. 80 - Parkhaus: Schloßstr. 78

Dies ist hier offensichtlich nicht geschehen. Die Tatsache, dass die gesetzlichen Krankenversicherer eine Sperrbarkeit der Versichertenkarten (vergleichbar der EC-Karten), die technisch möglich wäre, bislang nicht in die Wege geleitet haben, kann nicht zu Lasten der Träger der Sozialhilfe gehen.

Es steht Ihnen frei, Ihre Ansprüche im Rahmen des § 50 SGB X bei Hr. Mustermann geltend zu machen.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstadt

An Musterkrankenkasse

Familienversicherung für xy
Rückwirkende Stornierung, freiwillige Weiterversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom xx.xx.xxxx teilen Sie mir mit, dass die Familienversicherung für mich (*ggf. und für meine Kinder x und z*) rückwirkend zum xx.xx.xxxx storniert wird, weil der Hauptversicherte – mein getrennt lebender Ehemann und Vater des/r Kindes/r nicht mehr bei Ihnen versichert ist (*alternativ: am xx.xx.xxxx verstorben ist*).
Alternativ: Weil ich seit dem xx.xx.xxxx rechtskräftig geschieden bin
Mein Antrag auf freiwillige Weiterversicherung wurde wegen Fristversäumnis abgelehnt.

Gegen Ihre Entscheidung(en) lege ich

Widerspruch

ein.

Begründung:

Zu Beginn meiner Familienversicherung (*der Familienversicherung des/der Kindes/er*) haben Sie aufgrund der von meinem Mann ausgefüllten und bei Ihnen eingereichten Erklärung zur Familienversicherung (*alternativ: von mir für meine Kinder aufgrund des Getrenntlebens ausgefüllten Erklärung zur Familienversicherung*) die Familienversicherung gem. § 289 SGB festgestellt und in das Versichertenverzeichnis eingetragen.

Ferner wurde die Feststellung der Voraussetzungen zur Familienversicherung auch noch durch die „Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung“ (sog. Fami-Meldegrundsätze) für Sie verbindlich geregelt. Denn der Gesetzgeber hat dies ausdrücklich gem. § 10 Abs. 6 SGB V dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen. Diese sog. Fami-Meldegrundsätze sehen gem. § 4 auch eine regelmäßige Überprüfung der Voraussetzungen für die Familienversicherung vor.

Somit muss der Verwaltungsvorgang nun im umgekehrten Fall – wenn eine Familienversicherung

beendet werden soll – erneut von Ihnen vorgenommen werden und auch festgestellt werden.

Dies hat auch das LSG Bayern am 29.6.06 so entschieden (L 4 KR 359/05):
„Es bedurfte im vorliegenden Fall nämlich einer Verwaltungsentscheidung der Beklagten, aus der hervorging, dass die Familienversicherung beendet war, denn § 10 SGB V enthält keine des Selbstvollzuges fähige Regelung, sondern bedarf der rechtsstaatsgemäßen Umsetzung durch die Verwaltung. Diese wird ermächtigt und verpflichtet, unter anderem die Anspruchsvoraussetzungen der Familienversicherung zu prüfen sowie bei Verneinung einen entsprechenden, die Familienversicherung ablehnenden Verwaltungsakt zu erlassen (vgl. hierzu § 289 SGB V)."
Ebenso das BSG in seiner Entscheidung 4 RK 1/94 vom 16.11.95: „Einen Selbstvollzug des Gesetzes gibt es im Sozialverwaltungsrecht - also auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung - grundsätzlich nicht".

Selbst wenn es zu Beginn meiner Familienversicherung (*der Familienversicherung für mein/e Kind/er*) keinen Verwaltungsakt über den Beginn der Familienversicherung gegeben haben sollte, sondern von Ihnen lediglich die Versichertenkarte mit einem Anschreiben übersandt wurde, mag die rückwirkende Aufhebung der Familienversicherung korrekt sein:
In dieser Konstellation müssen Sie lediglich die besonderen Bestimmungen der §§ 45 oder 48 SGB X nicht beachten, haben aber dennoch eine Entscheidung hierüber zu treffen. Und genau diese von Ihnen zu treffende Entscheidung über das Nichtbestehen der Voraussetzungen für die Familienversicherung eröffnet im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches die 3 Monatsfrist für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung. Der Zeitpunkt, ab wann die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht mehr vorgelegen haben, ist hier nicht relevant für die 3 Monatsfrist, sondern einzig und allein das Datum Ihrer Feststellung. Denn das BSG hat dazu in seinem Urteil B 10 KR 3/99 R am 7.12.2000 für genau diese Fallkonstellationen festgestellt:

„In den Fällen der rückwirkenden Beendigung der Familienversicherung dürfte diese Regelung in der Form anzuwenden sein, dass die Dreimonatsfrist erst mit der Bekanntgabe des entsprechenden Bescheides beginnt, nicht jedoch bereits zu dem, in der Vergangenheit liegenden, Zeitpunkt des Beginns der Rückwirkung. Denn ein Anlass für die Ausübung jenes Gestaltungsrechts besteht erst mit der Entscheidung der Krankenkasse über die rückwirkende Beendigung der Familienversicherung (vgl zu einer entsprechenden Fallkonstellation Senatsurteil vom 17. August 2000 - B 10 LW 22/99 R mwN). Bei Erlass eines die Versicherung - auch rückwirkend - beendenden Verwaltungsakts obläge es dann auch der Krankenkasse, den Betroffenen auf die erläuterte Möglichkeit hinzuweisen; anderenfalls stünde dem Betroffenen uU der sozialrechtliche Herstellungsanspruch zur Seite."

Damit begann die 3-Monatsfrist zur Abgabe der Beitrittserklärung erst mit der Bekanntgabe der rückwirkenden Beendigung der Familienversicherung zu laufen. Mein Antrag auf freiwillige Weiterversicherung wurde daher fristgemäß gestellt. Bitte tragen Sie meine Mitgliedschaft ein und übersenden mir die Beitragseinstufung.

Zusätzliche Variante, wenn es zu Beginn der Fami einen Bescheid gegeben hat:

In meinem speziellen Fall greifen zusätzlich die Vorschriften des SGB X, da Sie die Familienversicherung für mich (*alternativ: für meine Kinder*) mit einem Bescheid festgestellt haben. In dem Schreiben, mit dem die Chipkarte versandt wurde, stellen Sie fest: „Familienversichert ist Ihre Ehefrau xy */ sind Ihre Kinder z und w*". Damit ist dieses Schreiben ein Verwaltungsakt (VA) i.S.d. SGB X.

Eine rückwirkende Aufhebung dieser Mitgliedschaft stellt dann ebenfalls einen Verwaltungsakt dar. Der Umgang mit Verwaltungsakten ist im SGB X geregelt, dort in den §§ 45 bzw. 48 SGB X. In meinem Fall dürfte § 48 SGB X – Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei

Änderung der Verhältnisse – zur Anwendung kommen. Der § 48 SGB X sieht die Aufhebung eines VA für die Zukunft ohne weitere Bedingungen vor – dagegen verwehre ich mich auch nicht. Eine Aufhebung für die Vergangenheit greift - in meinem Fall - nur unter eingeschränkten Bedingungen:

- wenn der Betroffene einer durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist,

- der Betroffene wusste oder nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, dass der sich aus dem Verwaltungsakt ergebende Anspruch kraft Gesetzes zum Ruhen gekommen oder ganz oder teilweise weggefallen ist.

Das ist bei meinem Sachverhalt nicht der Fall. Ich habe mit meinem getrennt lebenden Mann so gut wie keinen Kontakt mehr und hatte daher keine Kenntnis, dass er bei Ihnen nicht mehr versichert ist.

Alternativ: Ich bin zwar seit dem xx.xx.xxxx rechtskräftig geschieden, mir war aber nicht klar, dass ich Ihnen diese Scheidung hätte mitteilen müssen. Ich war auch während der gesamten Zeit des Getrenntlebens weiter über meinen Mann versichert und konnte daher nicht davon ausgehen, dass sich nun mit der Scheidung dahingehend etwas verändert. Dies insbes. deshalb nicht, weil mein Mann auch nach der Scheidung weiterhin unterhaltspflichtig ist und z.B. herangezogen werden würde, wenn ich Sozialleistungen in Anspruch nehmen müsste. Auch habe ich von Ihnen niemals ein Merkblatt o.ä. erhalten, aus dem hervorgeht, welche Veränderungen ich konkret mitzuteilen habe. Ich kann leider nicht abschätzen und entscheiden, welche Veränderungen in meinem Leben für Sie „wesentliche Änderungen der Verhältnisse“ darstellen.

Damit sind die Voraussetzungen des § 48 SGB X für eine rückwirkende Aufhebung nicht gegeben.

Alternativ (wenn das Ende der Fami entweder nicht bekannt gegeben oder aber nicht auf die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung hingewiesen wurde): Mir wurde weder das Ende meiner Familienversicherung bekannt gegeben / noch wurde ich auf die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung hingewiesen. Im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs bin ich daher so zu stellen, als ob dies geschehen wäre und ich daher einen fristgerechten Antrag gestellt hätte.

Ich gehe davon aus, dass meine Familienversicherung bis zur endgültigen Entscheidung bestehen bleibt, denn mein Widerspruch gegen einen Bescheid über das Ende der Familienversicherung hat aufschiebende Wirkung (LSG NRW, L 5 KR 107/11 B ER vom 7.4.11, LSG Hessen, L 1 KR 145/08 B ER, Beschluss vom 21.8.08).

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer: xy
Kündigung der freiwilligen Krankenversicherung wegen Beitragsrückständen

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx – Ende der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung wegen Zahlungsverzug – lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

[wenn Rechtsbehelf auf dem Kündigungsschreiben war und die 1-Monatsfrist abgelaufen ist, dann alternativ um Überprüfung des Bescheides gem. § 44 SGB X bitten]

Mit Schreiben vom xx.xx.xx stellte das Sozialamt xy eine Kostenübernahmeerklärung hinsichtlich der Übernahme der laufenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und Direktüberweisung für die Dauer der Hilfebedürftigkeit für mich aus und übersandte diese Erklärung an Sie. Aufgrund dieser Erklärung wurde zwischen Ihnen und dem Sozialamt ein öffentlich-rechtliches Verhältnis begründet. Daraus ergibt sich, dass Sie dafür Sorge zu tragen hatten, dass die Höhe der Beiträge und die Art der Zusammensetzung dieser Beiträge dem Sozialamt rechtzeitig mitgeteilt werden, damit von dort ordnungsgemäße Überweisungen erfolgen können. Dazu gehört auch die Mitteilung über aufgelaufenen Beitragsrückstände.

Ich habe von Ihnen Mahnschreiben erhalten, allerdings habe ich für mich keinen Handlungsbedarf gesehen, da ich mich auf die Kostenzusicherung des Sozialamtes verlassen habe und verlassen konnte, zumal mir die Krankenversicherungsbeiträge nicht zur Weiterleitung an Sie ausgezahlt wurden.

Ich verweise hinsichtlich meiner Ausführungen auf das Urteil des SG Marburg vom 9.5.95, S – 6/Kr-18/94, welches ich in Kopie beigefügt habe.

Ich gehe daher davon aus, dass meine Mitgliedschaft noch gar nicht beendet ist, da Ihr Verlangen an mich, die Beiträge trotz Vorlage der Kostenübernahme des Sozialamtes zu entrichten, treuwidrig ist. Sie hätten versuchen müssen, die fälligen Beiträge aufgrund der Kostenzusicherung vom Sozialamt zu erlangen.

[Im übrigen weise ich daraufhin, dass mittlerweile sämtliche Rückstände vom Sozialamt an Sie angewiesen wurden]

Ich bitte daher um Übersendung einer Bestätigung über den Fortbestand meiner aktuellen Mitgliedschaft.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den

An die
KKH
Geschäftsstelle xy

Mitgliedsnummer: xy
Kündigung wegen angeblicher Beitragsrückstände

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Datum vom xx.xx.xx erhielt ich von Ihnen ein Schreiben [einen Widerspruchsbescheid], in dem das Ende meiner freiwilligen Mitgliedschaft mitgeteilt [bestätigt] wurde.

Ich bin weiterhin der Ansicht, dass diese Kündigung zu Unrecht erfolgte. Dies wurde mittlerweile in 2 Urteilen des Sozialgerichtes Berlin (S 81 KR 1881/02 vom 4.2.03 und S 81 KR 291/03 vom 5.8.03) bestätigt. Da die KKH ihre rechtswidrige Praxis nach dem Urteil vom 4.2.03 nicht aufgegeben hat, wurden ihr vom Richter im Urteil vom 5.8.03 Mutwillenskosten auferlegt.

Ich bitte daher um Überprüfung Ihres o.a. Bescheides gem. § 44 SGB X, da zum damaligen Zeitpunkt Recht offensichtlich unrichtig angewandt wurde. Ich gehe davon aus, dass meine freiwillige Mitgliedschaft auch über den xx.xx.xx. hinaus von Ihnen weitergeführt wird und die ab xx.xx.xx zu Unrecht festgesetzten Höchstbeiträge zurückgenommen werden. Die Mitgliedsbeiträge, die nach dem Ende meiner Mitgliedschaft bislang aufgelaufen sind, werden vom Sozialamt übernommen. Eine Kostenübernahmeerklärung habe ich beigefügt.

Bitte übersenden Sie eine Durchschrift Ihrer Entscheidung sowie die Aufstellung über die aufgelaufenen Nachzahlungsbeiträge auch an meine(n) Sachbearbeiter(in) Hr. / Fr. xy im Sozialamt xy, Stellenzeichen xy, Anschrift xy.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den .....

xy-Krankenkasse

Freiwilliger Beitritt gem. § 9 (1) Nr. 8 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx (Ablehnung der Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung) lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Sie begründen Ihre Ablehnung mit der Tatsache, dass ich über den 1.1.05 hinaus Leistungen zum Lebensunterhalt durch das Sozialamt erhalte. Dies sei Ausschlussgrund für eine Aufnahme gem. § 9 (1) Nr. 8 SGB V.

Dies sehe ich nicht so und beziehe mich auf den Gesetzestext: Dort wird zur Voraussetzung für eine Aufnahme der Bezug von laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem **BSHG vor dem 1.1.05** gemacht. Diese Voraussetzung ist bei mir erfüllt, der Nachweis liegt Ihnen vor.

Das Gesetz sagt nichts über den Leistungsbezug **nach dem 1.1.05** aus; somit kann die Frage der Leistungen auch nicht relevant sein für eine Entscheidung über die Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung.

Weiterhin darf ich Sie darauf hinweisen, dass das BSHG als Gesetz mit dem 31.12.04 endete. Leistungen nach dem BSHG ab dem 1.1.05 sind daher nicht möglich, ich erhalte Leistungen nach dem SGB XII. Da der § 9 (1) Nr. 8 ausdrücklich das Bundessozialhilfegesetz als Rechtsgrundlage für Hilfen zum Lebensunterhalt ausweist, geht Ihre Auslegung somit fehl.

Ich bitte daher um Aufnahme in die freiwillige KV ab dem xx.xx.xx, eine Kostenübernahme für die Beiträge liegt Ihnen bereits vor / reiche ich hiermit nach.

Sollten Sie meine Aufnahme weiterhin ablehnen, bitte ich um Übersendung eines rechsmittelfähigen Widerspruchsbescheides.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den .....

xy-Krankenkasse

Freiwilliger Beitritt gem. § 9 (1) Nr. 1 SGB V bei vorheriger Mitgliedschaft gem. § 5 (1) Nr. 2a SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx (Ablehnung der Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung) lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Sie begründen Ihre Ablehnung mit dem Inhalt des § 9 (1) Nr. 1 SGB V. Dieser Vorschrift entnehme ich, dass Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II (Alg II) zu Unrecht bezogen wurde, nicht als Vorversicherungszeiten angerechnet werden können.

Ich habe vom xx.xx.xx bis zum xx.xx.xx Alg II bezogen und dies keineswegs zu Unrecht, wie Sie unterstellen. Es ist richtig, dass mittlerweile festgestellt wurde, dass ich nicht erwerbsfähig bin. Allerdings ist dies erst am xx.xx.xx. durch Gutachten des Rentenversicherungsträgers festgestellt worden. Erst diese Feststellung ist gem. § 45 SGB X für die Zuständigkeit bindend. Das vorab erstellte Gutachten des med. Dienstes der Arbeitsagentur hat lediglich Auswirkungen hinsichtlich meiner Vermittelbarkeit im Rahmen der SGB-II-Leistungen.
Zu Beginn meines Leistungsbezuges nach dem SGB II war dies noch nicht festgestellt, die Feststellung wurde vom Job Center xxxx
(Ggfs. Einsetzen *(gem. § 44a SGB II)*)
eingeleitet. Daher erhielt ich bis zu dieser Feststellung völlig korrekt Leistungen nach dem SGB II, die den Leistungen nach dem SGB XII bis zu dieser Feststellung vorgehen (Beschluss des SG Hamburg vom 16.3.05, S 53 SO 84/05 ER).

Die Leistungen, die ich erhalten habe, wurden folgerichtig auch nicht zurückgefordert (es gibt keinen Aufhebungs- oder Rückforderungsbescheid), wie es hätte bei zu Unrecht bezogener Leistung geschehen müssen.

Somit sind die Voraussetzungen des § 9 (1) Nr. 1 – Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung nach dem Ende einer Pflichtversicherung – gegeben.

Ich bitte daher um Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung ab dem xx.xx.xx, eine Kostenübernahme für die Beiträge liegt Ihnen bereits vor / reiche ich hiermit nach.

Sollten Sie meine Aufnahme weiterhin ablehnen, bitte ich um Übersendung eines rechsmittelfähigen Widerspruchsbescheides.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den .....

xy-Krankenkasse

Auflösung / Stornierung meiner Mitgliedschaft gem. § 5 (1) Nr. 2a SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx (Auflösung meiner Mitgliedschaft nach § 5 (1) Nr. 2a SGB V) lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Ich habe vom xx.xx.xx. bis zum xx.xx.xx Leistungen nach dem SGB II (Alg II) bezogen. Mit Bescheid vom xx.xx.xx. / Gutachten vom xx.xx.xx des/der xxxxxxx-Stelle wurde festgestellt, dass ich nicht erwerbsfähig bin. Daher bin ich zum xx.xx.xx aus dem Alg II-Leistungsbezug ausgeschieden.

Gem. § 5 (1) Nr. 2a war ich pflichtversichert in der Zeit, in der ich Leistungen nach dem SGB II bezogen habe. Meine Mitgliedschaft begann gem. § 186 (2a) SGB V mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wurde und endete gem. § 190 (12) SGB V mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wurde.

Dabei ist es unerheblich, ob ich Anspruch auf diese Sozialleistung hatte oder nicht. Im übrigen teile ich Ihre Ansicht, dass in meinem Fall kein Anspruch auf Alg II bestand, nicht. Bis zur Feststellung über meine Erwerbsfähigkeit war das Job-Center gem. SGB II (und nicht das Sozialamt gem. SGB XII) für die Gewährung meiner Leistung zuständig, so dass ich diese Sozialleistung zu Recht bezogen habe.

Weiterhin hätte das Job-Center bei fehlendem Anspruch oder zu Unrecht bezogener Leistung einen Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid gem. § 45 ff SGB X erlassen müssen. Dies ist – völlig korrekt – nicht geschehen. Selbst wenn ein Rückforderungsbescheid erlassen worden wäre, hätte dies keinen Einfluss auf meine versicherungspflichtige Mitgliedschaft (§ 5 (1) Nr. 2a SGB V, 2. Halbsatz); dies hat hat auch das SG Freiburg in seinem Beschluss S 11 KR 572/05 ER vom 9.3.05 festgestellt.

Meine Pflichtmitgliedschaft bestand daher zu Recht, ich bitte um eine entsprechende Bestätigung. Sollten Sie die Aufrechterhaltung meiner Pflichtmitgliedschaft weiterhin ablehnen, bitte ich um Übersendung eines rechsmittelfähigen Widerspruchsbescheides.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.

10000 Berlin, den .....

xy-Krankenkasse

Ablehnung der Eintragung meiner Pflichtmitgliedschaft gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx (Ablehnung meiner Mitgliedschaft nach § 5 (1) Nr. 13 SGB V) lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Begründung:

Ich beziehe vom Sozialamt xy seit längerer Zeit lediglich Krankenhilfe, d.h. Leistungen nach dem 5.Kapitel des SGB XII. Laufende Leistungen (Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) habe ich nicht bezogen, da ich meinen Bedarf aus eigenem Einkommen decken kann und konnte.

Aufgrund der Begründung zur Neufassung des § 264 (BT-DS 15/1525, S. 140/141) wurde ich zur Krankenversorgung gem. § 264 bei Ihnen angemeldet. Die Begründung stellte klar, dass sowohl Empfänger von HzL (damals noch nach dem BSHG) als auch von HbL in die Neuregelung des § 264 aufgenommen werden und lediglich die Hilfeempfänger ausgenommen wurden, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochene Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen.

Die mir gewährte Krankenhilfe (damals noch nach § 37 ff BSHG) stellte eine Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL) dar und führte daher entsprechend zur Anmeldung zur Versorgung gem. § 264.

Genau diese Fälle haben seit dem 1.4.07 Anspruch auf Aufnahme in die gesetzliche Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V. Ausgenommen sind lediglich Empfänger laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII oder nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (§ 5 (8a) SGB V).
Ich beziehe weiterhin ausschließlich Leistungen nach dem

5. Kapitel des SGB XII (Hilfen zur Gesundheit),
(8. / 9. Kapitel)

aber keine Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII oder nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz.

Meine Pflichtmitgliedschaft tritt daher zu Recht ab dem xx.xx.xx ein, ich bitte um Eintragung und um eine entsprechende Bestätigung und um Übersendung eines Einstufungsbescheides.

Sollten Sie die Eintragung meiner Pflichtmitgliedschaft weiterhin ablehnen, bitte ich um Übersendung eines rechtsmittelfähigen Widerspruchsbescheides. Bitte schicken Sie eine Kopie Ihrer Entscheidung an das Sozialamt xy zum Stellenzeichen z.

Mit freundlichen Grüßen

Bezirksamt xy von Berlin
Abteilung Sozialwesen
Sozialamt

Bezirksamt xy, 10000 Berlin (Postanschrift)

Muster 22 **M 22**

An

Musterkrankenkasse

Bearbeiter/in	Telefon (030)	Telefax (030)	Datum	Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V
Für Frau Anna Mustermann

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frau Mustermann bezieht von hier lediglich Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel (*Hilfe ... nach dem 8. / 9. Kapitel*) des SGB XII, **aber keine Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII oder nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz.**

Bis zum xx.xx.xx wurde Frau Mustermann aufgrund meines Auftrages von Ihnen gem. § 264 SGB versorgt. Diese Versorgung endete zum xx.xx.xx, da ab dem xx.xx.xx Anspruch auf eine Pfichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V besteht.

Die Versorgung gem. § 264 SGB V bleibt vorrangig für alle Leistungsempfänger, die Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII erhalten, bestehen (§ 5 (8a) SGB V). Für den Personenkreis, der ausschließlich Leistungen nach dem 5., 8. oder 9. Kapitel des SGB XII erhält, entsteht grundsätzlich seit dem 1.4.07 ein Anspruch auf Pflichtversicherung (Beschluss des SG Speyer vom 19.4.07 (S 11 ER 164/07)).

Bitte tragen Sie daher die Mitgliedschaft ab dem xx.xx.xx für Frau Mustermann ein und übersenden Ihr einen entsprechenden Nachweis mit Angabe der zu zahlenden Beiträge.

Mit freundlichen Grüßen

Verkehrsverbindungen zum Dienstgebäude Bürohochhaus Steglitzer Kreisel (Schloßstr. 80):

148, 170, 180, 183, 185, 186, 188, 283, 383 U Rathaus Steglitz (U 9) und S Rathaus Steglitz (S 1)

Schloßstr. 80 - Parkhaus: Schloßstr. 78

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den xx.xx.xx

AOK Berlin
Geschäftsstelle xy

Ablehnung der Aufnahme in die allgemeine Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihr Ablehnungsschreiben vom xx.xx.xx lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Begründung:

Sie lehnen die Aufnahme ab, da zwischen dem letzten Mitgliedstag in Ihrer Kasse und dem 1. Tag ohne Absicherung im Krankheitsfall (das ist der Tag nach meiner Haftentlassung, also der xx.xx.xx) eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand.

Die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht in der allgemeinen Pflichtversicherung sind im § 5 (1) Nr. 13 SGB V beschrieben:

Dort wird als 1. Voraussetzung im Satz 1 „kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ gefordert und dann als 2. Voraussetzung unter a) „zuletzt gesetzlich krankenversichert“.

Das Gesetz unterscheidet somit klar zwischen „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ und „krankenversichert“:
Mit „krankenversichert“ ist ganz offensichtlich eine Mitgliedschaft – in Form einer Pflicht-, Familien- oder freiwilligen Versicherung – in einer gesetzlichen Krankenkasse gemeint.
„Anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ umfasst dagegen Formen der Krankenversorgung, wie z.B. gem. § 264 SGB V, gem. § 40 SGB VIII oder in Form von Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz.

Das BSG hat dies in seinem Urteil B 12 KR 13/10 R am 21.12.11 so entschieden und bestätigt.

Ich erfülle daher die o.a. beschriebenen Voraussetzungen:

Mein Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall endete mit meiner Haftentlassung am xx.xx.xx. Meine letzte Krankenversicherung (in Ihrer Kasse) endete am xx.xx.xx.

Bitte tragen Sie nunmehr umgehend meine Mitgliedschaft ab dem xx.xx.xx ein.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer: xy
Antrag auf Erlass der aufgelaufenen Beiträge meiner Mitgliedschaft gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit beigefügtem ausgefüllten Bogen zeige ich meine Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab dem xx.xx.xx an. Hinsichtlich der aufgelaufenen Beiträge vom xx.xx.xx bis zum xx.xx.xx bitte ich um **Absehung der Erhebung**. In dem gesamten Zeitraum sind keinerlei Krankenkosten angefallen. Ab dem xx.xx.xx werden die lfd. Beiträge vom Sozialamt xy-Stadt übernommen und an Sie überwiesen.

Aufgrund meiner besonderen Lebenssituation war mir nicht bekannt, dass bei mir schon lange eine Krankenversicherung eingetreten ist, die ich hätte bereits vor geraumer Zeit bei Ihnen anzeigen müssen (*hier die bes. Lebenssituation genau schildern*). Telefonisch habe ich von Ihnen die Auskunft erhalten, dass ich die gesamten Beiträge nachzahlen müsse, da „Unwissenheit kein Grund sei, auf die Beiträge zu verzichten“. Ich habe mich nunmehr umfassend beraten lassen und möchte dazu anmerken:

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen im Rahmen des sog. GKV-WSG gem. § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V den Auftrag erteilt, in den Fällen, wo der Versicherte die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V **verspätet aus Gründen die er nicht zu vertreten hat anzeigt,** in den jeweiligen Satzungen nachfolgendes zu regeln:

- Ermäßigung der nachzuzahlenden Beiträge
- Erlass des nachzuzahlenden Beiträge
- Stundung der nachzuzahlenden Beiträge

Sie haben diesen gesetzlichen Auftrag erfüllt und entsprechendes in Ihrer Satzung geregelt. Diese Satzungsregelung entspricht wortgleich dem Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen (vgl. gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20.03.2007 Anlage 3).

Sie beziehen sich bei Ihrer Auskunft ganz offensichtlich auch auf die Begründung des Spitzenverbandes der Krankenkassen zu diesem Mustervorschlag.

Zitat:
„Damit die Nachzahlung bei unverschuldet verspäteter Anzeige nicht zu unbilligen Härten für die

Betroffenen führt, hat die Satzung jeder Krankenkasse eine Regelung über die nichtvollständige Beitragserhebung zu treffen (§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V). Die vorliegende Satzungsregelung setzt diese Vorgabe um.

Der Anwendungsbereich der Regelung erfasst allein Versicherte, die das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht unverschuldet („...aus Gründen, die es [das Mitglied] Anlage 3 nicht zu vertreten hat...") zu spät anzeigen. Den Nachweis des „Unverschuldetseins" hat der Versicherte, der sich hierauf beruft, zu führen. Allein der Hinweis auf die Unkenntnis der neuen Regelung oder ein Fehlverhalten, das nicht durch falsche oder irreführende Auskunft der Krankenkasse verursacht ist, kann wegen des Grundsatzes der formellen Publizität von Gesetzen (Gesetze gelten mit ihrer Verkündung im maßgeblichen Gesetz- und Verordnungsblatt als allen Normadressaten bekannt gegeben) nicht als unverschuldet im vorgenannten Sinne gewertet werden."

Ich habe es definitiv nicht gewusst.

Das BSG hat sich bereits mit der Publizitätswirkung von Gesetzen beschäftigt. Hierbei wurde festgestellt, dass eine Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt nicht ausreicht, um eine Kenntnis der einschlägigen Rechtsvorschriften unterstellen zu können (vgl. BSG B 11 a/11 AL 81/04 R vom 25.05.2005). Es kommt vielmehr auf die subjektive Kenntnis bzw. das Kennenmüssen an. Dieses kann mir nicht unterstellt werden.

Im dem Bereich der Nachzahlungspflicht gem. § 186 Abs. 11 SGB V und deren Ermäßigung gibt es noch keine Rechtsprechung, zumindest noch keine veröffentlichte Rechtsprechung. Wenn sich jeder Bürger um eine Krankenversicherung zu bemühen hat, muss sich die Frage über die Ziele des GKV-WSG und der Versicherungspflicht im Bereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gestellt werden. In den Begründungen zum Gesetzentwurf wird nämlich festgehalten, dass Deutschland ein moderner Sozialstaat ist, in dem kontinuierlich mehr Bürger leben, die nicht abgesichert sind. Genau aus diesem Grund, der ansteigenden Zahl der sog. Unversicherten, wurde die Versicherungspflicht eingeführt (siehe BT DRS 16/3100 S. 94). Folgt man den Ausführungen der einschlägigen Kommentierungen, dann dürfte die Versicherungspflicht völlig überflüssig sein, da von jedem erwartet werden kann, dass er sich um seinen Krankenversicherungsschutz bemüht. Die Zahl der Unversicherten müsste daher kontinuierlich sinken, was ja gerade nicht der Fall war.

Ich habe daher abschließend schlüssig nachvollziehbare Gründe vorgetragen, die es rechtfertigen, die nachzuzahlenden Beiträge auf jeden Fall zu ermäßigen, da ich die verspätete Anzeige nicht zu vertreten habe (s.o.).

Da ich ausdrücklich auf die rückwirkende Inanspruchnahme von Leistungen verzichtet habe und keine Familienangehörigen an meine Mitgliedschaft gekoppelt sind, spricht einem Erlass nichts entgegen. Meine Lebenssituation wird sich vermutlich nicht mehr ändern. Ich werde auf unabsehbare Zeit auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sein. Der Sozialhilfeträger lehnt eine Übernahme der aufgelaufenen Beiträge ab, da es sich um Schulden meinerseits handelt. Von der Sozialhilfe, die künftig für meinen Lebensunterhalt ausreichen muss, kann ich keine rückständigen Beiträge entrichten, da dieser Betrag mein Existenzminimum absichert.

Auch die Begründung zum Gesetzentwurf (BT-DRS 16/3100 Seite 159) sagt nichts anderes aus. Denn hiernach war es Wille des Gesetzgebers, dass unbillige Härten vermieden werden sollen:

Zitat:
„Durch Satz 4 der Neuregelung soll vermieden werden, dass diese Nachzahlungspflicht bei unverschuldet verspäteter Anzeige zu unbilligen Härten für die Betroffenen führt. Eine Ermäßigung

oder Nichterhebung der nachzuentrichtenden Beiträge wird insbesondere dann in Betracht kommen, wenn die Betroffenen in der Zwischenzeit keine Leistungen oder nur Leistungen in geringem Umfang in Anspruch genommen haben.“

Ich beantrage daher, von der Erhebung der rechnerisch aufgelaufenen Beiträge abzusehen (§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V i.V.m. *§ 39* Ihrer Satzung
(*Achtung: Hier die jeweilige Satzung der KK raussuchen und den entsprechenden § einsetzen. § 39 ist es bei der AOK Nordost*).

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den

xy-Krankenkasse

Mitgliedsnummer: xy
Eintragung meiner Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom xx.xx.xx – Ablehnung der Eintragung meiner Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V – lege ich hiermit

Widerspruch

ein.

Begründung:

Sie lehnen die Eintragung meiner Pflichtversicherung mit der Begründung ab, ich würde laufende Leistungen nach dem SGB XII beziehen und dieser Bezug schließe die Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 aus.

Meine Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 ist bereits kraft Gesetz am xx.xx.xx (*frühestens am 1.4.07*) eingetreten. Meine letzte Krankenversicherung bestand bei Ihnen – ich war

- *freiwillig versichert bis zum xx.xx.xx und wurde wegen Beitragsrückständen gekündigt*
- *familienversichert bis zum xx.xx.xx*
- *pflichtversichert über den Bezug von xy bis zum*
- *pflichtversichert über eine Beschäftigung bis zum*

Hier das Entsprechende eintragen, den Rest löschen

Daher sind Sie als letzte Kasse gem. § 174 Abs. 5 SGB V für die Durchführung meiner Pflichtversicherung zuständig.

Alternativ:

... als Rechtsnachfolgerin meiner letzten Kasse, der xy Kasse ... zuständig

Alternativ:

Da es in Deutschland noch keine Kasse gab, in der ich versichert war, wähle ich hiermit Ihre Kasse gem. § 174 Abs. 5 i.V.m. § 173 SGB V.

Gem. § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V beginnt die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, frühestens am 1.4.07. Demzufolge trat am xx.xx.xx meine Versicherungspflicht unweigerlich ein. Ein Ausschlusstatbestand im Sinne von § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V, **nämlich als Empfänger von lfd. Leistungen nach dem III., IV., VI. oder VII. Kapitel des SGB XII lag hier unweigerlich ebenfalls noch nicht vor**. Ich beziehe erst ab dem xx.xxx.xx lfd. Leistungen nach dem SGB XII – also zeitlich deutlich nach dem Eintritt meiner Pflichtversicherung.

Die am xx.xx.xx bereits kraft Gesetz eingetretene Versicherungspflicht reicht damit zeitlich an den Beginn meines Leistungsbezuges SGB XII heran. Somit war ich zum Zeitpunkt der Antragstellung SGB XII bereits kraft Gesetz bei Ihnen Mitglied gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Diese Mitgliedschaft endet auch nicht durch den ab dem xx.xx.xx beginnenden Empfang der lfd. Leistungen nach dem *III. / IV*. Kapitel des SGB XII durch das Sozialamt xy-Stadt. Der Gesetzgeber hat das Ende der Versicherungspflicht in § 190 Abs. 13 SGB V geregelt. Gem. Satz 1 des § 190 Abs. 13 SGB V endet diese Versicherungspflicht zunächst mit dem Tag, indem ein Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründet wird. Dies könnte grundsätzlich der Empfang von lfd. Leistungen nach dem *III. / IV.* Kapitel des SGB XII ab dem xx.xx.xx (vgl. § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V) sein.

Aber genau diese Problematik hat der Gesetzgeber schon in der Begründung zum Gesetzentwurf des GKV-WSG erkannt und bewusst geregelt. Dafür wurde konkret der Satz 2 des § 190 Abs. 13 SGB V geschaffen: Hier wird eindeutig geregelt, dass „dies (Ende der Mitgliedschaft) nicht für Mitglieder gilt, die Empfänger von lfd. Leistungen nach dem III., IV., VI. und VII. Kapitel des SGB XII sind“. Die Begründung zu diesem Gesetzentwurf lautet (siehe BT-DRS 16/3100 S. 159):

*„Die Regelung in Satz 2 stellt sicher, dass Personen, die gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung geworden sind, auch dann Mitglied bleiben, wenn sie **nach** dem Beitritt Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches werden“.*

Auch meine deklatorische Anzeige vom xx.xx.xx zur Versicherungspflicht ab dem xx.xx.xx steht dem nicht entgegen. Denn die Versicherungspflicht und die daraus folgende Mitgliedschaft beginnt hier unweigerlich gem. § 186 Abs. 11 SGB **„kraft Gesetz“** ab dem xx.xx.xx.

Zusammenfassend bleibt daher festzuhalten, dass ich bei Ihnen am xx.xx.xx versicherungspflichtiges Mitglied gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V geworden bin. Ausschlusstatbestände liegen nicht vor. Bitte tragen Sie nun unverzüglich meine Mitgliedschaft ein und übersenden mir die Versichertenkarte und die Beitragseinstufung.

Mit freundlichen Grüßen

Anna Mustermann
Musterstr.
11111 Musterstadt

Wohnort, Datum

Musterkrankenkasse
Anschrift

Bestätigung meiner Versicherung
(Name, Vorname, geb xx.xx.xxxx)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe von Ihnen eine neue Versichertenkarte erhalten. Vermutlich haben Sie nurnmehr für mich die Familienversicherung über meinen Ehemann/ meine Ehefrau, von dem/der ich seit Jahren getrennt lebe, eingetragen.

Alternativ: Familienversicherung über meine Mutter / meinen Vater, mit dem/der ich seit längerer Zeit keinen Kontakt mehr habe

Zur Vervollständigung meiner Unterlagen und auch zu Klarheit bitte ich, mir **schriftlich** zu bestätigen, ab wann Sie genau die Familienversicherung geprüft und auch eingetragen haben.

Bitte übersenden Sie mir daher kurzfrstig eine entsprechende Bestätigung. Eine Durchschrift senden Sie bitte an meine/n Sachbearbeiter/in Frau/Herrn xy, Sozialamt 7, Anschrift.

Herzlichen Dank.

Mit freundlichem Gruß

Anna Mustermann

Anna Mustermann
Musterstr.
10000 Berlin, den xx.xx.xx

Sozialgericht Berlin

Invalidenstr. 52
10557 Berlin

Klage

der Frau Anna Mustermann
Musterstr., 10000 Berlin - **Klägerin** -

gegen

die AOK Berlin,
Rungestr. 3 - 6, 10179 Berlin - **Beklagte** -

wegen Wiederaufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung.

Es wird beantragt zu erkennen:

1. Der Bescheid vom xx.xx.xxxx in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom xx.xx.xxxx wird aufgehoben.

2. Die Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin ab dem xx.xx.xxxx in die freiwillige Krankenversicherung aufzunehmen

3. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Begründung:

Ich war bis zum 11.3.2002 pflichtversichertes Mitglied bei der Beklagten, bis zum 11.3.00 als Bezieherin von Leistungen des Arbeitsamtes, vom 12.3.00 nach der Geburt meines Kindes bis zum 11.3.02 beitragsfrei während meines Bezuges von Erziehungsgeld. Am 29.10.2002 erfuhr ich – für mich völlig überraschend – dass meine Mitgliedschaft bei der Beklagten bereits zum 11.3.02 endete. Ich erfuhr dies durch ein Schreiben der Charité, welche mir die Endabrechnung für meinen stationären Aufenthalt vom 18.10. – 23.10.02 zusammen mit einem Schreiben der Abteilung Krankenhausfallbetreuung der Beklagten vom 25.10.02 übersandte. Aus diesem Schreiben ging hervor, dass die Beklagte die Übernahme der Kosten ablehnt, da meine Mitgliedschaft bereits am 11.3.02 endete.

Ich fiel „buchstäblich aus allen Wolken", insbesondere deshalb, weil ich zu keiner Zeit irgendeine Benachrichtigung der Beklagten erhalten hatte, dass meine Mitgliedschaft beendet sei. Meine Chip-Karte war nicht gesperrt, ich war auch nach dem 11.3.02 mehrfach in ambulanter Behandlung, es gab niemals Probleme. Telefonisch erfuhr ich von der Beklagten, ich möge mich nunmehr an das Sozialamt wenden.

Ich sprach dann sofort bei meiner Sachbearbeiterin im Sozialamt xy vor, von der ich Hilfe zum Lebensunterhalt bezog. Erst von dort – und nur von dort – wurde ich dann auf die Möglichkeit einer freiwilligen Krankenversicherung (im Anschluss an meine beendete Pflichtversicherung) hingewiesen. Ich stellte daher sofort nach dieser Information am 31.10.02 einen entsprechenden Antrag bei der Beklagten.

Beweis: Schreiben an die Beklagte vom 31.10.2002

Mit Datum vom 15.11.02 lehnte die Beklagte meine Aufnahme in die freiwillige Versicherung wegen Fristversäumnis ab, die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wurde mir verwehrt.

Beweis: Bescheid der Beklagten vom 15.11.02

Gegen diesen Bescheid legte ich mit Schreiben vom 27.11.02 Widerspruch ein, der mit Datum vom 11.3.03 von der Beklagten zurückgewiesen wurde.

Beweis: Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 11.3.03

Ich bin weiterhin der Auffassung, dass die Beklagte sich rechtswidrig verhalten hat.

Die Möglichkeiten hinsichtlich eines Beitritts zur freiwilligen Versicherung sind im § 9 SGB V geregelt. Der Beitritt muss innerhalb bestimmter Fristen nach dem Ende des letzten Versicherungsverhältnisses angezeigt werden. Um diese gesetzlichen Fristen einhalten zu können, ist es nötig, nach dem Ende einer vorherigen Pflicht- bzw. Familienversicherung **die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung** als solche zu kennen.

Mit Inkrafttreten des SGB V zum 1.1.89 wurden daher die Pflichten der Sozialleistungsträger zur Aufklärung, Beratung und Auskunft (§§ 13, 14 und 15 SGB I) sowie der Ausführung der Sozialleistungen (hier insbesondere § 17 (1) Nr. 3 SGB I) für die Krankenkassen im Gemeinsamen Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften vom 9.12.1988 unter Punkt 4 konkretisiert (s. Anlage). Hier heißt es u.a.: „Im Hinblick auf die zeitliche Beschränkung ... **sind** die Versicherten in den einschlägigen Fällen auf die Möglichkeiten des freiwilligen Beitritts hinzuweisen, damit sie auf diesem Wege für die Zukunft weitere Leistungsansprüche sichern können".

Diese Formulierung gibt den Krankenkassen keinen Ermessensspielraum; weiterhin hat die Benachrichtigung unaufgefordert zu erfolgen, da der Inhalt der Vorschrift sonst keinen Sinn ergeben würde.

Dieser Verpflichtung ist die Beklagte nicht nachgekommen, sie sieht eine Beratungspflicht lediglich dann gegeben, wenn es einen konkreten Beratungsanlass gibt, d.h. einen Antrag oder eine Anfrage. Diese Handlungsweise läuft der Intention des o.a. Rundschreibens aber zuwider, da den Versicherten ja gerade erst durch die – unaufgeforderte – Mitteilung über die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung die Möglichkeit einer Antragstellung bzw. einer Anfrage gegeben werden soll.

Weiterhin sieht die Beklagte die konkrete Hinweispflicht in o.a. Rundschreiben keineswegs für alle Versicherte gegeben, sondern nur für diejenigen, die im Leistungsbezug stehen.

Unabhändig davon, dass mir nicht klar ist, für welchen eingeschränkten Personenkreis diese Konstellation zutreffen soll (Familienversicherung endet während Krankenhausaufenthalt?) trifft das Rundschreiben diese Einschränkung in **keinster** Weise, die Auslegung der Beklagten scheint mir willkürlich konstruiert, ja geradezu „an den Haaren herbei gezogen". Der Beklagten scheint entgangen zu sein, dass sich o.a. Rundschreiben auf den ersten 7 Seiten (Anlage) ausführlich mit dem § 10 SGB V – Familienversicherung – (Voraussetzungen, Personenkreis, Wohnsitz, Ausschluss, besondere Voraussetzungen etc.) beschäftigt. Bei der Familienversicherung handelt es sich ebenfalls um eine Form von Mitgliedschaft und keineswegs um leistungsrechtliche Ansprüche.

Ich verweise hierzu insbesondere auf die Urteile L 15 KR 31/01 des LSG Berlin vom 3.9.03 und L 2 KR 27/02 des LSG Saarbrücken vom 18.2.04.

Die Beklagte führt weiterhin aus, dass die Voraussetzungen für eine Wiedereinsetzung nicht gegeben seien, da ich die Frist keineswegs schuldlos versäumt haben soll, sondern aufgrund des Endes meines Erziehungsgeldbezuges hätte wissen müssen, dass nunmehr auch meine beitragsfreie Mitgliedschaft endet und ich sodann die Möglichkeit gehabt hätte, mich bei der Beklagten sachkundig zu machen

Die Beklagte unterstellt mir Sachkenntnisse, die ich nicht hatte und auch jetzt erst sehr eingeschränkt durch die intensive Beratung durch meine Sachbearbeiterin habe. Aufgrund meiner eingeschränkten Kenntnisse musste ich mir zur Unterstützung meiner Angelegenheit eine Beiständin suchen, da ich nicht in der Lage bin, den Sachverhalt vollständig zu durchschauen und meine Rechte gegenüber der Beklagten durchzusetzen. Dass eine Mitgliedschaft mit dem Ende des Erziehungsgeldbezuges endet, wusste ich nicht, eine Bekannte von mir ist ebenfalls Mitglied der AOK und seit knapp 6 Jahren beitragsfrei versichert – wie ich jetzt durch Befragen herausbekommen habe, wird hinsichtlich der beitragsfreien Dauer zwischen Frauen, die bei der Geburt ihres Kinder in einem Arbeitsverhältnis stehen und Frauen, die Leistungen vom Arbeitsamt beziehen, unterschieden. Die eine Gruppe ist für 3 Jahre – und damit 1 Jahr länger, als Erziehungsgeld gewährt wird, beitragsfrei versichert, die andere, zu der ich gehöre, nur für 2 Jahre, nur für die Zeit des Erziehungsgeldbezuges. Diese speziellen Kenntnisse können von mir wirklich nicht erwartet werden! Ich bin davon ausgegangen, dass ich – wie meine Bekannte – in jedem Fall für drei Jahre nach Geburt des Kindes beitragsfrei versichert bin.

(Auch die von der Beklagten zitierten Urteile gehen fehl: Das Urteil des BSG (3 RK 56/70) stammt aus dem Jahr 1972. Zu dieser Zeit galten die Vorschriften der RVO, das heute gültige SGB V trat erst zum 1.1.89 in Kraft. Wie o.a., wurde die Benachrichtigungspflicht mit Inkrafttreten des SGB V völlig neu geregelt. Auch das 2. von der Beklagten zitierte Urteil (L 9 KR 84/91) geht daher fehl, da es lediglich das BSG-Urteil zitiert und keine eigene neue Entscheidung auf der Grundlage des nunmehr geltenden SGB V trifft.)

Ich sehe auch weiterhin die Voraussetzungen des § 27 SGB X zur Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegeben. Ich habe meinen Antrag innerhalb von 2 Wochen nach Wegfall des Hindernisses (Erhalt des Schreibens der Charité und Information durch meine Sachbearbeiterin im Sozialamt xy) gestellt. Die Hinderungsgründe zur fristgerechten Antragstellung haben durchgehend vom Ende meiner letzten Mitgliedschaft bis zur o.a. Information vorgelegen.

Ich begehre die Aufnahme in die freiwillige Versicherung ab 12.3.02. Hinsichtlich der Übernahme der bereits aufgelaufenen Beiträge liegt der Beklagten eine Kostenübernahmeerklärung des Sozialamtes xy vor.

WAHLRECHTSERKLÄRUNG

Name, (auch Geburtsname) Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Versicherungsnummer (soweit bekannt)

Ich bin über meine Wahlmöglichkeiten informiert worden und möchte Mitglied der

☐ **AOK**

☐ **BKK**

☐ **IKK**

☐ **TK**

☐ **Barmer GEK**

☐ **DAK**

☐ **KKH Allianz**

☐

werden.

Ort, Datum Unterschrift

Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI

1. Angaben zur Person

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: ☐ ja ☐ nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland*)

☐ Eigene Versicherung		☐ Familienversichert
☐ Gesetzlich versichert		☐ Privatversichert
vom	bis	Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert ☐ ja ☐ ist mir nicht bekannt**)

2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z.B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? _____

*) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland" auszufüllen.
**) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf" ausfüllen.

3. Ergänzende Angaben

3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit _____ in Deutschland ***).

3.2 Ich bin am _____ aus _____ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt ***).

3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/ -versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ☐ ja ☐ nein

3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten ☐ ja ☐ nein
Ich bin am _____ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).
Grund: _____

***) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z.B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbständiger)

Ich bin (tätig als):	Ich war zuletzt (tätig als):
Wenn Arbeitnehmer: Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen: ☐ ja ☐ nein	

5. Regelmäßige monatliche Einnahmen (bitte Nachweis z.B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, letzten Steuerbescheid beilegen)

Einnahmen/Einkommen aus	Selbständiger Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlg.	Miete, Pacht Zinsen	Rente, Pension	Sonst. Einnahmen

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, (Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung): _____

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und wem gegenüber: _____

6. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut (Zweigstelle) und Ort	
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters	**Wird von der Krankenkasse ausgefüllt** Voraussetzungen erfüllt: ☐ ja ☐ nein Versicherungsbeginn: Monatlicher Beitrag:

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:
Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mailadresse ist freiwillig

Version 1.0, Stand 20.03.200

Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf

für , geb.

1. Angaben über die Eltern

zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Name, Vorname des Vaters	Geburts-datum	Art der Tätig-keit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

Name, Vorname der Mutter	Geburts-datum	Art der Tätig-keit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

2. Angaben zur eigenen Person:

a) früher geführte Namen

b) Zeiten der Schulausbildung (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Schule (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

c) Zeiten der Erwerbstätigkeit (Erwerbsbiographie) (lückenlose Angabe ist erforderlich):

Eine Erwerbstätigkeit habe ich erstmalig aufgenommen (auch im Ausland) am

Folgende Erwerbstätigkeiten wurden von mir ausgeübt:

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

3. Angaben zum Ehegatten

Verheiratet vom bis mit (Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten

Während dieser Zeit war mein Ehegatte wie folgt erwerbstätig und krankenversichert (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Vorwahl/Rufnummer | Datum | Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:
Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Version 1.0, Stand 20.03.2007

Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

Name. Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit/Familienstand

1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht? ☐ ja ☐ nein

2. Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche:_____

3. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)

Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor?*)
(bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

*)Hinweis für die Krankenkasse: Maßgebend in den Fällen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

4. Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 2 und 3 verfügen

4.1 Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor?
(bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

4.2 Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts? ☐ ja ☐ nein

4.3 Wurde ein Asylantrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

4.4 Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? ☐ ja ☐ nein
Wenn nein, weshalb:_____

Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 52a SGB V und § 33a SGB XI
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherungen in einer Versicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI (Familienversicherung) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für mich *und meine familienversicherten Angehörigen*)* Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind der Krankenkasse bzw. Pflegekasse gemäß § 50 SGB X zu erstatten.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
	Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben.	Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Ergänzende Datenschutzhinweise (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses sowie eines etwaigen Leistungsausschlusses (§§ 10, 52a, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 33a SGB XI) zu erheben.

Version 1.0, Stand 20.03.2007

Anmeldung zur freiwilligen Krankenversicherung und Pflegeversicherung

gem. § 9 SGB V möchte ich der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung beitreten.

Ich möchte Mitglied bei der _____ **werden.** (bitte Krankenkasse eintragen)

1. Personalien

Name	Rentenversicherungs-Nr. oder Geburtsdatum oder Kinderzahl
Vorname	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort
Straße Haus-Nr.	Staatsangehörigkeit
PLZ Ort	Telefonnummer

☐ arbeitslos

☐ beschäftigt seit | Name und Anschrift des Arbeitgebers

selbständig seit | Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden

Ich erhalte

Überbrückungsgeld ☐ nein ☐ ja

Existenz-/Gründungszuschuss ☐ nein ☐ ja

Einstiegsgeld ☐ nein ☐ ja

2. Versicherungsverhältnis

Die erforderliche Vorversicherungszeit soll über ☐ mich selbst ☐ Vater ☐ Ehegatten/in ☐ Mutter abgeleitet werden

Letzte bzw. bisherige Krankenkasse	vom	bis

Name und Vorname des Versicherten, auf dessen Mitgliedschaft die freiwillige Krankenversicherung abgeleitet werden soll.

3. Grund der freiwilligen Versicherung

☐ Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze

☐ Ausscheiden aus der Versicherungspflicht

☐ Ende der Familienversicherung

☐ Rückkehr aus dem Ausland

☐ als Behinderter gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

- ☐ als Nachweis füge ich den Feststellungsbescheid bei
- ☐ ich beantrage die freiwillige Krankenversicherung zur Fristwahrung und bitte das Verfahren bis zur Entscheidung über die Feststellung der Schwerbehinderung ruhend zu stellen (siehe Urteil BSG 12 RK 44/87 vom 22.09.1988)

Bitte füllen Sie den Abschnitt 5 Einkommensverhältnisse aus. Angaben zu Ihrem Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

4. Umfang des Versicherungsschutzes

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für Wochen/Tage	Freiwillige Versicherung ab:

Krankengeld ☐ nein ☐ ja, ab 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit

Krankengeld wird gezahlt, wenn im Falle der Arbeitsunfähigkeit nachweislich ein Einkommensverlust besteht. Die Zahlung von Krankengeld kann jedoch ganz entfallen, wenn zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit kein Einkommen oder Negativeinkünfte nachgewiesen werden.

Sollen Angehörige mitversichert werden? ☐ ja ☐ nein

5. Einkommensverhältnisse

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen in Euro	des Versicherten		des Ehegatten	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts) *1				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u. a.)				
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u. a.)				
Renten aus Sozialversicherung				
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen u. a.) *2				
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (abzüglich Abschreibungen und Werbungskosten)				
Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Sparbücher, Wertpapiere inkl. Sparerfreibetrag abzüglich Werbungskosten				
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Mietzuschuss)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld Wenn ja, Art:				

*1) Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen

*2) Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Sofern sich meine Einkünfte ändern, werde ich Sie umgehend benachrichtigen und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

6. Zahlweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

Konto-Nr	Bankleitzahl	Geldinstitut

Name des Kontoinhabers

☐ Lastschrift ☐ Dauerauftrag ☐ Firmenzahler

☐ Überweisung durch:

Datum Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund §240 SGB V und § 57 SGB XI zur korrekten Festsetzung der Beitragshöhe notwendig. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Für die Beitragsberechnung nicht erforderliche Daten können auf dem Steuerbescheid geschwärzt werden. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Antragsprüfung (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Beitrittsprüfung erfüllt nach §	Beginn der Mitgl.	Name u. Telefon-Nr. des Mitarbeiters	EDV erfasst durch Mitarbeiter

Art des Einkommens	Höhe des Einkommens	Beitr. Satz

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds
Versicherter: , , Krankenversicherten-Nr.:

Ich war bisher

☐ als Mitglied ☐ als Familienangehöriger versichert bei der _____
☐ nicht gesetzlich krankenversichert. Name und Sitz der Krankenkasse

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden seit _____ ☐ verwitwet
☐ Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG)

Mein/e Ehegatte/in*) ist selbst versichert ☐ Nein ☐ Ja, bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

Meine Kinder sollen bei meiner
Krankenkasse versichert werden ☐ Nein ☐ Ja

☐ Ich habe keine/n Ehegattin/en*) und keine Kinder (Bitte nur noch Abschnitt 4 ausfüllen!)

2. Familienangehörige
Tragen Sie bitte die Angaben für Ihre/n Ehegattin/en *) und Ihre Kinder auch dann ein, wenn die Familienversicherung nicht bei uns durchgeführt werden soll. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Die Angaben sind erforderlich ab _____

*) Den Ehegatten insoweit gleichgestellt sind auch die Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.	Ehegatte/in *)	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
gegebenenfalls abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom ..... bis ..... bei	vom ..... bis ..... bei	vom ..... bis ..... bei	vom ..... bis ..... bei .....
Arbeitsverhältnis liegt vor	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja
Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	EUR	EUR	EUR	EUR
Davon Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	EUR	EUR	EUR	EUR
Zusätzliche Einkommensart: z. B. Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Zinseinkünfte	EUR ..... Art der Einkünfte	EUR ..... Art der Einkünfte	EUR ..... Art der Einkünfte	EUR ..... Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium **(bitte bei Kindern vom 23. Lebensjahr an eine aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen)**	_____	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....
Schulform (z. B. Haupt-, Realschule, Gymnasium)	_____			
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom ..... bis	vom ..... bis	vom ..... bis .....
Name und Sitz der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer				

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort/Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

Versicherter: , , Krankenversicherten-Nr.:

Bei Rückfragen bin ich unter folgender Telefon-Nr. zu erreichen - privat: _____ mobil: _____

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):
Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Ihre Daten werden aufgrund der §§ 10, 284 SGB V erhoben. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Angabe der Telefonnummern ist freiwillig.

Einwilligungserklärung: (bitte ankreuzen)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Westfalen-Lippe meine Daten (bzw. die Daten meiner Tochter/meines Sohnes) speichert und nutzt, um mich telefonisch, schriftlich, per E-Mail oder per SMS über die Vorteile einer AOK-Mitgliedschaft und neue Angebote der AOK zu informieren und zu beraten. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der AOK Westfalen-Lippe widerrufen.

4. Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen der bei der AOK Westfalen-Lippe mitversicherten Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

_____ _____ *

Datum

*Hinweis: Jeder Familienangehörige, der 15 Jahre und älter ist, hat bei Einverständnis selbst zu unterschreiben; ansonsten ist die Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich.