

## INHALTSVERZEICHNIS kleiner blauer Ordner SGB II

div. Rechtsgrundlagen	1 – 4
Fami-Meldegrundsätze (wenn das Mitglied die Unterschrift auf der Familienversicherungserklärung verweigert, ab 1.1.12)	125 – 125 h
Fami-Meldeverfahren (wenn das Mitglied die Unterschrift auf der Familienversicherungserklärung verweigert, für alle Familienversicherungen bis 31.12.11 )	125 - 128
für ausländische Renten zuständige deutsche Rentenversicherungen (Übersichtstabelle mit Anschriften)	129
Mitteilungspflicht der KK, Hinweis auf freiwillige Weiterversicherung (Auszug GR vom 9.12.88)	133 - 134
KV-Auslandsrückkehrer EU (Länderübersicht DVKA)	135
Liste Gesamteinkommen	137 – 147
Betreuungsunterhalt bei Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern	151
Richtlinien für die Beurteilung des überwiegenden Unterhalts (ÜberwUhrI)	152 – 159a
gewöhnlicher Aufenthalt und Familienversicherung (Asylbewerber, Bosnier)	160
Chip-Card	174
manuelle Meldung – Formular	174 R
Auszug Satzung AOK Berlin: § 5 (4): Anspruch Fam.vers. für freiw. Mitgl.: Bei Verbleib AOK keine Kündigungsfristen	187 – 187 R
Lohnabrechnung mit Erläuterungen – wie unterscheidet man Pflichtversicherte von Mini-Jobbern?	208 - 209
Wohnsitz im Inland = überall im EU-Gebiet, bis 30.4.10 Ab 1.5.10	210 alt 210 neu
KV-Beiträge BAB (§ 68 SGB III) und Bafög (§ 13a BAföG)	211
§ 3 EFZG und § 1 BUrlG (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Urlaubsanspruch)	212

**Das „Kleingedruckte“ in der PKV:**

MBKK 2009 (Musterbedingungen Krankenversicherung)	214
Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	215
VVG §§ 192 – 208 (Krankenversicherung)	216
§ 12 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	217
MB-BT 2009 (Musterbedingungen Basistarif)	239 - 250

**Musterschreiben:**

**Benachrichtigung beendet**

- Fam.vers. von Angehörigen wegen Ende Mitgliedschaft	M 2
- Fam.vers. anspruch für Babies, deren Eltern(teile) selber noch fam.vers. sind (ohne Prüfung überwiegender UH)	M 5 neu
- rückwirkende Eintragung der Familienversicherung	M 9
- AOK will freiwillige Beiträge bei Anspruch auf Fam.vers. nicht erstatten	M 11

**Formulare:**

Antrag auf freiwillige Versicherung gem. § 9  
Anzeige Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13  
Erklärung Familienversicherung  
neutrale Wahlrechtserklärung

## Rechtsgrundlagen für SGB II-Seminare, Neuerungen ab 1.1.11

### § 26 SGB II - Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen

(1) (weggefallen)

(2) Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit

1.

bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,

2.

freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen; für Personen, die allein durch den Beitrag zur freiwilligen Versicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

Der Beitrag wird ferner für Personen im notwendigen Umfang übernommen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Krankenversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden.

(3) Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, werden für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Satz 1 gilt entsprechend, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden. Für Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Pflegeversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

(4) Die Bundesagentur für Arbeit zahlt den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242 des Fünften Buches für Personen, die allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden, in der erforderlichen Höhe.

### § 241 SGB V - Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

### § 242 SGB V - Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind

ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

**(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrags nach § 242a erhoben; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist.**

(5) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird ein Zusatzbeitrag nicht erhoben von

1.

Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 6, 7 und 8 und Absatz 4a Satz 1,

2.

Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3 oder Absatz 2 fortbesteht,

3.

Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen,

4.

Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, sowie

5.

von Beschäftigten, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird,

soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Satz 1 Nummer 2 gilt für freiwillige Mitglieder entsprechend.

(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für jeweils sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 20 Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zustande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß den Sätzen 4 und 5 nicht durchzuführen ist.

## **§ 242a SGB V - Durchschnittlicher Zusatzbeitrag**

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) **Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.**

## **§ 242b SGB V - Sozialausgleich**

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – mit Ausnahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 – nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. § 232a Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrags zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 179 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds beglichen

werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrags Absatz 5 entsprechend. Im Falle des Satzes 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragenden Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem für das Mitglied maßgeblichen Beitragssatz zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlungsbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausgezahlt wird.

(3) Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht, und teilt dies den Beitrag abführenden Stellen mit. Besteht dieser Anspruch, teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds nach Absatz 2 abzuführen ist. Handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme im Falle des Satzes 1 um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228, deren Höhe 260 Euro übersteigt, so führt abweichend von Satz 2 stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab. Den weiteren beitragsabführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ergibt. Abweichend von Satz 4 ergibt sich für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld der zusätzlich abzuführende Betrag, um den der Zahlungsbetrag der Bundesagentur für Arbeit verringert wird, aus der Belastungsgrenze vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge oder fordert zu wenig gezahlte Beiträge vom Mitglied zurück. Bei einem rückständigen Betrag unter 20 Euro ist die Nachforderung nicht zu erheben. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt.

(4) Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wird der Sozialausgleich nach den Absätzen 1 bis 3 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Für Arbeitnehmer, die auf Grund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches mehr als geringfügig beschäftigt sind, teilt die Krankenkasse den Arbeitgebern die anteiligen abzuführenden Beiträge unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs gemäß § 28h Absatz 2a Nummer 2 des Vierten Buches mit.

(5) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 prüft für unständig Beschäftigte die zuständige Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten, längstens für die Dauer von zwölf abgerechneten Kalendermonaten, den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unständig beschäftigte Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate, in geeigneter schriftlicher Form auf ihr Antragsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.

**(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt wird oder die Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.**

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Künstlersozialkasse und die Bundesagentur für Arbeit übermitteln dem Bundesversicherungsamt zusätzlich zu der Höhe der von ihnen abgeführten Beiträge gesondert den Betrag, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen im Hinblick auf die Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 und § 28k Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches. Die Krankenkassen teilen dem Bundesversicherungsamt zudem die Beträge mit, die sie ihren Mitgliedern im Rahmen des Sozialausgleichs nach Absatz 3 Satz 6 sowie den Absätzen 5 und 8 erstattet beziehungsweise von ihnen nachgefordert haben.

(8) Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.

### **§ 243 SGB V - Ermäßigter Beitragssatz**

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

### **§ 246 SGB V - Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II**

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243.

### **§ 251 SGB V - Tragung der Beiträge durch Dritte**

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) oder des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 192 Abs. 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

1.

für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 versicherungspflichtigen Jugendlichen,

2.

für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Abs. 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt; im übrigen gilt § 249 Abs. 1 und Abs. 3 entsprechend.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen behinderten Menschen sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die behinderten Menschen zuständigen Leistungsträgern zu erstatten.

(3) Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder. Hat die Künstlersozialkasse nach § 16 Abs. 2 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes das Ruhen der Leistungen festgestellt, entfällt für die Zeit des Ruhens die Pflicht zur Entrichtung des Beitrages, es sei denn, das Ruhen endet nach § 16 Abs. 2 Satz 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Bei einer Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 Satz 6 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ist die Künstlersozialkasse zur Entrichtung der Beiträge für die Zeit des Ruhens insoweit verpflichtet, als der Versicherte seine Beitragsanteile zahlt.

(4) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3 sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(4a) Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch.

(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge.

(4c) Für Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, trägt der Träger der Einrichtung die Beiträge.

(5) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.

(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. **Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben wird, der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht. Eine nach § 242 Absatz 4 Satz 2 erhobene Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem Zusatzbeitrag nach § 242a ist von den in Satz 2 genannten Mitgliedern selbst zu tragen. Satz 2 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.**

## **§ 2 BEEG - Höhe des Elterngeldes**

(1) Elterngeld wird in Höhe von 67 Prozent des in den zwölf Kalendermonaten vor dem Monat der Geburt des Kindes durchschnittlich erzielten monatlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit bis zu einem Höchstbetrag von 1 800 Euro monatlich für volle Monate gezahlt, in denen die berechnete Person kein Einkommen aus Erwerbstätigkeit erzielt. Als Einkommen aus Erwerbstätigkeit ist die Summe der positiven im Inland zu versteuernden Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger Arbeit und nichtselbstständiger Arbeit nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Einkommensteuergesetzes nach Maßgabe der Absätze 7 bis 9 zu berücksichtigen.

(2) In den Fällen, in denen das durchschnittlich erzielte monatliche Einkommen aus Erwerbstätigkeit vor der Geburt geringer als 1 000 Euro war, erhöht sich der Prozentsatz von 67 Prozent um 0,1 Prozentpunkte für je 2 Euro, um die das maßgebliche Einkommen den Betrag von 1 000 Euro unterschreitet, auf bis zu 100 Prozent. In den Fällen, in denen das durchschnittlich erzielte monatliche Einkommen aus Erwerbstätigkeit vor der Geburt höher als 1 200 Euro war, sinkt der Prozentsatz von 67 Prozent um 0,1 Prozentpunkte für je 2 Euro, um die das maßgebliche Einkommen den Betrag von 1 200 Euro überschreitet, auf bis zu 65 Prozent.

(3) Für Monate nach der Geburt des Kindes, in denen die berechnete Person ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit erzielt, das durchschnittlich geringer ist als das nach Absatz 1 berücksichtigte durchschnittlich erzielte Einkommen aus Erwerbstätigkeit vor der Geburt, wird Elterngeld in Höhe des nach Absatz 1 oder 2 maßgeblichen Prozentsatzes des Unterschiedsbetrages dieser durchschnittlich erzielten monatlichen Einkommen aus Erwerbstätigkeit gezahlt. Als vor der Geburt des Kindes durchschnittlich erzieltes monatliches Einkommen aus Erwerbstätigkeit ist dabei höchstens der Betrag von 2 700 Euro anzusetzen.

(4) Lebt die berechnete Person mit zwei Kindern, die das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder mit drei oder mehr Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht

vollendet haben, in einem Haushalt, so wird das nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 zustehende Elterngeld um 10 Prozent, mindestens um 75 Euro, erhöht. Zu berücksichtigen sind alle Kinder, für die die berechnete Person die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 und 3 erfüllt und für die sich das Elterngeld nicht nach Absatz 6 erhöht. Für angenommene Kinder und Kinder im Sinne von § 1 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 gilt als Alter des Kindes der Zeitraum seit der Aufnahme des Kindes bei der berechtigten Person. Die Altersgrenze nach Satz 1 beträgt bei behinderten Kindern im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch jeweils 14 Jahre. Der Anspruch auf den Erhöhungsbetrag endet mit dem Ablauf des Monats, in dem eine der in Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen entfallen ist.

(5) Elterngeld wird mindestens in Höhe von 300 Euro gezahlt. Dies gilt auch, wenn in dem nach Absatz 1 Satz 1 maßgeblichen Zeitraum vor der Geburt des Kindes kein Einkommen aus Erwerbstätigkeit erzielt worden ist. Der Betrag nach Satz 1 wird nicht zusätzlich zu dem Elterngeld nach den Absätzen 1 bis 3 gezahlt.

(6) Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das nach den Absätzen 1 bis 5 zustehende Elterngeld um je 300 Euro für das zweite und jedes weitere Kind.

(7) Als Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit ist der um die auf die Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit entfallenden Steuern und die aufgrund dieser Erwerbstätigkeit geleisteten Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung in Höhe des gesetzlichen Anteils der beschäftigten Person einschließlich der Beiträge zur Arbeitsförderung verminderte Überschuss der Einnahmen in Geld oder Geldeswert über die mit einem Zwölftel des Pauschbetrags nach § 9a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes anzusetzenden Werbungskosten zu berücksichtigen. Im Lohnsteuerabzugsverfahren als sonstige Bezüge behandelte Einnahmen werden nicht berücksichtigt. Als auf die Einnahmen entfallende Steuern gelten die abgeführte Lohnsteuer einschließlich Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer, im Falle einer Steuervorauszahlung der auf die Einnahmen entfallende monatliche Anteil. Grundlage der Einkommensermittlung sind die entsprechenden monatlichen Lohn- und Gehaltsbescheinigungen des Arbeitgebers; in Fällen, in denen der Arbeitgeber das Einkommen nach § 97 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch vollständig und fehlerfrei gemeldet hat, treten an die Stelle der monatlichen Lohn- und Gehaltsbescheinigungen des Arbeitgebers die entsprechenden elektronischen Einkommensnachweise nach dem Sechsten Abschnitt des Vierten Buches Sozialgesetzbuch. Kalendermonate, in denen die berechnete Person vor der Geburt des Kindes ohne Berücksichtigung einer Verlängerung des Auszahlungszeitraums nach § 6 Satz 2 Elterngeld für ein älteres Kind bezogen hat, bleiben bei der Bestimmung der zwölf für die Einkommensermittlung vor der Geburt des Kindes zu Grunde zu legenden Kalendermonate unberücksichtigt. Unberücksichtigt bleiben auch Kalendermonate, in denen die berechnete Person Mutterschaftsgeld nach der Reichsversicherungsordnung oder dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte bezogen hat oder in denen während der Schwangerschaft wegen einer maßgeblich auf die Schwangerschaft zurückzuführenden Erkrankung Einkommen aus Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise weggefallen ist. Das Gleiche gilt für Kalendermonate, in denen die berechnete Person Wehrdienst nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes oder des Vierten Abschnitts des Soldatengesetzes oder Zivildienst nach Maßgabe des Zivildienstgesetzes geleistet hat, wenn dadurch Erwerbseinkommen ganz oder teilweise weggefallen ist.

(8) Als Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit ist der um die auf dieses Einkommen entfallenden Steuern und die aufgrund dieser Erwerbstätigkeit geleisteten Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung einschließlich der Beiträge zur Arbeitsförderung verminderte Gewinn zu berücksichtigen. Grundlage der Einkommensermittlung ist der Gewinn, wie er sich aus einer mindestens den Anforderungen des § 4 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes entsprechenden Berechnung ergibt. Kann der Gewinn danach nicht ermittelt werden, ist von den Einnahmen eine Betriebsausgabenpauschale in Höhe von 20 Prozent abzuziehen. Als auf den Gewinn entfallende Steuern gilt im Falle einer Steuervorauszahlung der auf die Einnahmen

entfallende monatliche Anteil der Einkommensteuer einschließlich Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer. Auf Antrag der berechtigten Person ist Absatz 7 Satz 5 und 6 entsprechend anzuwenden.

(9) Ist die dem zu berücksichtigenden Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit zu Grunde liegende Erwerbstätigkeit sowohl während des gesamten für die Einkommensermittlung vor der Geburt des Kindes maßgeblichen Zeitraums als auch während des gesamten letzten abgeschlossenen steuerlichen Veranlagungszeitraums ausgeübt worden, gilt abweichend von Absatz 8 als vor der Geburt des Kindes durchschnittlich erzielt monatliches Einkommen aus dieser Erwerbstätigkeit der durchschnittlich monatlich erzielte Gewinn, wie er sich aus dem für den Veranlagungszeitraum ergangenen Steuerbescheid ergibt. Dies gilt nicht, wenn im Veranlagungszeitraum die Voraussetzungen des Absatzes 7 Satz 5 und 6 vorgelegen haben. Ist in dem für die Einkommensermittlung vor der Geburt des Kindes maßgeblichen Zeitraum zusätzlich Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit erzielt worden, ist Satz 1 nur anzuwenden, wenn die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 auch für die dem Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit zu Grunde liegende Erwerbstätigkeit erfüllt sind; in diesen Fällen gilt als vor der Geburt durchschnittlich erzielt monatliches Einkommen nach Absatz 7 das in dem dem Veranlagungszeitraum nach Satz 1 zu Grunde liegenden Gewinnermittlungszeitraum durchschnittlich erzielte monatliche Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit. Als auf den Gewinn entfallende Steuern ist bei Anwendung von Satz 1 der auf die Einnahmen entfallende monatliche Anteil der im Steuerbescheid festgesetzten Einkommensteuer einschließlich Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer anzusetzen.

#### **§ 10 BEEG - Verhältnis zu anderen Sozialleistungen**

(1) Das Elterngeld und vergleichbare Leistungen der Länder sowie die nach § 3 auf das Elterngeld angerechneten Leistungen bleiben bei Sozialleistungen, deren Zahlung von anderen Einkommen abhängig ist, bis zu einer Höhe von insgesamt 300 Euro im Monat als Einkommen unberücksichtigt.

(2) Das Elterngeld und vergleichbare Leistungen der Länder sowie die nach § 3 auf das Elterngeld angerechneten Leistungen dürfen bis zu einer Höhe von 300 Euro nicht dafür herangezogen werden, um auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer, auf die kein Anspruch besteht, zu versagen.

(3) In den Fällen des § 6 Satz 2 bleibt das Elterngeld nur bis zu einer Höhe von 150 Euro als Einkommen unberücksichtigt und darf nur bis zu einer Höhe von 150 Euro nicht dafür herangezogen werden, um auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer, auf die kein Anspruch besteht, zu versagen.

(4) Die nach den Absätzen 1 bis 3 nicht zu berücksichtigenden oder nicht heranzuziehenden Beträge vervielfachen sich bei Mehrlingsgeburten mit der Zahl der geborenen Kinder.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nicht bei Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch, dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und § 6a des Bundeskindergeldgesetzes. Bei den in Satz 1 bezeichneten Leistungen bleibt das Elterngeld in Höhe des nach § 2 Absatz 1 berücksichtigten durchschnittlich erzielten Einkommens aus Erwerbstätigkeit vor der Geburt bis zu 300 Euro im Monat als Einkommen unberücksichtigt. In den Fällen des § 6 Satz 2 verringern sich die Beträge nach Satz 2 um die Hälfte.

## **Änderungen im SGB V ab dem 01.01.2009:**

Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes (Seite 86 Drucksache 16/3100)

### **Absicherung im Krankheitsfall für alle – mehr Wahlmöglichkeiten und neue Leistungen für GKV-Versicherte**

Für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall wird es künftig einen Versicherungsschutz in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung geben. Der Umfang des bestehenden Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt im Wesentlichen bestehen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird in allen Bereichen und auf allen Ebenen innerhalb klarer, verlässlicher Regeln der Wettbewerb intensiviert, um Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu verbessern. Zugleich erhalten die Versicherten durch mehr Wettbewerb und mehr Transparenz künftig noch stärkere Wahlmöglichkeiten. So kann bei Wahrung des sozialen Schutzes gleich zeitig auch mehr Individualität verwirklicht und eine am jeweiligen Bedarf orientierte medizinische Versorgung weiter gefördert werden. In bestimmten Bereichen wie z. B. der Palliativversorgung werden neue Leistungen in den Leistungskatalog aufgenommen. Dafür wird in Bereichen, in denen aufgrund medizinisch nichtnotwendiger Eingriffe Behandlungsbedürftigkeit entsteht, mehr Eigenverantwortung eingefordert. Grundsätzlich gilt:

Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Für Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz im Basistarif anzubieten. **Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind.** Die private Krankenversicherung wird hierfür einen dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten – ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Sie ersetzt den bisherigen, in seiner Wirkung unzureichenden Standardtarif in der privaten Krankenversicherung.

### **§ 5 SGB V Versicherungspflicht**

**(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit**

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 94/95 Drucksache 16/3100):**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch dieses Gesetz. Da die privaten Krankenversicherungen künftig einen bezahlbaren Basistarif im Umfang des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen anbieten müssen, die privat krankenversichert sind oder sein können, erscheint es nicht länger erforderlich, Arbeitslosengeld-II-Bezieher auch dann in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren. Gleiches gilt für die Personen, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und als hauptberuflich selbständig Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist. Die Regelung

dient damit auch einer gleichmäßigeren Lastenverteilung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

## **§ 6 SGB V Versicherungsfreiheit**

### **(1) Versicherungsfrei sind**

.....

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

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 96 Drucksache 16/3100)**

Aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 5 a in § 5 werden Bezieher von Arbeitslosengeld II, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren oder die unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber als hauptberuflich selbständig Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist, nicht mehr versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Inhalt des bisherigen Satzes 4 ist daher entbehrlich. Durch die Neuformulierung wird sichergestellt, dass die Regelung des § 6 Abs. 3a über die Erschwerung des Eintritts der Versicherungspflicht für Personen nach Vollendung des 55. Lebensjahres nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt. Dies ist erforderlich, da andernfalls das Ziel, denjenigen, die ihren Krankenversicherungsschutz verloren haben, wieder eine Absicherung im Krankheitsfall zu gewähren, für diesen Personenkreis nicht erreicht würde.

## **§ 8 SGB V Befreiung von der Versicherungspflicht**

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

....

**1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld, ~~Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 a)~~ oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,**

### **Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 96 Drucksache 16/3100)**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einfügung des neuen Absatzes 5a in § 5. Da Bezieher von Arbeitslosengeld II, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren oder die unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber als hauptberuflich selbständig Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist, nicht mehr versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung werden, ist die Befreiungsmöglichkeit für bisher privat krankenversicherte Arbeitslosengeld-II-Bezieher entbehrlich.

## Rechtsgrundlagen für KV-Schulung für SGB-II-BearbeiterInnen

### § 205 VVG – § 205 Kündigung des Versicherungsnehmers (Sonderkündigungsrecht PKV-Vertrag)

(§ 205 VVG so seit 1.1.08. Bis 31.12.07 war das Sonderkündigungsrecht im § 5 (9) SGB V geregelt.)

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankentagegeldversicherung 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 Versicherungsnehmer 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 Prämienenerhöhung 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.

### § 8 SGB IV - 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) 1Bei 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. 2Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen. 3Wird bei der Zusammenrechnung nach Satz 1 festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tage der Bekanntgabe der Feststellung durch die Einzugsstelle oder einen Träger der Rentenversicherung ein.

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

## § 20 SGB IV - 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 im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten.

2 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.

## § 16 SGB V - Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,
  2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten,
  3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,
  4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a der Strafprozessordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.
- (2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung im Ausland erhalten.
- (3) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seemannsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, er hat nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten.

## **§ 19 SGB V - Erlöschen des Leistungsanspruchs – nachgehender Versicherungsschutz**

- (1) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.
- (2) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Eine Versicherung nach § 10 hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1.
- (3) Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 versicherten Angehörigen Leistungen längstens für einen Monat nach dem Tode des Mitglieds.

## **§ 200 RVO - Mutterschaftsgeld**

(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.

## **§ 5 KSVG**

- (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 Vollendung des 65. Lebensjahres eine selbstständige 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 selbstständige 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 selbstständige 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.

**§ 3 KVLG 1989 - Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen**

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für ...

6. die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder angehört haben, ...

*(Anmerkung: Parallelversicherung Alg II und KVLG seit 1.4.07)*



Spitzenverband

**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](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Famili-Meldeverfahren)

Seite 2 von 20

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.



## Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Famimeldeverfahren)

Seite 3 von 20

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 Eintragungsmittlung des ausländischen Wohnortträgers.



**Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Famili-Meldeverfahren)**

Seite 4 von 20

**§ 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



## Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)

Seite 5 von 20

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

## Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fam-Meldeverfahren)

Seite 6 von 20

(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,



## Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)

Seite 7 von 20

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.



## Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fam-Meldeverfahren)

Seite 8 von 20

(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.



**Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)**

Seite 9 von 20

**§ 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“



## **Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)**

In der Fassung vom 26. Oktober 2007

- Anlagen hier nicht wiedergegeben -

<b>Redaktionelle Inhaltsübersicht</b>	<b>Abschnitt</b>
Grundsatz	<u>1</u>
Meldepflichten des Mitglieds/Familienversicherten	<u>2</u>
Feststellung und Überprüfung der Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung	<u>3</u>
Nachweise zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung	<u>4</u>
Beginn und Ende der Familienversicherung	<u>5</u>
Nachwirkung von Nachweisen	<u>6</u>
Wirkung des Wahlrechts nach § 10 Abs. 5 SGB V	<u>7</u>
Mitteilungspflichten der Krankenkasse	<u>8</u>
Aufbewahrungspflichten	<u>9</u>
In-Kraft-Treten	<u>10</u>
 Übersicht über die Anlagen 1 - 5	 <u>Anhang</u>

### **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 Prüfrythmus 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"

## 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

Schrift	Telefon
ntestraße 11, 26135 Oldenburg	0441/927-0
nigsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
racelsusstraße 21, 06114 Halle	0345/213-0
nigsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
igelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
atanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg	0395/370-0
igelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
hendorffstraße 4 - 6, 67346 Speyer	06232/17-0
albert-Stifter-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0
edrich-Eber-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
edrich-Eber-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
artenstraße 194, 48147 Münster	0251/238-0
nigsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
eselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
irt-Schumacher-Straße 20, 38102 Braunschweig	0531/7006-0
edrich-Eber-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
irt-Schumacher-Straße 20, 38102 Braunschweig	0531/7006-0
m Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
atanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg	0395/370-0
albert-Stifte-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0
atanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg	0395/370-0
ichendorffstraße 4 - 6, 67346 Speyer	06232/17-0
ieselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
ieselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
m Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
artenstraße 94, 48147 Münster	0251/238-0
iegelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
omas-Dehler-Straße 3, 81737 München	089/6781-0
nedenstraße 14, 97070 Würzburg	0931/802-0
nobelsdorffstraße 92, 14059 Berlin	030/3002-0
nedenstraße 14, 97070 Würzburg	0931/802-0
iegelstraße 150, 23556 Lübeck	0451/485-0
adalbert-Stifte-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0
m Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
m Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
m Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
önigsallee 71, 40215 Düsseldorf	0211/937-0
m Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut	0871/81-0
ieselstraße 9, 86154 Augsburg	0821/500-0
Mittelsbacherng 11, 95444 Bayreuth	0921/607-0
Kranichfelder Straße 3, 99097 Erfurt	0361/482-0
Friedrich-Eber-Damm 245, 22159 Hamburg	040/6381-0
Adalbert-Stifte-Straße, 105, 70437 Stuttgart	0711/848-0

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 leistungs-  
rechtlichen Vorschriften

Der Deutsche Bundesrat 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 28. 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.

Ergänzt werden diese Erläuterungen durch das Rundschreiben Nr. 72/88 der Deutschen Verbindungsstelle - Krankenversicherung-Ausland

zu Sachverhalten mit Auslandsbezug sowie das Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger zum Beziehungsrecht Krankenversicherung/Unfallversicherung vom 7. November 1988.

Die Kommentierung zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 195 bis 200 b RVO, §§ 22 bis 31 KVLG) muß aus Zeitgründen auf Januar 1989 verschoben werden. Von Ausführungen zu den §§ 63 bis 68 SGB V wurde abgesehen, da bei den Erprobungsregelungen kein aktueller Handlungsbedarf besteht.

Die Erläuterungen sind so umfassend gegeben worden, wie dies in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit möglich war. Offen gebliebene Fragen werden in den routinemäßigen Besprechungen der Leistungsreferenten weiter beraten werden. Insoweit wird insbesondere auf die Ausführungen zu den §§ 10 und 62 SGB V hingewiesen.

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 Versicherungsfalles (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.

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. 25/1986 - wiedergegeben in Abschnitt 5., Anhang B.).**

Siehe Beispiel →

→ **Staaten auf dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien**

Verläßt 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

Folgende Übersicht basiert auf einer tabellarischen Übersicht der Spitzenverbände der Krankenkassen:

Einkunftsart	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt	Gesamteinkommen
<b>A</b>			
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	<u>§ 21 BeamtVG,</u> <u>§§ 28 - 35 SVG</u>	ja	nein
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<u>§ 107 SGB VI</u>	ja	nein
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<u>§ 80 SGB VII</u>	ja	nein
Altersmehrbedarf	<u>§ 30 Abs.1</u> <u>Nr. 1 SGB XII</u>	nein	nein
Altersübergangsgeld	<u>§ 429 SGB III</u>	ja	nein
Anpassungsgeld im Bergbau	APG-Richtlinien	ja	nein
Arbeitnehmersparzulage	<u>5. VermBG</u>	nein (BSG-Urteil wienein (BSG Urteil vom 22.07.1981 – 3 RK 7/80-, USK 81123)	nein
Arbeitseinkommen	<u>§ 15 SGB IV</u>	ja	ja
Arbeitsentgelt	<u>§ 14 SGB IV</u>	ja	ja
Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (z.B. Ausbilder Betreuer, Erzieher, Übungsleiter oder vergleichbare Tätigkeit)	<u>§ 14 SGB IV</u> i.V.m ArEV <u>Nr. 26 EStG</u>	ja	ja, soweit steuerpflichtig (über 1.848,00 EUR jährlich)
Arbeitsförderungsgeld	<u>§ 43 SGB IX</u>	ja	nein
Arbeitslosenbeihilfe	<u>§ 86a SVG</u>	ja	nein
Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld	<u>§§ 116 Nr. 2,</u> <u>117 SGB III</u>	ja	nein
Arbeitslosengeld II	<u>§ 19 SGB II</u>	ja	nein
Asylbewerberleistungsgesetz, Grundleistungen nach dem	<u>§ 3 AsylbLG</u>	ja	nein
Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz, Leistungen nach dem	<u>AFBG</u>	nein	nein
Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeiten	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Aufwendungsersatz für Betreuer	<u>§ 1835 BGB</u>	nein	nein
Ausbildungsbeihilfe der Telekom während eines Berufsgrundbildungsjahres	-	ja	nein
Ausbildungsgeld	<u>§ 104 SGB III</u>	ja	nein
Ausbildungsvergütung	BBiG	ja	ja
Ausgleichsgeld	<u>§§ 9, 10 FELEG</u>	ja	nein
Ausgleichsleistungen für Opfer politischer Verfolgung im	<u>§ 8 BerRehaG</u>	nein	nein

Beitrittsgebiet			
Ausgleichsleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz	§§ 243 ff. LAG	Ja, s.a. UH-Hilfe wg. Pflegebedürftigkeit	nein
Ausgleichsrente	<u>§§ 32, 41, 43, 47 BVG</u>	ja	nein

**B**

BAföG	<u>§§ 11 ff. BAföG</u>	nein	nein
Barbetrag bei Heimunterbringung	<u>§ 35</u>	ja	nein
Baukindergeld	<u>Abs. 2 SGB XII</u> <u>§ 34f EStG</u>	nein	nein
Behindertenmehrbedarf	<u>§ 30</u>	nein	nein
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld	<u>Abs. 4 SGB XII</u> <u>§ 17 BVG</u>	ja	nein
Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	<u>BhV des Bundes bzw. der Länder</u>	nein	nein
Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Kranken- und Pflegeversicherung	<u>§ 257 SGB V,</u> <u>§ 61 SGB XI</u>	nein	nein
Beitragszuschuss zum Beitrag zur Alterssicherung der Landwirte	<u>§ 32 ALG</u>	nein	nein
Beitragszuschüsse von der Rentenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung	<u>§ 106 SGB VI</u>	nein	nein
Bekleidungsgeld	<u>§ 15 BVG,</u> <u>§ 27 SGB XII</u>	nein	nein
Bergmannsprämie	-	ja	nein
Berufsausbildungsbeihilfe für Behinderte	<u>§ 100</u> <u>Nr. 3 SGB III</u>	ja	nein
Berufsausbildungsbeihilfen	<u>§§ 59, 74 SGB III</u> ja oder Landesgesetze	ja	nein
Berufsschadensausgleich	<u>§ 30 BVG</u>	ja	nein
Betriebshilfe	<u>§§ 10, 36-</u> <u>39 ALG,</u> <u>§ 26 KVLG,</u> <u>§ 9 KVLG 1989,</u> <u>§ 54 SGB VII</u>	nein	nein
Betriebsrenten als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	<u>§ 19 EStG</u>	ja	ja
Betriebsrenten als sonstige Einkünfte	<u>§ 22 EStG</u>	ja	ja
Blindenführhund (Unterhaltungskosten)	<u>§ 14 BVG,</u> <u>§ 33 SGB V,</u> <u>§ 72 SGB XII</u>	nein	nein
Blindengeld	Landesgesetze	nein	nein
Blindenhilfe	<u>§ 72 SGB XII</u>	nein	nein
<b>C</b>			
Conterganrente	§§ 12 ff. des	nein	nein

Gesetzes über die  
Errichtung einer  
Stiftung  
"Hilfswerk für  
behinderte  
Kinder"

D			
Diätzulage	<u>§ 30</u> <u>Abs. 5 SGB XII</u>	nein	nein
E			
Ehegattenzuschlag	<u>§§ 33a BVG</u>	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	<u>EigZulG</u>	ja (vgl. Urteil des BVerwG v. 28.5.03, - 5 C 41.02)	nein
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	<u>§§ 53 – 60 SGB</u> <u>XII</u>	nein (BSG-Urteil vom 9.3.82, 3 RK 67/8 – USK 8258)	nein
Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<u>§ 418 SGB III</u>	ja	nein
Eingliederungshilfe in Sonderfällen	<u>§ 420 Abs. 1 und</u> <u>2 SGB III</u>	ja	nein
Einstiegsgeld (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbständig nach <u>§ 10 Abs. 1</u> <u>Nr. 4 SGB V</u> )	<u>§ 29 SGB II</u>	nein	nein
Elterngeld (für Geburten ab 1. Januar 2007)	<u>§ 10 BEEG</u>	ja, je Kind der den Betrag von 300 Euro, in Fällen des § 6 (2) BEEG der den Betrag von 150 Euro übersteigende Teil	
Elternrente	<u>§ 49 BVG</u>	ja	nein
Entlassungsgeld für Soldaten	<u>§ 9 WSG</u>	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Entschädigungen als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen	<u>§ 24 Nr. 1</u> <u>Buchst. a EStG</u>	ja	ja
Entschädigungen für die Aufgabe oder Nichtausübung einer Tätigkeit	<u>§ 24 Nr. 1</u> <u>Buchst. b EStG</u>	ja	ja
Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz	<u>IfSG</u>	ja	nein
Entschädigungen aufgrund des	<u>§ 3 KgfEG</u>	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 n	nein
Existenzgründungszuschuss (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbständig erwerbstätig nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	§ 4211 SGB III	ja	nein
<b>F</b>			
Fahrkostenerstattung durch Sozialleistungsträger z.B. Familiengeld	§ 60 SGB V	nein	nein
Familienzuschläge	Landesgesetze	nein ja	nein ja, ausgenommen bei Anwendung des § 10 Abs.3 SGB V bzw. § 25 Abs. 3 SGB XI
Freie Förderung	§ 10 SGB III	ja	nein
<b>G</b>			
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	nein

(§ 62 Abs. 2 SGB V sowie BSG-Urteile vom 21.10.1980 3 RK)

53/79-, 3 RK 13/80-,  
3 RK 15/80, USK  
80210)

Grundrente für Hinterbliebene	<u>§§ 40, 43, 46 BVG</u>	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 H	<u>§ 42 SGB XII</u>	ja	nein
Härtefonds für rassistisch Verfolgte nicht jüdischen Glaubens (HNG- Fonds), Leistungen aus dem - Härteleistungen an Opfer von nationalsozialistischen Unrechtsmaßnahmen im Rahmen des allgemeinen Kriegsfolgegesetzes	-	nein	nein
Härteleistungen an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung zur Abgeltung von Härten in Einzelfällen im Rahmen der Wiedergutmachung	AKG-Richtlinien	nein	nein
Härteleistungen für Opfer terroristischer Straftaten aus dem Bundeshaushalt	Richtlinien der Bundesregierung für die Vergabe von Mitteln an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung	nein	nein
Haushaltshilfe	<u>§ 10 KVLG 1989,</u> <u>§ 38 SGB V,</u> <u>§ 70 SGB XII</u>	nein, Verdienstaus- fallerstattung	s.a. nein
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Einmalzahlung wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer	<u>§ 3</u> <u>Abs. 3 AntiDHG</u>	nein	nein
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer - Hilfe zum Lebensunterhalt	<u>§ 3</u> <u>Abs. 2 AntiDHG</u>	ja, zur Hälfte	nein
Hilfe in anderen Lebenslagen	<u>§ 27a BVG,</u> <u>§ 19 SGB XII</u>	ja	nein
Hilfen zur Gesundheit	<u>§§ 70-73 SGB XII</u>	nein (BSG-Urteil vom 9.3.1982 3 RK 67/8 - USK 8258)	
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	<u>§§ 67 - 69 SGB</u> <u>XII</u>	nein (BSG-Urteil vom 9.3.1982 - 3 RK 67/8 - USK 8258)	

Insolvenzgeld	<u>§ 183 SGB III</u>	ja	nein
<b>J</b>			
Jobticket	-	ja, sofern kostenfreie Bereitstellung durch den Arbeitgeber	
Jubiläumsgeld		ja	
<b>K</b>			
Kapitalentschädigung für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	<u>§ 17 StrRehaG</u>	nein	nein
Kapitalvermögen, Einkünfte aus -	-	ja	ja
Kindererziehungsleistungen (für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind)	<u>§§ 294, 294a SGB VI</u>	nein	nein
Kindergartenzuschüsse	-	ja	nein
Kindergeld	<u>§§ 62 ff. EStG, §§ 1 ff. BKGG</u>	nein	nein
Kinderzulage	<u>§ 217 SGB VII</u>	nein	nein
Kinderzuschlag	<u>§ 6a BKGG, § 33b BVG</u>	nein	nein
Kinderzuschuss der Rentenversicherung	<u>§ 270 SGB VI</u>	nein	nein
Klassenfahrten, Leistungen für mehrtägige - Kost und Wohnung	<u>§ 23 Abs. 3 Nr. 3 SGB II SachBezV</u>	ja	nein
Krankengeld	<u>§§ 44, 45 SGB V, §§ 12, 13 KVLG 1989</u>	ja	nein
Krankenversicherungszuschlag	<u>§ 13 Abs. 2a BAföG</u>	nein	nein
Kriegsbeschädigtenrente	<u>§ 86 Abs. 1 und 2 BVG</u>	ja	nein
Kriegsschadenrente	<u>§ 261 LAG</u>	ja	nein
Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld	<u>§§ 169 SGB, 216b III</u>	ja	nein
<b>L</b>			
Land und Forstwirtschaft, Einkünfte aus -	-	ja	ja
Landeserziehungsgeld	Landesgesetze	nein	nein
Leibrrente, private	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	<u>§§ 36 ff. SGB XI, § 44 SGB VII, §§ 61, 64 SGB XII</u>	nein	nein
<b>M</b>			
Mehrbedarf für voll Erwerbsgeminderte und andere Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt, Leitungen für - Mehrbedarfsrente	<u>§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII § 21 SGB II</u>	nein	nein
Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung	<u>§ 843 BGB § 94 SGB VII</u>	ja nein	nein nein

MeisterbafoG Mietzuschuss	<u>AFBG</u> <u>§§ 27, 29</u> <u>Abs. 1 SGB XII</u>	nein Ja (BSG-Urteil vom 11.4.1984 - 12 RK 41/82, USK 84117)	nein nein
Mobilitätshilfen Montanunion-Vertrag, Leistungen nach dem - Mutterschaftsgeld	<u>§ 53 SGB III</u> Art. 56 MUV <u>§ 200 RVO,</u> <u>§ 29 KVLG,</u> <u>§ 13 MuSchG</u>	ja ja Ja, in den Fällen des § 8 BErzGG nur der über 300 EUR (Regelbetrag) bzw. 450 EUR (Budget) hinausgehende Betrag	nein nein nein
<b>N</b>			
Nutzungsvergütungen Nutzungswert der Sachbezüge	<u>§ 24 Nr. 3 EStG</u> <u>§ 21 Abs. 2 EStG</u>	ja Ja, in Höhe der SvEV (§ 8 Abs. 2 Satz 6 EStG)	ja ja, in Höhe der Sachbezugsverordnung (§ 8 Abs. 2 Satz 6 EStG)
<b>P</b>			
Pflege, Hilfe zur - Pflegegeld	<u>§ 44 SGB VII,</u> <u>§ 61 SGB XII</u> <u>§ 37 SGB XI,</u> <u>§ 44 SGB VII</u> <u>§ 35 BVG</u> <u>§ 64 SGB XII</u> bzw. Landesgesetze	nein nein	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 Pflegehohngeld Pflegezulage Produktionsaufgabenrente	<u>§ 13a BAfoG</u> z.B. § 12 PfgNW <u>§ 35 BVG</u> <u>§§ 5, 6 FELEG</u>	nein nein nein ja	nein nein nein ja, soweit steuerpflichtig
<b>R</b>			
Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts	<u>§ 20 SGB II</u>	ja	nein
Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<u>§§ 44, 53 SGB IX</u>	nein, siehe jedoch „Verdienstausfaller- stattung“	nein
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<u>SGB VI</u>	ja	ja
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte	<u>§ 56 SGB VII</u>	ja, soweit sie den Grundrentenbetrag nach § 31 Abs. 1	nein

		BVG übersteigen	
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Hinterbliebene	<u>§§ 65 – 67, 69 SGB VII</u>	ja	nein
Renten aus einer Höherversicherung	<u>§ 280 SGB VI</u>	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	<u>ALG</u>	ja	ja
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht	<u>BVG und andere soziale Entschädigungssetze (z.B. HHG, IfSG, OEG, SVG, ZDG)</u>	siehe Ausgleichs- bzw. Grundrente	nein
Renten von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen	-	ja	ja
Rentenabfindung	<u>§ 107 SGB VI</u>	ja	nein
Rentennachzahlung		ja	
Ruhegehalt	<u>BeamtVG</u>	ja	ja
<b>S</b>			
Sachbezüge	<u>SachBezV</u>	ja	ja
Sachschadenersatz	<u>§ 13 SGB VII</u>	nein	nein
Schadenersatzrente	<u>§ 843 BGB</u>	ja	nein
Schadenausgleich	<u>§ 40a BVG</u>	ja	nein
Schmerzensgeld	<u>§ 253 Abs. 2 BGB</u>	nein	nein
Schwangerenmehrbedarf	<u>§ 30 Abs. 2 SGB XII</u>	nein	nein
Schwerverletztzulage	<u>§ 57 SGB VII</u>	nein	nein
Selbständige Arbeit, Einkünfte aus -		ja	ja
"Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit", Leistungen der Arbeitsverwaltung im Rahmen des von der Bundesregierung beschlossenen Sozialgeld	Art. 7, § 2 der Sofortprogramm-Richtlinien	ja	nein
Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft", Leistungen der -	<u>§ 28 SGB II</u> Gesetz zur Errichtung der Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft" vom 02.08.2000	ja nein	nein nein
Stiftung „Hilfe für NS-Verfolgte“;		nein	nein

Leistungen der Hamburger - Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen, Leistungen der - Stiftung „Mutter und Kind“ - Schutz des ungeborenen Lebens“, Leistungen der -	HIV-Hilfegesetz	nein	nein
	§§ 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
<b>T</b>			
Tagespflege- Aufwandsentschädigung	<u>§ 23 SGB VII</u>	ja	nein
Tbc-Mehrbedarf	<u>§ 30 Abs. 5 SGB XII</u>	nein	nein
Teilarbeitslosengeld	<u>§ 116 Nr. 2 SGB III</u>	ja	
<b>U</b>			
Überbrückungsgeld	<u>§ 38 ALG</u>	ja	ja
Überbrückungsgeld (Beachte: Bezieher sind bereits hauptberuflich selbständig erwerbstätig nach <u>§ 10 Abs. 1 Nr. 4 SGB V</u> )	<u>§ 57 SGB III</u>	ja	nein
Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse	§§ 10, 11 Satzung der Seemannskasse	ja	ja
Übergangsgebühren nach dem Ausscheiden als Zeitsoldat	§§ 11, 11a SVG	ja	ja
Übergangsgeld	<u>§ 160 SGB III, § 26a BVG, §§ 49 ff. SGB VII, § 20 SGB VI</u>	ja	nein
Übergangsgelder und Übergangsbeihilfen wegen Entlassung aus einem Dienstverhältnis	<u>§§ 62 ff. BAT, § 47 BeamtVG</u>	ja	ja, soweit steuerpflichtig ( <u>§ 52 Abs. 4a EStG</u> )
Unfallruhegehalt	<u>BeamtVG</u>	ja	nein
Unterbringungskosten im Alten- und Pflegeheimen, die von Dritten getragen werden	-	ja	nein

Unterhalt, den getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten erhalten	<u>§§ 1361 Abs. 4, 1585 Abs. 1 BGB</u>	ja	ja, im Falle des begrenzten Realsplittings
Unterhalt, den getrennt lebende Lebenspartner oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	<u>§§ 12, 15 LPartG</u>	ja	ja, im Falle des begrenzten Realsplittings
Unterhalt, den ständig im Heim lebende Ehe- bzw. Lebenspartner vom anderen Ehe- bzw. Lebenspartner erhalten	<u>§ 1360 BGB, § 5 LPartG</u>	ja	nein
Unterhalt, den Kinder von Dritten (z.B. von einem nicht regelmäßig mit ihnen zusammenlebenden Elternteil, vom Sozialamt, vom Jugendamt) erhalten	z.B. <u>UVG</u>	ja	nein
Unterhalt des Kindes oder des Jugendlichen, Leistungen zum - Unterhaltszahlungen, freiwillige Unterhaltsbeihilfen	<u>§ 39 SGB VII</u>	ja	nein
Unterhaltsgeld	<u>§ 26a BVG</u>	ja	nein
Unterhaltshilfe	<u>§ 153 SGB III a.F.</u>	ja	nein
Unterhaltshilfe wegen Pflegebedürftigkeit, Erhöhung der Unterhaltssicherung, Leistung zur -	<u>§ 267 ff. LAG</u>	ja	nein
	<u>§ 267 LAG</u>	nein	nein
Unterhaltssicherung, Leistung zur -	<u>§§ 5 ff. USG</u>	ja	nein
Unterkunft und Heizung, Leistungen für	<u>§§ 22 SGB II</u>	ja	nein
Unterstützungsleistungen für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	<u>§ 18 StrRehaG</u>	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	<u>§ 1836 BGB</u>	ja	ja
Verletztengeld	<u>§ 45 SGB VII</u>	ja	nein
Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus -	-	ja	ja
Vermögenswirksame Leistungen	<u>§ 14 SGB IV</u> i.V.m. VermBG	ja	ja
Verschollenheitsrente	<u>§ 52 BVG</u>	ja	nein
Versorgungsbezüge als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	<u>§ 19 EStG</u>	ja	ja, und zwar ohne Abzug des Versorgungsfreibetrages und des Zuschlages zum

Versorgungsbezüge als sonstige Einkünfte	<u>§ 22 EStG</u>	ja	Versorgungsfreibetrag ja
Versorgungskrankengeld	<u>§§ 16, 17 BVG</u>	ja	nein
Vorruhestandsgeld	-	ja	ja, soweit steuerpflichtig

**W**

Waisengeld	<u>§ 23 BeamtVG</u>	ja	ja
Werksrente	<u>§§ 19, 22 EStG</u>	ja	ja
Winterausfallgeld-Vorausleistung	<u>§ 221</u> <u>Abs. 3 SGB III</u>	ja	ja
Wintergeld/Winterausfallgeld	<u>§ 209 SGB III</u>	ja	nein
Witwen-, Waisen-, Witwerbeihilfe	<u>§ 48 BVG</u>	ja	nein
Witwen-/Witwerrentenabfindung	<u>§ 107 SGB VI</u>	ja	nein
Witwengeld	<u>§ 19 BeamtVG</u>	ja	ja
Wohngeld	<u>§ 3 des 2. WoGG</u>	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-Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit bei einem Stundenlohn bis einschließlich 50,00 EUR	<u>§ 24 SGB II</u>	ja	nein
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit bei einem Stundenlohn bis einschließlich 50,00 EUR	<u>§ 3b EStG</u>	ja	nein
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit für Besserverdienende mit einem Stundenlohn über 50,00 EUR	<u>§ 3b EStG</u>	ja	ja
Zuschüsse des Arbeitgebers um Mutterschaftsgeld	<u>§ 14 MuSchG</u>	ja	nein
Zuschüsse während der Mutterschutzfrist für Beamtinnen	<u>§ 4a MuSchBV</u>	ja	nein
Zuwendungen, die Arbeitnehmer anlässlich ihrer Eheschließung oder der Geburt eines Kindes von ihrem Arbeitgeber erhalten	-	ja	ja

---

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.

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

- 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.

## **Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

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.

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

5.2 Der Wert der Haushaltsführung richtet sich nach Tabelle 21 - Sonstige nichtproduzierende Bereiche - der gemäß § 69 Abs. 2 SGB VI zu ermittelnden Durchschnittsentgelte<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>. 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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

- 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 Überschreibungsbetrag. Die Berechnung erfolgt nach folgender Formel:

$$\frac{\text{Berücksichtigungsfähiger Wert der Haushaltsführung bzw. der Kinderbetreuung} \times \text{Überschreibungsbetrag}}{\text{Nettoeinkommen des Mitglieds (und ggf. des Ehegatten bzw. Lebenspartners i. S. d. LPartG) zuzüglich Überschreibungsbetrag}} = \text{Kürzungsbetrag}$$

- 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.

Zelle	Status	Haushaltsführung		Kinderbetreuung	
		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

## Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)

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 alleinerziehendes 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<sup>3</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

**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).

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

**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
<b>zusammen</b>	<b>1.200,00</b>	<b>1.200,00</b>	<b>300,00</b>	<b>300,00</b>

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  $(1.398,00 \text{ EUR} \times 576,00 \text{ EUR} : 1.476,00 \text{ EUR} =)$  545,56 EUR auf 852,44 EUR

und der

⇒ Kinderbetreuung von 78,00 EUR  
 um  $(78,00 \text{ EUR} \times 576,00 \text{ EUR} : 1.476,00 \text{ EUR} =)$  30,44 EUR auf 47,56 EUR  
 900,00 EUR

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

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.

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

**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:

$$2.100,00 \text{ EUR} : 4 = 525,00 \text{ EUR}$$

Hälfte des Unterhaltsbedarfs:

$$525,00 \text{ EUR} : 2 = 262,50 \text{ EUR}$$

**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.

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

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
<b>zusammen</b>	<b>3.654,00</b>	<b>3.654,00</b>	<b>1.527,00</b>	<b>1.527,00</b>

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.

150

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

**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
<b>zusammen</b>	<b>3.600,00</b>	<b>3.600,00</b>

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	Unterhaltsbedarf EUR	Überschuss EUR	Fehlbetrag EUR
Mitglied	2.100,00	1.150,00	950,00	-
Stiefkind	200,00	1.150,00	-	950,00
<b>zusammen</b>	<b>2.300,00</b>	<b>2.300,00</b>	<b>950,00</b>	<b>950,00</b>

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).

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

**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
<b>zusammen</b>	<b>1.153,00</b>	<b>1.153,00</b>	<b>223,50</b>	<b>223,50</b>

Unterhaltsbedarf:

$$1.153,00 \text{ EUR} : 4 = 288,25 \text{ EUR}$$

Hälfte des Unterhaltsbedarfs:

$$288,25 \text{ EUR} : 2 = 144,13 \text{ EUR}$$

**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).

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

**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 beigelegt 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
<b>zusammen</b>	<b>1.578,36</b>	<b>1.578,36</b>	<b>607,03</b>	<b>607,03</b>

Unterhaltsbedarf:

1.578,36 EUR : 4 = 394,59 EUR

Hälfte des Unterhaltsbedarfs:

394,59 EUR : 2 = 197,30 EUR

---

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

---

**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.

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

**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 Mit- gliedes	300,00 (eigene Einkünfte) 733,33 (Unterhaltsbeitrag)	1.200,00	-	166,67
<b>Zusammen</b>	<b>3.599,99</b>	<b>3.600,00</b>	<b>166,66</b>	<b>166,67</b>

Unterhaltsbedarf:

$$3.599,99 \text{ EUR} : 3 = 1.200,00 \text{ EUR}$$

Hälfte des Unterhaltsbedarfs:

$$1.200,00 \text{ EUR} : 2 = 600,00 \text{ EUR}$$

**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 Mit- gliedes	300,00 (eigene Einkünfte) 733,33 (Unterhaltsbeitrag)	1.183,33	-	150,00
<b>Zusammen</b>	<b>2.366,66</b>	<b>2.366,66</b>	<b>150,00</b>	<b>150,00</b>

Unterhaltsbedarf:

$$2.366,66 \text{ EUR} : 2 = 1.183,33 \text{ EUR}$$

Hälfte des Unterhaltsbedarfs:

$$1.183,33 \text{ EUR} : 2 = 591,67 \text{ EUR}$$

---

**Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen  
der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)**

---

**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 — 11 a 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-

# DAS BEDEUTEN DIE ANGABEN AUF IHRER VERSICHERTENKARTE

## Datensicherer Speicherchip

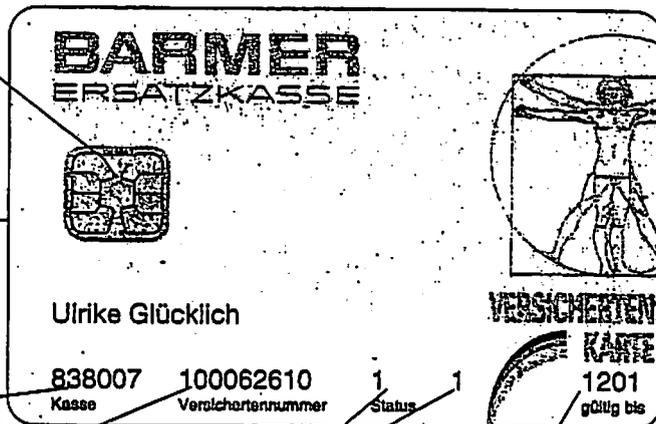
Ihre hier gespeicherten Daten Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Krankenkasse und Gültigkeitsdatum können bei Ihrem Arzt nur gelesen und nicht verändert werden.

## 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 Partner-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.

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.

Datum: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung/Pflegeversicherung**

- Anmeldung
- Berichtigung
- Stornierung
- Abmeldung
- Berichtigung
- Stornierung

Grund: 

--	--

 10 = Anmeldung Beginn L-Bezug  
11 = Anmeldung wegen KK-Wechsel

Grund: 

--	--

 30 = Abmeldung Ende L-Bezug  
31 = Abmeldung wegen KK-Wechsel

Kundennummer	Bedarfsgemeinschaftsnummer
Org.-Zeichen	Betriebsnummer ARGE (BBNR Verursacher)

Versicherungs-Nr. oder Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
	Geburtsdatum		

Name (Familienname, Rufname, ggf. Vorsatzwort, ggf. Titel)	Staatsangehörigkeit (verschlüsselt)		
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, ggf. Postort)			
Geburtsname *	Geburtsort *	Geburtsland * (verschlüsselt)	Geschlecht * (M = männl., W = weibl)

Bei Berichtigung/Stornierung: Es wurden zuletzt gemeldet:	Leistungsartgruppe	50 = Arbeitslosengeld II für Pflichtversicherte 51 = Arbeitslosengeld II für Familienversicherte		
	Versicherungsbeginn	Tag	Monat	Jahr
	Beitragsgruppe	1	0	0
	Rechtskreis	W = alte Bundesländer O = neue Bundesländer		
	Rentenversicherungszweig	A = RV der Arbeiter      B = RV der Angestellten C = Knappsch. RV (Arb.)      G = Knappsch. RV (Ang.)		
	Krankenversicherer-Nummer			
	Versicherungs-Ende	Tag	Monat	Jahr
	Beendigungsgrund (verschlüsselt)			
	Doppelversicherungsbeginn	Tag	Monat	Jahr
	Vertrauensschutzende	Tag	Monat	Jahr
Bei Abmeldung	Leistungsbetrag (Monatsbetrag)	Euro		Cent
	Sanktionen	J = Ja N = Nein		
	Auszahlung an Dritte	J = Ja N = Nein		
	Vorschuss	V = bei Vorschusszahlung		
	Bei Berichtigung: Es waren zu melden: - Bei Stornierung Nullen angeben -	Tag	Monat	Jahr
		Tag	Monat	Jahr
		Tag	Monat	Jahr
		Tag	Monat	Jahr
		Tag	Monat	Jahr
		Euro	Cent	
J = Ja N = Nein				
J = Ja N = Nein				
V = bei Vorschusszahlung				

Im Auftrag

\* Nur auszufüllen, wenn die Versicherungsnummer nicht bekannt ist.



**Gesundheitskarte**

Maxima Mustermann  
AOK (Musterland)

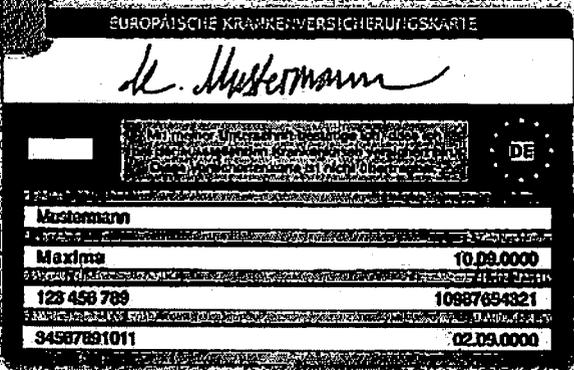
123456789 A123456789

**Mit Zustimmung der Versicherten:**

- Notfalldaten (z.B.: Impfungen)
- Arzneimittel-Dokumentation
- Elektronischer Arztbrief
- Elektronische Patientenakte

**Pflichtangaben:**

- Versicherungsangaben
- Identitätsnachweis und Lichtbild
- Europäische Krankenversichertenkarte
- Elektronisches Rezept



EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

*M. Mustermann*

Mustermann

Maxima 10.09.0000

123 456 789 10887694321

94567891011 02.09.0000

Graphic: AOK-Medien dienst

### 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, 53107 Bonn

Frau

Claudia Mehlhorn

[Redacted]

[Redacted] 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*

Frank P. Bayer-Helms

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: Se. elne 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 Leitfadens 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.

Abrechnung der Brutto-Netto-Bezüge in Euro für Oktober 2003 29.10.2003 Blatt: 1

1

Pers.-Nr.	Abteilungs-Nr.	Geb.dat	Eintritt	Austritt	St.Kl	Kinderfreibeb.	SLTg	Freibetr.jähr.	Freibetr.mtl.	PGRS	Konfession						
00001		151152	170283		3	10				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					1490	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.	
				66671	
Krh.Tg	Krh.Std	Zeifo.Std	Url.Ansp.	SV-AG-Anteil kuml.	
				3.96550	
Fehl.Tg	Fehl.Std	Über.Std	mtl.gen.Url	AkkF	AkkM1
				250	
Std.lohn 1	Std.lohn 2	Std.lohn 3	gen.Url.ges.		
1400	050	060			
Durchschnitt 1	Durchschnitt 2	Durchschnitt 3	Resturl.		

Riedel-Test-GmbH

90534 Musterstadt

Herrn/Frau

Pers.-Nr. 00001

3NW  
50  
B/N

2

Mustermann Inge-Muster  
Musterstr. 78  
90329 Musterstadt

3

Lohnart	Bezeichnung	bezahlte Menge 1)	Faktor	%-Zuschlag	St 1)	SV1)	GB1)	Betrag
200	Festbezug Lohn/Gehalt				L	L	J	3.100,00
10	VWL-AG-Anteil				L	L	J	30,00
02	Betr.AV.AG lfd.ST-pau				P	F	J	33,05

Gesamt-Brutto

3.163,05

Steuer/Sozialversicherung:

SteuBr-Brutto 2)	Lohnsteuer	Kirchensteuer	SoZ	Steuerrchlf. Abzüge		
3.130,00	361,50	211,3	12,91	395,54		
KV/PV-Brutto	RV/AV-Brutto	KV-Beitrag	PV-Beitrag	RV-Beitrag	AV-Beitrag	SV-rechtl. Abzüge
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	32.924,98	SteuBr-Brutto	25.570,00
Lohnsteuer	6.555,49	Kirchensteuer	84,52
SoZ	332,65	Steuerrchlf. Bezüge	6.514,88
SV-Brutto	19.462,50	RV-Beitrag	1.869,29
KV-Beitrag	1.231,01	PV-Beitrag	149,06
AV-Beitrag	623,46	KUG-Ausz.	66,71
		VWL-ges.	160,00
Pfändung Räst		Darlehen Räst	
		gesetzlich versteuerte Einkünfte	840,00

Nr.	Netto-Bezüge/Netto-Abzüge	
01	Betriebl. Altersvorsorg	33,05
98	Vermögensbildung	40,00

6

Bank Betrag erhalten :

BLZ:

Kto-Nr:

Auszahlungsbetrag

Euro 2.027,75

1) Anrechnung, Es-Eintrag, Fehld., Je-Gesamt-Brutto, K=Körpersch., Km=Kilometer, L=Leistung, M=monatliche, V=vierteljährliche, W=Wertgutgaben.  
2) Einheitsmäßig das steuerlich relevanten-Werte bei einer Nachberechnung ins Vorjahr.

Die Lohnabrechnung für Inge Muster-Mustermann kommt vom Nürnberger Abrechnungsspezialisten Davev. Auch wenn dessen Formulare als besonders übersichtlich gelten: Die 51-jährige Arbeiterin mit Steuerklasse 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 Eintrittsdatum in den Betrieb überprüfen.

**RUBRIK 2:** Als Statistische Werte tauchen grundsätzlich in allen Abrechnungen nur der monatliche und der im laufenden Jahr insgesamt angefallene Versicherungs-Arbeitgeberanteil (SV-AG-Anteil) auf. Angaben zum Krankheitsanspruch, 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 als Gesamt-Brutto.

**RUBRIK 4:** Negativ zu Buche schlagen die Steuerbeträge, andererseits die Sozialversicherungsbeiträge, die jeweils zu Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgebracht werden. Geteiltes Leid ist halbes Leid. Manche Arbeitnehmern erscheinen die Abzugssummen aber nicht nur verständlich hoch, sondern sie stolpern auch darüber, dass sich im aufgeführten Steuer-Brutto weder der monatliche Festbezug (hier 3100 Euro) noch das Gesamtbrutto (hier 163,05 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 die Zusatzleistung des Arbeitgebers nicht beteiligt. Der Abrechnungs-Inhaber erkennt diese Besonderheiten an einem P (für pauschal im Erläuterungsfeld zur Betrieblichen Altersvorsorge) beziehungsweise F für „Frei“ Feld für die Sozialabgaben. Der Buchstabe L steht in dieser Rubrik für den laufenden, also monatlichen Zug. Und wofür steht J? Wer hier „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 Zahlungsbetrag 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 Prozenzhöhe 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 Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung 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 Rechtsvorschriften 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 Berufstätigkeit 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 Kranken- und Pflegeversicherungszuschlag

(1) Für Auszubildende, die ausschließlich beitragspflichtig versichert sind

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 9, 10 oder 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder als freiwilliges Mitglied oder

2. bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das die in § 257 Abs. 2a und 2b 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 54 Euro. Sind die in Satz 1 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 9, 10, 12 oder Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder

2. bei einem privaten Versicherungsunternehmen, das die in § 61 Abs. 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt, nach § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, erhöht sich der Bedarf um monatlich 10 Euro.

## Krankenversicherung bei BAB-Bezug:

### § 68 Sonstige Aufwendungen

(1) Bei einer beruflichen Ausbildung werden als Bedarf für sonstige Aufwendungen Gebühren für die Teilnahme des Auszubildenden an einem Fernunterricht bis zu einer Höhe von 17 Euro monatlich zugrunde gelegt, wenn

1. die nach dem Landesrecht zuständige Stelle bestätigt, dass der Fernunterricht zur Erreichung des Ausbildungsziels zweckmäßig ist und

2. der Fernunterricht nach § 12 des Fernunterrichtsschutzgesetzes zugelassen ist oder, ohne unter die Bestimmungen des Fernunterrichtsschutzgesetzes zu fallen, von einem öffentlich-rechtlichen Träger veranstaltet wird.

(2) Bei einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme werden als Bedarf für sonstige Aufwendungen

1. eine Pauschale für Lernmittel in Höhe von 9 Euro monatlich,

2. 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) Bei einer beruflichen Ausbildung und einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme wird als Bedarf für sonstige Aufwendungen eine Pauschale für Kosten der Arbeitskleidung in Höhe von 12 Euro monatlich zugrunde gelegt. Außerdem 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. Darüber hinaus können Kosten für die Betreuung der aufsichtsbedürftigen Kinder des Auszubildenden in Höhe von 130 Euro monatlich je Kind übernommen werden.

## **Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)**

### **§ 3 EFZG**

#### **Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall**

(1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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**

#### **Urlaubsanspruch**

Jeder Arbeitnehmer hat in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub.

# 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)<sup>1</sup>. 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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 Umfang 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 Kriegsergebnisse 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 Aufenthaltzweck 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 Beitragteil 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 Basis tariff 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 Vorhundertersatz, 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 Umfangs 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 Form und 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 Änderungsmittlung 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) 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.

<sup>1</sup> 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 28 · 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

## Gesetz über den Versicherungsvertrag

### § 2 Rückwärtsversicherung

- (1) Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass der Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses beginnt (Rückwärtsversicherung).
- (2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Ist ein Versicherungsschein abhandengekommen oder vernichtet, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins verlangen. <sup>2</sup>Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.
- (4) <sup>1</sup>Der Versicherungsnehmer kann jederzeit vom Versicherer Abschriften der Erklärungen verlangen, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Er hat dies unter Berücksichtigung der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags zu dokumentieren.
- (2) <sup>1</sup>Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer den erteilten Rat und die Gründe hierfür klar und verständlich vor dem Abschluss des Vertrags in Textform zu übermitteln. <sup>2</sup>Die Angaben dürfen mündlich

übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Der Versicherungsnehmer kann im Einzelfall auf eine Beratung durch schriftliche Erklärung verzichten.

(5) <sup>1</sup>Verletzt der Versicherer eine Verpflichtung nach Absatz 1, 2 oder 4, ist er dem Versicherungsnehmer zum Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verpflichtet. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die Mitteilungen sind in einer dem eingesetzten Kommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. <sup>3</sup>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) <sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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 Prämien erhöhungen 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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, kann es von beiden Vertragsparteien nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. <sup>2</sup>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 Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. <sup>2</sup>In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

(2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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 Prämienhöhung

- (1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. <sup>3</sup>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 Verdienstaufschlag 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 Prämienenerhöhung 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.

## Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG

### § 12 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

## § 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 Wechsellmöglichkeit 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) 1** Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen.

**2** Dieser 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.

**3** Für 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.

**4** Entsteht 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.

**5** Besteht 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.

**6** Besteht 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 Handelsgesetzbuchs 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 -

# 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 Annahmewzwang. 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 Selbsthalten von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro sowie als Tarifstufe BTB ohne Selbstbehalt sowie mit Selbsthalten 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 Verdienstaufschlag 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 (KaIV) - 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 Vorbehaltlich der Änderung der KdV

### § 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 Versicherungsnehmer 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 Vertragsarzt Nummer 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 Rechnungsteller 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 Übersetzung 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 Leistungsumfanges 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 Höchstbeitrages 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 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 KaV
- (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 Umfangs 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 Nachuntersuchung 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 Krankenversicherungsnummer 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 Form und 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 Versicherungspflicht zu. 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 Änderungsmittlung 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 Psychotherapie 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: Nahrungsmittel, 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 Arzneimittelrichtlinien 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-Steuer 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 unvermeidbaren 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 Selbstbehalts 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-, Pflege- 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 funktionstherapeutische Maßnahmen,

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 Aufwändungsersatz 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 Aufwändungsersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwändungsersatz wieder auf 50 Prozent.

(5) Welst 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 Aufwändungsersatz 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 abgezogen. 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

- nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
- in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
- 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-Kindaßnahme 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-medizinische 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 gewährt 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 Versicherungsfalles. 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 krankheitskostenvollversicherte 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 endet a) 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 Versorgungsleistungen, 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 Mehrlings- und 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)

8,27	Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten
4,78	005 Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchiektasen als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 Minuten
15,43	006 Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten
11,36	007 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten
6,10	008 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten
25,18	009 Gerätgestützte Krankengymnastik (KG-Gerät): Parallel Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 Minuten je Patient
25,07	010 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen 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
5,76	III. Bewegungstherapie 016 Übungsbehandlung als Einzelbehandlung Regelbehandlungszeit: Richtwert 10 bis 20 Minuten
3,90	017 Übungsbehandlung in einer Gruppe mit 2-5 Patienten Regelbehandlungszeit: Richtwert 10 bis 20 Minuten
15,64	018 Übungsbehandlung im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten
11,63	019 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten
7,78	020 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert 20 bis 30 Minuten
9,98	021 Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelgymnastik) Regelbehandlungszeit: Richtwert 15 bis 20 Minuten
9,53	IV. Massagen 022 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Klassische Massage Regelbehandlungszeit: Richtwert 15 bis 20 Minuten

<b>023 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Bindegewebsmassage (BGM)</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,42
<b>024 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile – Segment-, Perist-, Colonmassage</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	9,42
<b>025 Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	16,21
<b>V. Manuelle Lymphdrainage</b>	
<b>026 Manuelle Lymphdrainage (MLD)</b>	
<b>a) Teilbehandlung</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 Minuten	14,22
<b>b) Großbehandlung</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 Minuten	21,20
<b>c) Ganzbehandlung</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	35,67
<b>d) Kompressionsbandagierung einer Extremität 5,81</b>	
<b>VI. Wärme- und Kältetherapie</b>	
<b>027 Heiße Rolle</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 15 Minuten	6,55
<b>028 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	7,89
<b>029 Wärmeanwendung mittels Strahler eines oder mehrerer Körperteile</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	2,94
<b>030 Ultraschall-Wärmetherapie</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,20
<b>031 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	28,92
<b>032 Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	21,87
<b>033 Kältetherapie eines oder mehrerer Körperteile</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 10 Minuten	6,26
<b>VII. Elektrotherapie</b>	
<b>034 Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,08
<b>035 Elektrostimulation bei Lähmungen</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5 bis 10 Minuten	9,12
<b>036 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad)</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,16
<b>037 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad)</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,08
<b>038 Kohlensäurebad</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,90
<b>039 Kohlensäuregasbad (CO<sub>2</sub>-Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,90
<b>040 Kohlensäuregasbad (CO<sub>2</sub>-Trockenbad) als Teilbad</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90
<b>VIII. Traktionsbehandlung</b>	
<b>041 Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung</b> Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,22
<b>IX. Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie</b>	
<b>042 Standardisierte Heilmittelkombination</b> Regelbehandlungszeit: 60 Minuten	

	30,83
<b>X. Sonstige Leistungen</b>	
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
<b>XI. Leistungen außerhalb der Heilmittelversorgung</b>	
046 Unterweisung zur Geburtsvorbereitung Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 14 Stunden	5,60
047 Rückbildungsgymnastik Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 10 Stunden	5,60
<b>XII. Logopädie</b>	
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	21,22
a) Therapiezeit 25 bis 35 Minuten	29,86
b) Therapiezeit 40 bis 50 Minuten	38,27
c) Therapiezeit 55 bis 65 Minuten	
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
<b>XIII. Sonstige Leistungen</b>	6,75
053 Ärztlich verordneter Hausbesuch	3,37
054 Weiterer Besuch in derselben sozialen Gemeinschaft	2,71
055 Wegegpauschale innerhalb geschlossener Ortschaften	
056 Wegegebühren bei Überschreiten der Ortsgrenze pauschal	2,71
oder	
057 Wegegeld je Kilometer	0,30
<b>XIV. Ergotherapie</b>	
058 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	25,81
059 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei motorisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveneinheit 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
085 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychischfunktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 120 bis 150 Minuten	78,62
086 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90 bis 120 Minuten	21,23
087 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung Regelbehandlungszeit: Richtwert: 180 bis 240 Minuten	39,31
088 Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte (nur zusätzliche neben 058 und 060)	3,90
089 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)	0,58
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
<b>XV. Podologie</b>	
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 Nagelbearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 25 Minuten	13,05
081 Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 bis 30 Minuten	14,50
082 Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) 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

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 sorgeberechtigter 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 beigelegt.

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 xxx, Frau/Herr xxxx, da mir von dort bestätigt wurde, dass die bereits aufgelaufenen Beitragsforderungen nachentrichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

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.  
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 beigelegt. 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.  
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 bekannter 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

# WAHLRECHTSERKLÄRUNG

---

Name, (auch Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Versicherungsnummer (soweit bekannt)

**Ich bin über meine Wahlmöglichkeiten informiert worden und möchte Mitglied der**

**AOK**

**Barmer GEK**

**BKK**

**DAK**

**IKK**

**KKH Allianz**

**TK**

werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

**1. Angaben zur Person**

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

**2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland\***

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Familienversichert
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> 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 Zugang aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zugang 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Festsetzung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nr. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

**Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf**  
für \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**1. Angaben über die Eltern**  
zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Name, Vorname des Vaters	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Name, Vorname der Mutter	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	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 § 294 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.

## Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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

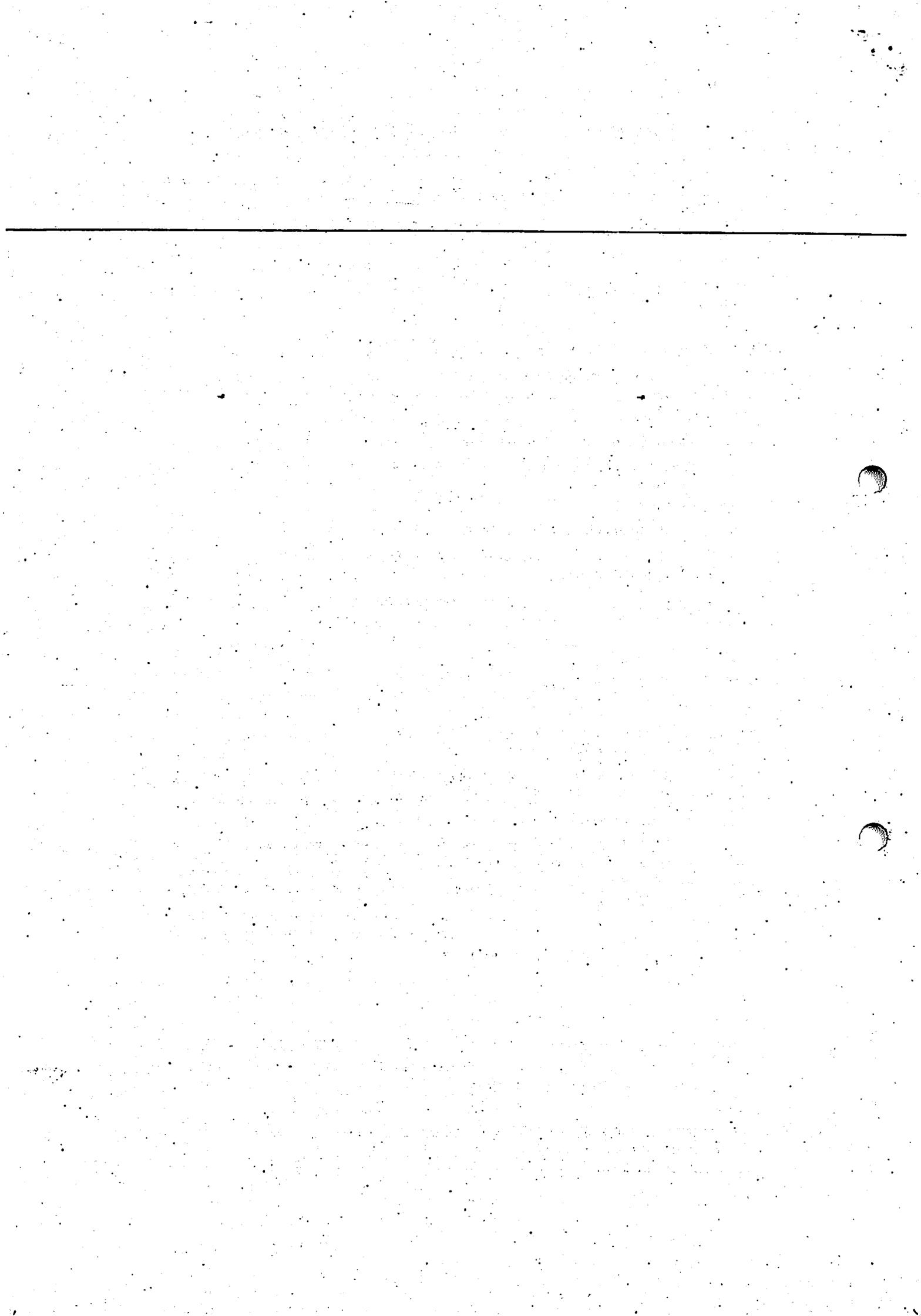
Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

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.



Vorname Name des Mitglieds
KV-Nummer:

### Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

#### Allgemeine Angaben des Mitglieds

- ▶ Ich war bisher
    - im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
    - im Rahmen einer Familienversicherung
    - nicht gesetzlich krankenversichert
- } versichert bei \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse
- ▶ 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)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 Krankenversicherungsnummer 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: o Zeitangaben o Name der Krankenkasse o 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 .....			

\*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 .....

<b>Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen</b>				
	<b>Ehegatte</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
<b>Selbstständige Tätigkeit:</b> o Zeitraum der selbstständigen Tätigkeit  o 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
<b>Geringfügige Beschäftigung:</b> o Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung  o 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
<b>Bezug von Arbeitslosengeld II</b>	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
<b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)</b>	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)
<b>Mehr als geringfügige Beschäftigung:</b> o Zeitraum der Beschäftigung  o 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
<b>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</b>	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.

# 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		
		Oberbrückungsgeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		Existenz-/Gründungszuschuss	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		Einstiegsgeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

## 2. Versicherungsverhältnis

Die erforderliche Vorversicherungszeit soll über

<input type="checkbox"/> mich selbst	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Ehegatten/in	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze <input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht <input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung <input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland <input type="checkbox"/> als Behinderter gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V <input type="checkbox"/> als Nachweis füge ich den Feststellungsbescheid bei <input type="checkbox"/> 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)	<p>Bitte füllen Sie den Abschnitt 5 Einkommensverhältnisse aus. Angaben zu Ihrem Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.</p>
---	--

## 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 Einkommensteuerrechts) <sup>1)</sup>				
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.) <sup>2)</sup>				
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:				

<sup>1)</sup> Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen

<sup>2)</sup> 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		
<input type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	<input type="checkbox"/> Firmenzahler
<input type="checkbox"/> 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